

**Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo**

Assistência Domiciliar: Qualidade e Racionalização de Recursos

Christina Aparecida Ribeiro

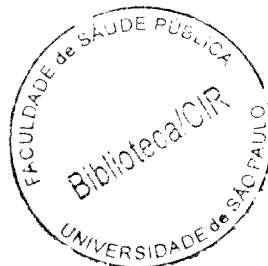
Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Práticas de Saúde Pública, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador

Prof. Titular Eurivaldo Sampaio de Almeida

São Paulo

2004



“A avaliação deve ser um processo natural e a adequada estrutura, a coerência do processo e os bons resultados não devem ser frutos de surpresas, tendo em vista que no planejamento de todas as ações deverá estar embutido o acerto, a qualidade, o padrão de excelência, que faz a diferença e que não é fácil de ser alcançada sem esforço e clareza de princípios, que não se abala com propostas aparentemente semelhantes mas com essências bastante diferenciadas”.

Ana Maria Malik 1996.

Ao meu pai **Orídio** (em memória)

e à minha mãe **Alice**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. EURIVALDO SAMPAIO DE ALMEIDA, meu orientador, pelo incentivo, confiança e liberdade de ação.

Ao Prof. Dr. JOSÉ HENRIQUE GERMANN FERREIRA pelas observações e ensinamentos imprescindíveis durante a pré-banca.

Aos membros da banca: Prof^a Dr^a HELENA AKEMI WADA WATANABE, Prof. Dr. GILSON DE CÁSSIA MARQUES DE CARVALHO, Prof^a Dr^a ROSA MARIA MARQUES, Prof^a Dr^a ALICE MOREIRA DERNTL e Prof^a Dr^a YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE.

Ao Dr. MURILO ALVES MOREIRA e VINÍCIUS FRANZOI pelo incentivo, confiança e autorização para divulgação dos dados do Plano Médico e dos Programas de Saúde Volkswagen.

À minha EQUIPE DE PROGRAMAS DE SAÚDE VW pelo apoio, competência e incondicional dedicação à causa da Assistência Domiciliar: Qualidade e Racionalização de Recursos.

Aos DIRETORES E GERENTES DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR que participaram deste estudo.

À minha FAMÍLIA por tudo.

Resumo

Ribeiro CA. **Assistência Domiciliar: Qualidade e Racionalização de Recursos**. São Paulo; 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo: O presente trabalho tem por objetivo abordar conceitual e operacionalmente a Assistência Domiciliar a partir de Serviços e do estudo de caso de um Programa de Autogestão. Como objetivos específicos constam: caracterizar o grau de importância que gerentes e instituições do Município de São Paulo dão à Assistência Domiciliar como modalidade de atenção à saúde, verificar a qualidade de um Programa de Assistência Domiciliar a partir da melhora clínica e da satisfação de seus usuários e demonstrar os gastos institucionais (hospitalares e domiciliares) e sócio-familiares de pacientes admitidos em um Programa de Assistência Domiciliar específico. **Método:** Realizado levantamento de dados bibliográficos nacionais e internacionais, incorporação dos conhecimentos adquiridos pela trajetória pessoal e profissional da autora, análise de questionários aplicados a 25 gestores de Serviços Públicos e Privados de Assistência Domiciliar no Município de São Paulo e estudo de caso com a caracterização do Programa Home Care Volkswagen, através da análise de 64 internações domiciliares de pacientes que se mantiveram ativos no Programa, no primeiro trimestre de 2003, enfocando aspectos de evolução clínica, satisfação de pacientes e familiares com os serviços recebidos e racionalização de recursos através do levantamento e comparação entre gastos hospitalares, domiciliares e familiares. **Resultados:** O estudo demonstra o estágio evolutivo, as dificuldades, as vantagens e as perspectivas em grande parte otimistas da Assistência Domiciliar sob a ótica de seus gestores; apresenta, ainda, evidências sobre a qualidade da atenção proporcionada pelo Programa Home Care Volkswagen em termos de melhora clínica e superação de déficits, alto grau de satisfação de pacientes e familiares, bem como racionalização de gastos por parte da fonte pagadora.

Descritores: Modelos de Atenção à Saúde; Desospitalização; Assistência Domiciliar; Avaliação de Serviços; Regulamentação da Assistência Domiciliar; Qualidade da Assistência Domiciliar; Satisfação do Usuário; Custos Hospitalares, Custos da Assistência Domiciliar; Cuidador.

Abstract

Ribeiro CA. **Home Care: Quality and Rationalization of Resources**. São Paulo; 2004. [PhD Thesis – Faculdade de Saúde Pública da USP (University of São Paulo Public Health School)].

Objective: This study aimed at presenting a conceptual and operational approach to Home Care, based on Services and on the study of a case of Self Management Program. Its specific objectives include: describing the level of relevance that managers and institutions of the city of São Paulo ascribe to Home Care as a modality health care; verifying the quality of a Home Care Program based on the clinical improvement and satisfaction of its users; and show (hospital and home) institutional and socio-family expenses of patients admitted into a specific Home Care Program. **Method:** In order to do that, a national and international bibliographical reference survey was conducted and combined with the knowledge gained by the author along her personal and professional history. Questionnaires were given to 25 managers of Public and Private Home Care Services in the city of São Paulo and then analyzed. A case study describing Volkswagen's Home Care Program was also prepared through the analysis of 64 home care patients who were active in the Program in the first quarter of 2003. This case study focused on aspects such as clinical evolution, satisfaction of patients/families with the care received and resource rationalization through the identification and comparison between hospital, home and family expenses. **Results:** This study shows the developmental phase, difficulties, advantages and largely optimistic prospects for home care under the eye of its managers and evidences of the quality of the care provided by Volkswagen's Home Care Program in terms of clinical improvement and overcoming of deficits, high level of patient and family satisfaction, as well as the rationalization of expenses by the paying source.

Keywords: Health Care Models. Dehospitalization. Home Care. Service Evaluation. Home Care Regulation. Home Care Quality. User Satisfaction. Hospital Costs; Home Care Costs; Caregiver.

ÍNDICE GERAL

1- INTRODUÇÃO.....	3
Assistência Domiciliar: Trajetória Pessoal e Objeto de Estudo.	3
Contexto histórico da Assistência Domiciliar	5
1.1 - A oferta de Assistência Domiciliar da antigüidade aos dias atuais.....	5
1.2 - O surgimento e a evolução da Assistência Domiciliar no Brasil	9
1.3 - As modalidades de Assistência Domiciliar praticadas no Brasil.....	16
1.4 - A Legislação Brasileira da Assistência Domiciliar	22
1.5 - Particularidades da Assistência Domiciliar	23
1.5.1 - Perfil de Elegibilidade	23
1.5.2 - Critérios de Admissão	25
1.5.3 - Critérios de Permanência	26
1.5.4 - Critérios de Alta	27
1.5.5 - Critérios para Monitoramento.....	27
1.6 - Avaliação da Qualidade de Serviços	28
1.7 - Avaliação da Qualidade da Assistência Domiciliar	32
1.7.1 - Avaliação da Estrutura.....	33
1.7.2 - Avaliação do Processo	37
1.7.3 - Avaliação dos Resultados.....	41
1.8 - Agente Avaliador	43
1.8.1 - O Paciente na Avaliação da Assistência Domiciliar	43
1.8.2 - A Avaliação da Assistência Domiciliar na Visão da Família e Cuidadores.....	45
1.8.3 - Avaliação da Assistência Domiciliar sob a Ótica de Seus Profissionais.....	47
1.9 - Indicadores para Avaliação da Assistência Domiciliar.....	50
 2 - OBJETIVOS	 52
2.1 - Geral.....	52
2.2 - Específicos	52
 3- MÉTODO	 53
3.1 - Revisão bibliográfica	53
3.2 - Questionário	53
3.3 - Estudo de Caso	55
3.3.1- Pesquisa: evolução clínica, satisfação dos pacientes/familiares e demonstração de gastos hospitalares, domiciliares e sócio-familiares - Programa Home Care VW	56
 4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	 58
4.1- A Visão dos Gerentes de Serviços de Assistência Domiciliar	58
4.1.1 - Área de Atuação:	59
4.1.2 - Tempo de Atuação:.....	61
4.1.3 - Motivo de criação do Serviço de Assistência Domiciliar:	62

4.1.4 - Modalidades de Assistência Domiciliar oferecidas pelos Serviços pesquisados:.....	64
4.1.5 - Fontes Pagadoras:.....	65
4.1.6 - Captação de pacientes:.....	67
4.1.7 - Gerenciamento de caso:.....	68
4.1.8 - Faixa etária, morbidade e causas de mortalidade mais frequentes entre os pacientes assistidos pelos Serviços de Assistência Domiciliar.	69
4.1.9 - Tempo médio de Permanência – Doenças Crônicas.....	69
4.1.10 - Tempo médio de permanência – doenças agudas.....	71
4.1.11 - Parâmetros cobrança dos Serviços de Assistência Domiciliar.....	72
4.1.12 - Principais dificuldades - Serviços de Assistência Domiciliar:.....	74
4.1.13 - Indicadores utilizados para gerenciar e avaliar os serviços prestados.....	79
4.1.14 - Informatização - Serviços de Assistência Domiciliar.....	81
4.1.15 - Diferencial da Assistência Domiciliar em relação às demais modalidades de atenção à saúde.	82
4.1.16 - Perspectivas da AD no Brasil.....	83
4.1.17 - O mercado da Assistência Domiciliar está em crise?.....	85
4.1.18 - O que falta para o avanço da Assistência Domiciliar no Brasil?	89
4.2 - Estudo de Caso - Programa Home Care Volkswagen.....	94
Volkswagen do Brasil - Plano Médico Autogestão.....	94
4.2.1 - Evolução Clínica.....	111
4.2.2 - Pesquisa de Satisfação.....	123
4.2.3 - Gastos Hospitalares, Domiciliares e Familiares.....	134
5.0 - COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS.....	145
6.0 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
7.0 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	166
8.0 - ANEXOS.....	182
8.1 - Entrevista com Gerentes de Serviços de Assistência Domiciliar.....	182
8.2 - Estruturação dos Casos Clínicos.....	185
8.3 - Avaliação Inicial e evolução dos pacientes em Assistência Domiciliar.....	186
8.4 - Pesquisa Satisfação do Usuário.....	191
8.5 - Legislação Brasileira - Assistência Domiciliar.....	195

Assistência Domiciliar: Qualidade e Racionalização de Recursos

1- Introdução

Assistência Domiciliar: Trajetória Pessoal e Objeto de Estudo.

Nasci em casa, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, e convivi grande parte da minha infância e adolescência com a figura respeitável e amiga do médico de família. Ao longo desse tempo, deparei-me com uma série de situações passíveis de cuidados de diferentes intensidades que, pelo receio ou pouca necessidade do atendimento hospitalar específico, foram resolvidas por profissionais da saúde ou por membros da família, dedicados e práticos em cuidar no próprio domicílio. Meu pai, um farmacêutico bastante conhecido na minha cidade natal, complementava o trabalho dos médicos de família, preparando as medicações prescritas, atuando como conselheiro e assumindo muitos outros papéis relacionados com a resolução de problemas e alívio de diferentes dores dos moradores locais e de toda a nossa família. Fui cuidada por ele em todas as minhas infecções infantis e ferimentos resultantes de minha peraltice. Seus “clientes” recorriam aos seus cuidados sempre que se viam diante de algum desconforto maior, fosse de dia ou até mesmo durante altas horas da noite. Existia uma dedicação muito grande em sua postura de ouvir, perguntar, aconselhar e cautela responsável no intervir. Cada injeção prescrita e que ele aplicava em mim ou em algum dos meus irmãos era seguida de um presentinho, para que não guardássemos rancor dele pela dor sentida. Ele me ensinou muito da relação “profissional de saúde x paciente” e da humanização no atendimento.

Desde que ingressei no curso de medicina e comecei a freqüentar hospitais e ter contato com os pacientes, trazia comigo uma carga muito grande de ensinamentos: como abordá-los, como realizar a anamnese, o respeito no toque e nos comentários e orientações fornecidas. O ponto alto era a minha preocupação com a melhora rápida e a possibilidade de alta para o domicílio. Sempre me empenhei muito na explicação dos cuidados domiciliares para aqueles que

recebiam alta hospitalar. Quando tive a oportunidade de realizar visitas domiciliares, achava importante poder atender e entender o paciente dentro do seu contexto, que grande parte das vezes já explicitava a causa do adoecimento ou os motivos para a pouca ou rápida melhora.

Formei-me médica no contexto do incentivo para demandas hospitalares, filas de pronto-socorro, reclamações, desconfortos, rapidez no atendimento e disponibilidade crescente de tecnologias cada vez mais sofisticadas e de custos excessivos. Procurei uma especialização após o curso de medicina e residência em Pediatria voltada para a Saúde Pública na área de sua administração, avaliação, diagnóstico, e vislumbrei a possibilidade de aplicar os meus conhecimentos também no setor privado em um serviço de Autogestão de saúde de uma grande empresa multinacional, onde atuei na área de auditoria médica hospitalar, experiência que me deu as coordenadas para pensar e fundamentar a proposta de oferta de Assistência Domiciliar como uma das formas de resolver, de maneira humana e racional, o excesso de internações hospitalares de pacientes na maioria portadores de patologias crônicas, com sua qualidade de vida comprometida e diversos riscos e desconfortos aumentados pelas permanências prolongadas e/ou freqüentes em internações hospitalares. Na época, início da década de noventa, havia pouca prática no Brasil em termos de estruturação de programas de assistência domiciliar na área de atenção à saúde privada. Foi com estudos baseados nos modelos vivenciados de outros países, experiências públicas brasileiras, bom senso e utilização de diversos recursos de minha formação pessoal e acadêmica que pude estruturar o serviço, que completa em 2004 dez anos de existência e cujo contexto, processo de trabalho, parâmetros de avaliação e resultados pretendo também retratar neste estudo.

Contexto histórico da Assistência Domiciliar

1.1 - A oferta de Assistência Domiciliar em diferentes países, da antiguidade aos dias atuais

A Assistência Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que vem sendo praticada desde a antiguidade em diversos locais do mundo e de diferentes maneiras e intensidades para atender diversos princípios: sociais, de caridade, religiosos, por recomendação bíblica (AUGUSTO e FRANCO 1980, CUNHA 1991) isolamento de enfermos para evitar a disseminação de doenças infecto-contagiosas, status de riqueza ou de pobreza, palco para a atuação voluntária de grupos de senhoras (GARDNER, 1936, PAIXÃO, 1979, TINKHAM & VOORHIES, 1972), formação/treinamento de pessoal de enfermagem (PAIXÃO, 1979), atendimentos específicos de grupos materno-infantil e de tuberculosos (AUGUSTO & FRANCO, 1980, TINKHAM & VOORHIES, 1972) e mais recentemente, no século XX, principalmente a partir da década de 70, em plena era hospitalocêntrica, para racionalizar o uso de leitos hospitalares, evitar riscos de infecção hospitalar, favorecer maior humanização no atendimento e na relação médico/paciente/família, monitorar patologias crônicas e reduzir os custos assistenciais, tanto no setor público quanto no privado (HARRIS 1997, CRUZ & RIBEIRO 1998, CRUZ 1999, MALIK et al 1998, MENDES JÚNIOR 2000).

O desenvolvimento de alternativas à internação hospitalar reflete, necessariamente, as evoluções específicas de cada país, idéias e práticas médicas ligadas à influência cultural e às políticas de saúde. Uma situação comum aos vários países é o da necessidade de contenção de despesas na saúde, conduzindo de certa forma ao interesse pelo desenvolvimento dessas alternativas. (RAFFY – PIHAN 1994).

Nos Estados Unidos da América, segundo (RAFFY – PIHAN 1994), existem relatos de assistência no domicílio desde 1796, com a criação de um programa

específico em um ambulatório de Boston. Em 1947, foi instituída a prática de hospitalização no domicílio pelo Hospital Montefiore de Nova York. Essa medida foi tomada devido à alta demanda do serviço e decidida para pacientes cujo estado de saúde dispensava a atenção contínua de uma equipe médica e que poderiam ser acompanhados no domicílio.

Nesse país, o termo genérico utilizado para a modalidade de Assistência Domiciliar é *Home Care*, cujo conceito abrange a oferta de cuidados de natureza preventiva, curativa, educativa e de ajuda domiciliar (tarefas domésticas, tais como realização de compras, preparo de alimentos, limpeza, pagamento de contas etc.), em grande parte voltados para pacientes acometidos de doenças crônicas ou evolutivas.

O conceito de *Home Health Care* é utilizado nos Estados Unidos de maneira mais restritiva que o *Home Care* porque compreende desde cuidados no domicílio até a hospitalização, mas exclui todo tipo de ajuda domiciliar.

Hospice é um termo utilizado na literatura americana e inglesa para especificar uma modalidade de atenção a pacientes em fase terminal em domicílio ou domicílio intermediário (*Home Nursing*).

A regulamentação dessa modalidade de atenção no país, em 1965, dinamizou sua expansão. Segundo dados da Associação Nacional de *Home Health Care* dos Estados Unidos (NAHHC 2001), no período de 1963 até 2001, o número de prestadores de Serviços de Assistência Domiciliar (Agências de *Home Care*) cadastrados no país cresceu de 1.100 para mais de 20.000, sendo que, neste último ano, cerca de sete milhões e seiscentas pessoas, 2,5% do total da população do país, recebeu algum tipo de assistência à saúde no domicílio.

Segundo a mesma fonte, nos Estados Unidos, o Medicare, sistema governamental americano que promove cuidados à saúde dos idosos, é o maior

pagador de serviços de assistência domiciliar. Outras fontes pagadoras para essa modalidade de atenção são os seguros privados e pagamentos particulares.

RAFFY – PIHAN (1994) documentam várias experiências de Serviços de Hospitalização Domiciliar no Canadá: Província de Nouveau-Brunswick em 1981, Quebec em 1986, Montreal em 1993, entre outros.

Segundo HOLLANDER (1999), o crescimento da população idosa e as restrições do setor de saúde conduziram o governo do Canadá a colocar prioridade em serviços de assistência domiciliar.

O autor ressalta que atualmente existem três modelos de assistência domiciliar no Canadá: um modelo de manutenção preventivo, para pessoas com nível relativamente baixo de necessidades de cuidado; um modelo substituto para o cuidado agudo em que a assistência hospitalar é substituída por internação domiciliar e um modelo de cuidado de longo prazo, que adota a assistência domiciliar.

No International Compendium of Home Health Care – 2001, existem especificações sobre a forma como os governos de vários países do mundo subsidiam a oferta de serviços de Assistência Domiciliar para suas populações através de protocolos e critérios pré-estabelecidos.

A França, segundo esse documento, apresenta relatos de experiências de desospitalização desde 1951, ilustrado pelo hospital Tenon, de Paris. Em 1991, o país contava com 1200 Serviços de Visitas e Atendimento Domiciliares e 41 Serviços de Internação Domiciliar. O setor filantrópico subsidiava cerca de 60% desses Serviços, 40% deles eram vinculados ao Sistema Público de Saúde. As neoplasias representavam o diagnóstico principal na admissão dos pacientes, seguidas por doenças cardiovasculares e do Sistema Nervoso. A regulamentação da Internação Domiciliar na França ocorreu em 1992.

Em 1978, na Inglaterra, existe o relato da criação do *Hospital Care at Home* centrado em um Complexo Hospitalar de Perterborough. Com a organização dos enfermeiros no Sistema de Saúde Inglês, a modalidade de Assistência Domiciliar disseminou-se no país, principalmente para a oferta de atenção aos portadores de patologias crônicas e neoplasias em fase terminal (*Hospice*).

A Alemanha, em 1970, conforme consta também no *International Compendium of Home Health Care – 2001*, promoveu uma reorganização dos Serviços de Assistência Domiciliar, até então ofertados e financiados por organizações religiosas. Foram criados Centros Sociais, que passaram a ser financiados pela previdência social para oferecer assistência domiciliar destinada a idosos e portadores de deficiências. A Atenção Domiciliar foi subdividida em cuidados médicos, cuidados de enfermagem e serviços de auxílio nos afazeres domésticos. Dentre os pacientes elegíveis para os cuidados desses Centros, prevaleceram os idosos e outras faixas etárias com doenças cardiovasculares, neoplasias, problemas relacionados com gravidez, parto no domicílio e Aids, entre outros quadros.

Outras experiências de desospitalização e de cuidados domiciliares na Europa são descritos a partir de 1980, entre elas Itália, em 1980, Espanha, em 1981 e Países Baixos, em 1987.

Segundo o documento final da *INTERNATIONAL CONFERENCE PROGRAM – Jerusalém (1996)*, *Yad Sarah*, a maior organização voluntária de Israel, com mais de 70 filiais pelo país, 4000 voluntários e orçamento anual financiado quase completamente por doações, proporciona uma série de serviços gratuitos para facilitar a vida de pessoas doentes, inválidas, idosas, em recuperação e suas famílias. A informação é que essa organização assiste anualmente cerca de 250.000 pessoas e economiza para a economia israelita cerca de 250 milhões de dólares por ano em custos/despesas de tratamento médico e hospitalização.

“A missão de Yad Sarah é manter o doente e o idoso em suas casas e fora das instituições enquanto possível. Cuidado em casa no ambiente natural da família é mais propício para a recuperação saudável, física e emocional. Também custa consideravelmente menos para a família e o Estado”.

Os serviços mais conhecidos de Yad Sarah são: empréstimo de equipamentos médicos para reabilitação, transporte e creche para inválidos, centros e clínicas dentárias de baixo custo para idosos, alarmes de emergência computadorizados e monitorados pessoalmente 24 horas por dia e um serviço estabelecido para prover um tempo de descanso para os cuidadores de doentes.

Como se observa nos relatos de diferentes países do mundo, o controle das despesas de saúde, a evolução das técnicas médicas, o envelhecimento da população e as modificações dos hábitos sanitários entre outros motivos têm norteado a busca, nestes últimos anos, de alternativas mais racionais, humanas e personalizadas em contrapartida à hospitalização tradicional.

1.2 – O surgimento e a evolução da Assistência Domiciliar no Brasil

No Brasil, apesar da prática antiga e informal da Assistência Domiciliar por todo o país pelos inúmeros clínicos gerais de interior, “médicos de toda a família”, os relatos oficiais sobre a prática institucional de Assistência Domiciliar estão registrados na literatura a partir do início do século XX, mais precisamente em 1919, com a criação de um Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, voltado à prevenção de doenças, principalmente as do grupo infantil, tuberculose e epidemias como febre amarela e outras pestes, que, além de ocasionarem mortes e sofrimentos à população, prejudicavam de maneira expressiva a economia do país pela baixa produtividade e exportação de produtos agrícolas brasileiros. (ROSSI, 1980, ADAMI, 1990, CUNHA 1991).

AUGUSTO & FRANCO (1980), relatam que Carlos Chagas, quando ocupava cargo no governo, trouxe enfermeiras americanas para preparar profissionais no país com o objetivo primordial de combater as epidemias. Dessa iniciativa surgiu em 1920 o primeiro curso de formação de Enfermeiras Visitadoras, berço da atual Escola de Enfermagem Ana Néri. As primeiras alunas formadas, segundo os autores, foram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para atuarem diretamente nos domicílios orientando as famílias.

Quando o país entrou na fase de crescimento industrial, com o aumento da exploração da borracha na Amazônia e dos minérios na região centro-sul, foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, posteriormente Fundação SESP, com recursos provenientes dos Estados Unidos, para atender segmentos da população deslocados para as regiões exploradas. Esse Serviço utilizou a assistência domiciliar de enfermagem como forma de atingir os indivíduos e suas famílias na comunidade onde viviam (ADAMI, 1990, FUNDAÇÃO SESP, 1971, 1972).

O Centro de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, criado em 1925, já desenvolveu intenso trabalho na área de enfermagem domiciliar. O Serviço Especial de Saúde de Araraquara – SESA, criado em 1947, pertencente também à mesma Universidade, adotou desde o início de suas atividades a prestação de assistência à população através da Assistência de Enfermagem Domiciliar (AUGUSTO & FRANCO, 1980).

MENDES (2000) ressalta a criação do SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência, em 1949, no Rio de Janeiro, ligado ao Ministério do Trabalho, como sendo a primeira atividade planejada de assistência médica domiciliar pública no Brasil. Além do Rio de Janeiro, os serviços do SAMDU foram implantados em vários estados como São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí e Ceará, entre outros. Além da realização dos atendimentos

de Urgência no domicílio, o autor menciona a ocorrência de visitas domiciliares regulares, por médicos que não faziam parte da escala de plantões, a previdenciários com doenças crônicas (insuficiência cardíaca, diabetes, obstrução urinária e outras afecções), com o objetivo de mantê-los clinicamente estáveis.

PEDRO (2000) documenta outra experiência pioneira no Brasil, iniciada em 1968 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, que oferecia atendimento médico e de enfermagem aos pacientes no domicílio, com o objetivo de reduzir a necessidade de internação e/ou tempo de permanência hospitalar, procurando assim ampliar a oferta de leitos para casos cirúrgicos, quadros clínicos agudos e de maior gravidade.

Entre os critérios de elegibilidade para admissão nesse Serviço, PEDRO (1998), ressalta os seguintes: “pacientes crônicos que tinham condições de serem acompanhados no domicílio; convalescentes que não necessitavam de cuidados diários de médicos e de enfermeiros; portadores de enfermidades de evolução prolongada, cujo tratamento fosse fundamentalmente o repouso; pacientes originados dos Serviços de Ortopedia e Cirurgia que pudessem se recuperar no domicílio, seguidos pela equipe, e pacientes que, embora pudessem ser tratados nos ambulatórios, tinham enfermidade ou condição social que impossibilitavam ou dificultavam sua vinda ao hospital”.

Com mais de 11.000 pacientes atendidos até 2003, o Serviço de Atendimento Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo ao longo dos anos acumula em suas estatísticas de morbidade percentual significativo de quadros de neoplasias, doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, endocrinológicas, entre outras. No final da década de 90, estruturou e passou a desenvolver também programa específico de Cuidados Paliativos Domiciliares.

No Estado de São Paulo, desde o início da década de noventa, a prática da Assistência Domiciliar vem sendo difundida no setor público de saúde através de algumas prefeituras, como é o caso de Santos, São Paulo, Marília, Diadema, Santo André, e de alguns Hospitais Universitários como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, através de seu Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI (1996) e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, com o Programa de Atendimento Domiciliar – PAD (1999).

A **Constituição Federal Brasileira de 1988** definiu como princípios do Sistema Único de Saúde: Universalização, Integralidade, Descentralização, Hierarquização e Participação social. Esses princípios ainda não foram atingidos em sua plenitude, mas importantes avanços vêm sendo obtidos nos últimos anos.

Entre as iniciativas de destaque e estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde para alcançar esses princípios estão o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**, desenvolvido desde 1991, e o **Programa Saúde da Família – PSF**, criado em 1994.

“A estratégia principal do PSF é substituir o modelo tradicional centrado no hospital e assumir o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. O objetivo é trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de todas as pessoas, estejam sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Para isso, o Programa centraliza os esforços do seu trabalho nos domicílios e principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, que, trabalhando adequadamente, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população, diminuindo o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados, “desafogando” os hospitais.” (www.saude.gov.br/psf)

O Programa define que a **Unidade de Saúde da Família - USF**, embora inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado Atenção Básica, “deve estar vinculada à rede de serviços, para assegurar a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa exigir”.

No PSF, a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a essa área.

Cada equipe do PSF, responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

“As equipes do PSF são capacitadas para conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados”.

(www.saude.gov.br/psf)

O acompanhamento das ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PACS/PSF são monitorados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab).

“Criado em 1998, é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de saúde da família, coletados em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelo PACS/PSF. O fato de a coleta de dados se referir a populações bem delimitadas tem possibilitado a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência do Programa, que podem ser agregadas em diversos níveis”.

(www.saude.gov.br/psf)

Segundo a mesma fonte, passados 10 anos desde a implantação do PSF no país, mais de 60 milhões de pessoas são acompanhadas por quase 19 mil equipes, na maior parte dos municípios brasileiros. A meta para o atual governo é chegar a 2007 com 30 mil equipes implantadas, atendendo a 100 milhões de pessoas.

No Município de São Paulo a meta da Secretaria Municipal de Saúde no período de 2001 a 2004 é oferecer cobertura do PSF para 6 milhões de habitantes com 1.749 equipes e 10.496 Agentes Comunitários de Saúde (www.prefeitura.sp.gov.br/psf). Em publicação da Prefeitura Municipal de São Paulo – SMS – 08/2002, o balanço de 20 meses de implantação do PSF no município apontava 23% de cobertura com 483 equipes de PSF, 129 de Programa de Agentes Comunitários (PACS) e 3.764 Agentes Comunitários de Saúde.

Em 1995, o Ministério da Saúde (MS) criou o **Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT** - para pacientes portadores de HIV/Aids. Esse programa foi estruturado para promover a melhoria da qualidade de vida dos

portadores de HIV/Aids, dentro de uma visão de assistência integral ao paciente, em resposta à necessidade de otimização de recursos e redução de gastos com saúde.

No documento **Ministério da Saúde – 1999**, existe o detalhamento das principais atribuições do trabalho desenvolvido pela equipe mínima multiprofissional da Assistência Domiciliar Terapêutica, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e psicólogo. Entre as atribuições citadas estão: “proporcionar assistência integral aos pacientes com infecção pelo HIV/Aids e seus familiares, diretamente em seus domicílios; promover a qualidade de vida dos pacientes com infecção pelo HIV/Aids; promover o aumento da adesão dos pacientes com HIV/Aids ao tratamento; reduzir a demanda de internação hospitalar, otimizando os leitos disponíveis; reduzir a duração das internações hospitalares e propiciar a redução das infecções nosocomiais; estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com Hospitais, Hospital Dia (HD), Serviços de Assistência Especializada (SAE) e ambulatórios; desenvolver o “papel do cuidador” e reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência com pacientes portadores de HIV/Aids e otimizar os recursos disponíveis, no que tange à saúde pública, promoção social e participação comunitária”.

A Portaria Ministerial de nº 166 de 31 de Dezembro de 1997 instituiu a assistência prestada por esses serviços em função da inclusão do pagamento dos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde.

No setor privado, algumas instituições, desde o início da década de noventa, passaram a investir na organização de Programas de Assistência Domiciliar, entre elas a experiência pioneira da Volkswagen do Brasil (Plano de Autogestão) e outras prestadoras de serviços como Bradesco Seguros, Blue Life, Plamtel, Sabesprev-Saúde, Sul América, Amil, Unimeds, Cassi, Cabesp. A oferta de

Assistência Domiciliar por essas empresas é realizada em grande parte através do credenciamento de empresas de Home Care.

“A busca constante de redução do custo da assistência médico-hospitalar acelerou a oferta de serviços de assistência domiciliar. Procedimentos anteriormente considerados complexos e necessariamente realizados no âmbito hospitalar passaram a ser feitos no domicílio, englobando então outra dimensão da assistência, em que a proximidade com o ambiente do paciente traz à tona uma série de outros problemas, que, embora sempre tenham existido, nunca estiveram tão próximos dos prestadores de assistência. Por outro lado, também apareceram outras soluções não pensadas ou já esquecidas. Ao mesmo tempo, desmistificou-se a questão da complexidade de uma série de atos associados ao ambiente hospitalar” (MALIK 1998).

1.3 – As modalidades de Assistência Domiciliar praticadas no Brasil

O termo Assistência Domiciliar, de maneira genérica, refere-se, segundo RIBEIRO (2000), CREMESP (2001) e ANVISA (2003), à oferta de atenção nas modalidades de **visita, atendimento e internação no domicílio**.

Conforme definido por MAZZA (1994), “a **Visita Domiciliar** é um instrumento de assistência à saúde com o objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde, fornecer subsídios educativos para que os indivíduos, a família e a comunidade tenham condições de se tornar independentes”.

A mesma autora se refere também à **Visita Domiciliar** como: “uma das maneiras mais indicadas para se começar a trabalhar o

indivíduo, a família e a comunidade na prestação de assistência à saúde, dentro do seu contexto social, desde que seja realizada mediante processo racional e com objetivos definidos que estejam dentro dos princípios de eficiência”.

COSTA (1977) define a **Visita Domiciliar** como “atividade que, dirigida à família, enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar”.

No campo de atuação da enfermagem, NOGUEIRA E SERPA (1977) apontam que:

“Os objetivos da **visita domiciliar** são: prestação de cuidados, orientação e educação a um ou mais membros da família em assuntos de higiene em geral e para a prestação de cuidados no domicílio; supervisão dos cuidados delegados à família e coleta de informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevista e observação”.

Entre as vantagens da Visita Domiciliar os autores citam:

“Proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, o seu verdadeiro contexto de vida ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação, pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família; facilitar a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe; proporcionar melhor relacionamento do profissional com a família, por ser um método menos formal e mais sigiloso em relação aos utilizados em outras atividades dos serviços de saúde; proporcionar maior liberdade para os pacientes exporem seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior”.

Também apontam as seguintes **limitações da Visita Domiciliar**:

“É um método relativamente caro, comparado com outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e, muitas vezes requer transporte; pequeno rendimento em relação aos outros métodos, pois é gasto muito tempo só na execução da visita, como também na locomoção do profissional e, posteriormente, na avaliação da visita domiciliar; os afazeres da dona de casa ou mesmo a sua ausência por trabalhar fora, podem impedir ou dificultar a prestação deste tipo de assistência”.

HUTTEN e KERKSTRA (1996), apresentam descrição compatível com a modalidade de **Atendimento Domiciliar** :

“Conjunto de atividades relacionadas à saúde, oferecidas aos pacientes em sua residência, tais como cuidados multiprofissionais, envolvendo atenção médica, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e outras categorias, não necessariamente pertencentes à equipe visitadora, como farmacêuticos”.

CRUZ (1999) complementa que:

“Esse tipo de atenção continuada é dirigida a pacientes impossibilitados de comparecer aos serviços médicos para tratamento. Trata-se de clientes acamados, com dificuldades de deambulação, ou com outras limitações, algumas vezes, dependentes de oxigenoterapia. As visitas domiciliares ocorrem com frequência determinada pela equipe, podendo ter intervalos mensais, quinzenais ou menos espaçados”.

O Atendimento Domiciliar vem sendo implementado por diversos Serviços de Assistência Domiciliar, principalmente do Setor Público, e especialmente pelos Hospitais Universitários. Não demanda estrutura para atendimento 24 horas. Com horário de atuação parcial, além da disponibilização da equipe multiprofissional, na maioria das vezes comporta a oferta de medicamentos, materiais, equipamentos e estabelece a referência para atendimento de Urgência e Emergência assim como para Internação Hospitalar.

A **Internação Domiciliar**, como descrita por HUTTEN e KERKSTRA (1996), CRUZ (1999), RIBEIRO (2000), ANVISA (2003), é um modelo de assistência baseado no suporte de cuidados multiprofissionais domiciliares ao paciente portador de patologias mais complexas, originário de Internação Hospitalar ou para substituição da hospitalização. Pode contemplar acompanhamento diário e, às vezes, ininterrupto de enfermagem. O Serviço deve dispor de central de atendimento para solução de emergências, com médico disponível para orientar e atender as necessidades prementes, e oferecer toda a estrutura de Recursos Humanos, Medicamentos, Materiais, Equipamentos, Logística compatível e referência hospitalar e diagnóstica acertada para quando houver a necessidade de ser utilizada.

De maneira mais sucinta, a Internação Domiciliar poderia ser descrita como atividade continuada, com oferta de tecnologia de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes portadores de quadros clínicos mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

Essa modalidade vem sendo amplamente praticada no Setor Privado da Assistência Domiciliar na última década.

Alguns serviços públicos e privados adotam como uma especialidade de Internação Domiciliar os **Cuidados Paliativos ou Hospice**; trata-se de uma forma de Internação Domiciliar com protocolo técnico específico para pacientes terminais.

A estruturação e oferta de serviços especializados de Assistência Domiciliar como os de Ventilação Mecânica e os de procedimentos como quimioterapia, hemodiálise, hemotransusão, nutrição parenteral, entre outros, também têm sido amplamente praticados no Brasil.

O processo assistencial de **Reabilitação**, que envolve profissionais de várias especialidades, vem cada vez mais sendo incorporado nas modalidades de assistência domiciliar com o objetivo de proporcionar a recuperação funcional, parcial ou total, de pessoas portadoras de deficiência física, sensorial e/ou cognitiva, definitivas ou temporárias.

Um programa de reabilitação domiciliar visa a melhorar a qualidade de vida, desempenho físico e social do paciente, de maneira compartilhada com seus familiares/cuidadores, possibilitando que ele se torne o mais participativo possível no ambiente em que convive.

Com o objetivo de otimizar a organização da prática da assistência domiciliar em termos administrativos e de integração de especialidades profissionais envolvidas diretamente com a recuperação funcional dos indivíduos, como a Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, os Serviços de Assistência Domiciliar vêm estabelecendo que essas áreas atuem de maneira integrada e sejam conjuntamente denominadas de Equipe de Reabilitação Domiciliar.

No entanto, se os pacientes da Assistência Domiciliar apresentarem condições clínicas favoráveis e autorização médica, poderão ser atendidos pela equipe de reabilitação no domicílio ou nas unidades destinadas ao atendimento de pacientes

ambulatoriais.

A oferta de serviços na área de Promoção de Saúde e Prevenção ou Gerenciamento de Doenças Crônicas é um campo mais recente na área da Atenção Domiciliar, porém com grande potencial de crescimento. Os resultados de algumas experiências começam a ser divulgados através de Programas/Protocolos específicos como para controle de Hipertensos, Diabéticos, Pneumopatas, Portadores de HIV/AIDS, entre outros, que, recebendo informações periódicas sobre a doença de base e todas as possibilidades de controle e orientações sobre melhorias na qualidade de vida, conseguem conviver melhor com suas patologias de base, sem reagudizações freqüentes, com uso racional dos Serviços de Saúde, menores gastos e maior grau de satisfação perante a vida e a fonte pagadora de sua assistência.

Pelas dificuldades enfrentadas em muitas situações para manter um paciente em assistência domiciliar, nos últimos tempos são procuradas formas alternativas para suportar o processo de desospitalização e ao mesmo tempo não depender exclusivamente do espaço do domicílio e dos cuidados dos familiares do paciente.

Entre elas, destacam-se: treinamento para o autocuidado e de cuidadores ainda em ambiente hospitalar, Hospital dia - day care, domicílios intermediários, centros de convivência e assistência, casas de repouso, "creches" para idosos, centros de treinamentos de cuidados, casas de apoio e suporte comunitário, entre outras.

1.4 - A Legislação Brasileira da Assistência Domiciliar

O governo brasileiro regulamentou a assistência domiciliar através da Portaria GM/MS nº 1892, de 18/12/97, considerando que a internação domiciliar ampliava as condições de atendimento hospitalar e a qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde, incorporando no art. nº1 a modalidade “Internação Domiciliar”. Com a Portaria nº 2416, de 23/03/98 (ANEXO), foram estabelecidos os requisitos para inclusão na Tabela do SIH-SUS do grupo de procedimentos de internação domiciliar e os critérios para a realização dessa modalidade.

Através da Lei 10.424, de 15 de abril de 2002 (ANEXO), o Ministério da Saúde sancionou acréscimo de capítulo e artigo à Lei 8080 de 19/09/90, criando a assistência domiciliar no SUS, onde se contempla o atendimento e a internação domiciliar.(ANEXO)

A Lei nº 9656/98, que regulamenta o seguro suplementar de saúde no Brasil, não inclui em seus benefícios a Assistência Domiciliar.

O Conselho Federal de Medicina – CFM elaborou a Resolução nº 1.668/2003 (ANEXO), que dispõe sobre normas técnicas necessárias à Assistência Domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional nesse tipo de assistência.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA elaborou em 2003 proposta de Resolução referente a Regulamento Técnico contendo as Normas de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar. A consulta pública desse documento de número 81, de 10/10/2003, foi publicada em Diário Oficial da União em 14/10/2003 (ANEXO). O prazo inicial de 90 dias de consulta pública foi prorrogado por mais 60 dias, através da RDC 361, de 23/12/03. (www.anvisa.gov.br/consulta_publica).

1.5 – Particularidades da Assistência Domiciliar

1.5.1 – Perfil de Elegibilidade

Com pouco mais de uma década de prática sistematizada das diferentes modalidades de Assistência Domiciliar no Brasil, com algumas publicações específicas, observações dos profissionais que atuam na área e o conteúdo das seis edições já existentes do Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar - Sibrad - 1998/03, o perfil de elegibilidade usual para a Assistência Domiciliar consiste em: pacientes portadores de patologias crônicas sequelares como as cardiovasculares, neurológicas, endócrinas, respiratórias, infecciosas e neoplásicas, independente de faixa etária, embora a maior frequência encontrada seja a de idosos; pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio e grande portes também têm sido indicados para completar o período de pós-operatório em seus próprios domicílios, longe da possibilidade maior dos quadros infecciosos, tão freqüentes e graves no ambiente hospitalar.

CABRAL (1997), referindo-se aos recém-nascidos, afirma que:

“O surgimento da incubadora, dos ventiladores mecânicos, da unidade de terapia intensiva neonatal, fizeram com que aumentasse a taxa de sobrevivência desse grupo de crianças. Se por um lado isso trouxe incontáveis benefícios à sociedade, pois aumentou as chances de sobrevivência desse grupo de crianças, por outro, essas crianças passaram a exigir um acompanhamento a longo prazo dos profissionais e cuidados especiais para inseri-los no contexto social. Eles formam um grupo emergente no contexto social, cuja atenção e cuidados demandam formas de saberes até então desconhecidas para o senso comum.”

Prematuros e crianças portadoras de anomalias congênitas, neurológicas sequelares depois da alta hospitalar, grande parte egressas de Unidades de

Terapia Intensiva reinserem-se no contexto sócio-familiar, muitas vezes com algum tipo de dependência tecnológica, como afirmam FLEMING (1994) e CUNHA (1997), compondo um novo grupo no contexto social brasileiro, denominado por CABRAL (1997) de herdeiros da tecnologia.

ALAN (1991) relata que: “Aproximadamente 70% das crianças ventiladas cronicamente podem expressar uma sobrevida prolongada”. Em 1987, o U.S. Office of Technology Assessment estimou que mais de 2000 dessas crianças residem nos Estados Unidos. O Home Care mostrou-se como um cuidado alternativo ao hospitalar, pois no domicílio ocorre uma redução de custos em 50 – 95%, oferece-se às crianças um estímulo psicológico e fisiológico apropriado, melhor integração na família e reduzida exposição à infecção.

SILVA (2001) salienta que: “A transição do olhar institucional para o domiciliar no cuidado às crianças emergentes de terapia intensiva pediátrica ainda é muito incipiente” e, segundo KAKEHASHI (1998), “a produção científica de enfermagem pediátrica tem os descritores (palavras chaves) desarticulados, seus autores são em grande maioria docentes em autoria única e os produtos caracterizam-se por abrangerem mais as temáticas da área assistencial”.

Observa-se na prática que, além do aumento do número de pacientes pediátricos com necessidade de cuidados de diferentes complexidades no campo da assistência domiciliar, também já é expressiva e crescente a demanda de jovens e adultos vítimas da violência, acidentes e outras causas externas, além das doenças cardiovasculares, do sistema nervoso, endócrinas e neoplásicas, entre outras. Apesar da pequena divulgação de dados dos Serviços de Assistência Domiciliar no Brasil, observa-se em diferentes relatos de gerentes da área que a proporção de pessoas acima de 65 anos em relação às demais faixas etárias varia de 55 a 65% do total de seus pacientes assistidos no domicílio. Grande parte desses idosos foram elegíveis para o Serviço em função de reagudizações

freqüentes de patologias crônicas e necessidades continuadas de cuidados especializados.

1.5.2 - Critérios de Admissão

Os principais critérios de admissão de pacientes para a Assistência Domiciliar, descritos na literatura (CRUZ 1999, RIBEIRO 2000, MENDES JR. 2000) e vigentes na prática dos diferentes Serviços públicos e privados do Brasil são: clínicos, médicos, pessoais/familiares, administrativos, sócio-econômicos, geográficos e administrativos.

Para que um paciente seja admitido em um Programa de Assistência Domiciliar, alguns parâmetros têm-se tornado consenso em nosso meio: portadores de patologias crônicas ou agudas, que necessitam de um período de cuidados continuados e especializados para que possam recuperar a saúde, internação hospitalar prolongada ou reinternações freqüentes; em todas essas situações devem apresentar estabilidade clínica e ausência de necessidade de Unidade de Terapia Intensiva ou acesso rápido ao Centro Cirúrgico.

Outro critério é a concordância do médico assistente para assinar a alta hospitalar ou, no caso de o paciente já se encontrar no domicílio, que possua um relatório médico detalhado de sua patologia e exames que comprovem o estado de dependência de cuidados do paciente.

Paciente e familiares e/ou cuidadores devem estar cientes da assistência que vai ser oferecida, dos direitos e deveres e devem concordar com a nova proposta de atenção no domicílio.

É de importância fundamental o domicílio estar localizado em rua de fácil acesso, tanto para os profissionais que vão prestar o atendimento, quanto para ambulância, quando houver necessidade de atendimento de urgência/emergência.

Outro fator importante é a infra-estrutura domiciliar, que deve possuir espaço adequado para a instalação do paciente e dos equipamentos necessários, além de comportar a presença de profissionais, que muitas vezes precisam permanecer junto ao paciente por períodos prolongados.

Em uma cidade como São Paulo e outras com as mesmas características, algumas regiões oferecem riscos em relação à segurança da equipe que irá freqüentar o domicílio, por se tratar de locais de maior incidência de assaltos, tráfico de drogas ou favelas, onde a violência é evidenciada no dia-a-dia de todos de diferentes maneiras.

Para que um paciente possa ser admitido em um Serviço de Assistência Domiciliar, além dos critérios citados, é necessário também que ele preencha os requisitos administrativos exigidos pela fonte responsável pelo pagamento dos Serviços que serão oferecidos, seja ela pública ou privada.

1.5.3 - Critérios de Permanência

No planejamento da admissão do paciente para Assistência Domiciliar está indicada a elaboração de um Plano de Atenção que contempla o objeto da atenção, a programação com toda a estrutura de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, logística, procedimentos, plano de cuidados profissionais e familiares (RIBEIRO 2000).

O critério de evolução clínica deve ser considerado, uma vez que no período de assistência há a expectativa para que ocorra melhora clínica gradativa, diminuição da complexidade dos cuidados, administração de medicamentos, recuperação parcial ou total dos déficits, entre outros progressos.

O plano de cuidados pode sofrer alterações significativas de acordo com a evolução clínica do paciente, tanto no sentido de simplificação quanto no aumento de complexidade de cuidados e de procedimentos e equipamentos, podendo chegar até à necessidade de um retorno do paciente ao hospital.

De maneira geral, não existe um tempo de permanência pré-estabelecido e sim um período de assistência que deve ser administrado de maneira adequada e otimizado pelo desempenho técnico da equipe e participação efetiva do paciente e de seus familiares.

1.5.4 - Critérios de Alta

A alta do paciente é uma fase que deve ser bem entendida por pacientes e familiares, desde o momento da admissão para a assistência domiciliar.

Clinicamente, o paciente com perfil para alta do atendimento e da internação domiciliar é aquele que se encontra totalmente recuperado ou, apesar de continuar com sua patologia de base cronicada, muitas vezes até com seqüelas irreversíveis, apresenta estabilidade clínica e independência para continuar recebendo assistência ambulatorial e auxílio de seus familiares/cuidadores, sem necessidade de cuidados técnicos.

1.5.5 - Critérios para Monitoramento

De acordo com o perfil de cronicidade de determinadas patologias e das seqüelas que podem provocar, apesar da possibilidade de alta, a dificuldade de locomoção até um ambulatório ou consultório médico poderá acarretar reagudizações e necessidade de reinternação hospitalar.

Para que essa situação seja evitada, alguns Serviços ou Programas de Assistência Domiciliar proporcionam a fase de Monitoramento. Essa atenção

periódica pode variar de acordo com a necessidade residual de cuidados de cada paciente, desde uma visita médica e ou de enfermagem mensal ao domicílio, até uma maior frequência e inclusão de outros profissionais, além da permanência de alguns equipamentos ou fornecimento de alguns medicamentos essenciais.

Além das condições clínicas, carências econômicas e problemas sociais acabam pesando também no plano de cuidados que continuarão sendo oferecidos.

1.6 - Avaliação da Qualidade dos Serviços de Assistência Domiciliar

DONABEDIAN (1980, 1990) refere-se à avaliação da qualidade de um Serviço num referencial teórico sistêmico de **estrutura, processos e resultados**.

A **estrutura** corresponderia a características estáveis, como recursos humanos e materiais. **Processos** seriam as atividades desenvolvidas no cuidado à saúde e **Resultados**, a mudança no estado de saúde do paciente que pode ser atribuída a um cuidado prévio, incluindo também mudanças comportamentais e satisfação do usuário.

DONABEDIAN (1980) também se refere à qualidade pela aplicação da ciência e tecnologia como forma de aumentar benefícios e diminuir riscos. Trabalha com o conceito de **domínio técnico, interpessoal e amenidades**.

Para o autor "**domínio técnico** é a maximização de benefícios sem aumentar riscos ou custos, **domínio interpessoal** envolve aspectos éticos e morais, expectativas, aspirações e valores culturais e as chamadas **amenidades** referem-se às condições objetivas em que o cuidado à saúde ocorre, como conforto e higiene, podendo variar de acordo com diferenças de riqueza material e de nível de vida".

MALIK (1996) analisa elementos que pertencem à estrutura, ao processo e aos resultados nos domínios técnico, interpessoal e de disponibilidade de amenidades:

1 – Domínio técnico:

Estrutura: Significa disponibilidade de equipamento, qualidade e quantidade de recursos humanos e de modelo de gestão público ou privado;

Processo: Envolve acurácia no diagnóstico, adequação ao tratamento e condutas;

Resultado: Mortalidade, morbidade, aumento ou redução do estado de saúde ou de função, distribuição de ocorrências adversas, obtenção de recursos etc.

2 – Domínio Interpessoal

Estrutura: Impacto das novas tecnologias sobre os papéis profissionais e o aparecimento de profissões e especialidades na área;

Processo: Envolve relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais e da organização com pacientes e suas famílias;

Resultado: Observação da satisfação dos pacientes e das famílias, dos encaminhamentos recebidos, do cumprimento das prescrições e dos retornos em novos episódios de doença e da obtenção de recursos.

3 – Disponibilidade de Amenidades:

Estrutura: Limpeza, facilidade de acesso e de estacionamento;

Processo: Eficiência no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera;

Resultado: Satisfação dos pacientes e de seus familiares, encaminhamentos recebidos, obtenção de recursos.

DONABEDIAN (1990) citado por ZAICANER (2001) traz o conceito de qualidade através dos **Sete Pilares da Qualidade:**

1 - **Eficácia:** o melhor a ser feito nas condições mais favoráveis. Capacidade de o cuidado contribuir para a melhoria das condições de saúde;

2 - **Efetividade:** o melhor possível das condições existentes. O quanto que melhoras possíveis são de fato obtidas.

3 - **Eficiência:** o melhor resultado a um menor custo. Capacidade de obter a maior melhoria possível das condições de saúde ao menor custo.

4 - **Otimização:** efeitos do cuidado da saúde avaliados em relação aos custos.

5 - **Aceitabilidade:** adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família. Incorpora os seguintes elementos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto à existência ou não de diversas alternativas de seguimento para que o mesmo faça sua escolha levando em conta critérios pessoais, como condições sociais, psicológicas e possibilidade de arcar com os custos das opções propostas.

6 - **Legitimidade**: de que forma os cuidados propostos são aceitos pela comunidade. O que indivíduos e seus médicos consideram como o melhor pode diferir, e freqüentemente diferem do que é melhor para todos. Essa diferença reside no financiamento social da assistência médica; Conformidade com preferências sociais.

7 - **Equidade**: princípio pelo qual se julga o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados à saúde e de seus benefícios entre os membros de uma população. Procura equacionar um cuidado aceitável no plano individual e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde. É um compromisso moral.

Quando se refere à avaliação da qualidade dos serviços DONABEDIAN (Apud NOGUEIRA, 1994) admite três planos distintos, ou seja, qualidade na visão dos prestadores de serviços, de seus usuários e através das prioridades consideradas pela sociedade em geral.

ZAICANER (2001) refere que:

“A busca pela qualidade implica na definição dos parâmetros a serem alcançados, ou seja: o estabelecimento de normas e padrões que permitam comparações e juízo de valores quanto a sua obtenção ou não, visto que estas normas variam de uma sociedade para outra”. E quanto ao conceito de qualidade a autora considera que : “ Apesar de amplo, tem uma certa delimitação, significando, em última instância, um julgamento acerca do quanto é bom o cuidado técnico, as relações interpessoais, as condições sob as quais este cuidado foi prestado e a que custo. A qualidade pressupõe uma diminuição da variabilidade dos acontecimentos. Implica também na satisfação de demandas explícitas e necessidades não declaradas porém

previsíveis, dos consumidores. Esta busca por qualidade deve permear toda a organização.”

1.7 – Avaliação da Qualidade da Assistência Domiciliar

Para atender a demanda crescente por Assistência Domiciliar, vários Serviços, com diferentes capacidades tecnológicas, estão sendo estruturados nos setores público e privado e esta realidade aponta para a necessidade de se estabelecer critérios próprios para a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Que instrumentos poderiam ser utilizados para medir a qualidade da assistência prestada por esses Serviços?

Os três conceitos de DONABEDIAN (1980) muito podem contribuir como referencial para a avaliação da Assistência Domiciliar, uma vez que atualmente enquanto **domínio técnico** essa modalidade de atenção é praticada em grande parte como estratégia de melhoria de atendimento e redução de custos. No **domínio interpessoal**, a humanização, os aspectos éticos da atenção, o vínculo/relacionamento/aproximação entre equipe multiprofissional e paciente/família são os grandes diferenciais que se apregoam. Quanto às chamadas **amenidades**, a assistência no domicílio tem como um de seus objetivos promover adequações e melhorias no ambiente físico, psíquico e social do paciente/família.

Um ponto que deve ser equacionado, quando se discute qualidade, é a sua relação com a quantidade. O bom senso nos leva a concordar com quem afirma que, quando a assistência falta ou é insuficiente em quantidade para fazer frente às demandas, é pobre em qualidade; quando sua utilização ocorre de forma desnecessária, também carece de qualidade, visto que recursos são usados sem que tragam benefícios concretos. A avaliação desses dois pontos na oferta da

Assistência Domiciliar é de fundamental importância como forma de explicitar sua qualidade.

Outro aspecto que deve ser considerado na discussão sobre a qualidade de um serviço é o custo da assistência prestada, que precisa ser dimensionado de tal forma que não inviabilize a oferta e o consumo do produto.

1.7.1 – Avaliação da Estrutura

Para a avaliação da estrutura da Assistência Domiciliar devem ser considerados os recursos tecnológicos humanos, materiais, equipamentos, medicamentos e modelo de gestão entre outros. Atenção especial deve ser dada aos critérios de elegibilidade, a abordagem ao paciente/família, a anuência do médico assistente, a definição do tipo de assistência que será prestada (visita, atendimento ou internação domiciliar), a composição da equipe técnica que ficará responsável pela assistência no domicílio e a construção do Plano de Atenção.

A oferta de material impresso sobre o funcionamento do Serviço de Assistência Domiciliar pode auxiliar o entendimento e fixação de alguns pontos que ainda não ficaram muito claros numa primeira abordagem para o paciente e seus familiares.

A verificação do acesso geográfico, a segurança da localização e a infraestrutura do domicílio são passos importantes na fase pré-admissional do paciente.

Um dos requisitos básicos para a viabilização da assistência domiciliar é a existência de um ou mais cuidadores ativos, sejam eles informais - familiares ou voluntários não remunerados - ou formais, contratados exclusivamente para serem treinados para os cuidados e o acompanhamento do paciente. Outro fator indispensável é a assinatura de um termo de compromisso contendo os direitos e

deveres, além da especificação da meta inicial que se espera atingir até que possa ocorrer a alta da assistência domiciliar.

O profissional que fará o gerenciamento do caso deverá ter acesso a todas as informações sobre o estado de saúde do paciente e à sua evolução clínica durante a internação hospitalar para estabelecer o Plano de Atenção domiciliar junto com outros membros da equipe, especificando a composição e a periodicidade das visitas dos profissionais, prescrição de medicamentos, materiais, equipamentos, além de elaborar a previsão de orçamento para o período programado de assistência domiciliar.

Em alguns casos mais complexos e com maior grau de dependência de cuidados, é importante que seja agendada uma reunião prévia entre equipe e familiares antes que o paciente seja removido para o domicílio, para que todas as questões operacionais da assistência sejam debatidas e esclarecidas.

O apoio social e psicológico inicial ao paciente e familiares é necessário, de forma que os desajustes e as inseguranças que surgirem sejam trabalhados e resolvidos sem que ocorra prejuízo para a assistência integral ao paciente.

O domicílio já deverá estar totalmente preparado quando o paciente receber alta hospitalar; todas as modificações de estrutura espacial e da organização familiar deverão estar prontas. O prontuário multiprofissional já deverá estar no domicílio para que a equipe de recepção possa registrar as condições iniciais do paciente e, de preferência, deverá ser a mesma equipe que dará continuidade à assistência.

Esse prontuário deverá conter a identificação dos integrantes da equipe e da Central 24 horas (internação domiciliar) que poderá ser acionada para orientações e chamados de urgência/emergência. A prescrição deverá estar atualizada,

completa e adaptada de forma clara para entendimento e operacionalização dos cuidadores do paciente.

O transporte adequado do paciente para o domicílio é outro ponto a ser considerado.

Algumas informações precisam ser conhecidas desde a admissão do paciente e estruturação da atenção, pois serão de grande utilidade para a avaliação do processo e resultados da assistência:

- **Indicações de pacientes para Assistência Domiciliar X Admissões efetuadas:** este parâmetro demonstra o grau de discernimento que o Serviço de Assistência Domiciliar/captador de pacientes possui sobre a elegibilidade para assistência no domicílio. Algumas vezes a indicação é prematura ou muito tardia já não havendo mais, a necessidade de cuidados domiciliares, em outras situações a oferta da atenção no domicílio é inviabilizada pela ausência de estrutura familiar apropriada, o acesso geográfico ao domicílio é difícil, as condições habitacionais são precárias, entre outros motivos.
- **Episódios de Infecção hospitalar:** número e descrição dos eventos, para que possam ser comparados com a evolução clínica no domicílio.
- **Tempo de permanência e número de reinternações hospitalares:** grande parte dos pacientes que são admitidos para assistência domiciliar são oriundos de internações hospitalares prolongadas e/ou frequentes. A informação é importante para acompanhamento de resultados da Assistência Domiciliar.

O conhecimento dessas condições pré-assistência domiciliar é muito importante, uma vez que, pela efetividade dos cuidados, se espera que o número

de reinternações e o tempo de permanência hospitalar diminuíam de forma significativa.

- **Custos Hospitalares:** A composição dos gastos hospitalares, as diárias e taxas, a complexidade dos cuidados recebidos (UTI, procedimentos, equipamentos, medicamentos etc.), os valores iniciais e a evolução dos custos nos últimos dias de internação hospitalar, período de maior estabilidade clínica, fase pré-assistência domiciliar.

Essas informações nem sempre estão à disposição do prestador de serviços, porém são instrumentos fundamentais para quem compra/compõe custos para pagamento da assistência domiciliar.

Não é um procedimento totalmente adequado comparar custos hospitalares com os domiciliares, porém ainda não dispomos de indicadores próprios para assistência domiciliar.

- **Custos Domiciliares:** Qual deverá ser o custo da tecnologia que estará disponível para o paciente no domicílio? Quantos profissionais estarão envolvidos no atendimento? Qual a frequência necessária de visitas? O atendimento 24 horas estará incluso? Haverá remoção de ambulância para os casos de reinternações? A consulta ou avaliação de especialistas estarão inclusas? Os exames laboratoriais serão colhidos no domicílio? Os materiais e medicamentos estarão inclusos na diária ou serão cobrados à parte?

No setor privado, diferentes modelos de contrato para o pagamento dos Serviços de Assistência Domiciliar são praticados. Alguns deles estabelecem preços fixos para diárias, que contemplam visitas médicas, de enfermagem, assistente social, nutricionista, avaliação inicial de fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga, além da oferta de equipamentos e cobertura 24 horas para o

atendimento de urgência/ emergência e necessidades de orientações. Fora desse básico, alguns Serviços estabelecem valores fixos de permanência de enfermagem por 6, 12 ou 24 horas, para sessões de fisioterapia e psicologia e preços de mercado ou acordados com as fontes pagadoras para o fornecimento de Oxigênio, Medicamentos, Materiais e Serviço de Ambulância (no caso de reinternação hospitalar).

- **Previsão de Permanência:** Apesar da diversidade de situações, é possível estimar para cada paciente, de acordo com as suas condições iniciais, o que se espera alcançar com a assistência domiciliar e oferecer uma previsão flexível do tempo necessário para sua permanência no Serviço.

1.7.2 - Avaliação do processo

O desenvolvimento do Plano de Atenção ocorre através de ações programadas e continuadas pela equipe multiprofissional.

Essas ações, como nos demais tipos de atenção à saúde, devem estar sempre adequadas ao grau de complexidade clínica do paciente para atender às suas necessidades, tanto no campo da prevenção de novos agravos quanto no tratamento e minimização dos riscos de descompensações ou instabilidades clínicas de sua(s) patologia(s) de base.

Um dos aspectos fundamentais para a boa evolução do processo da assistência domiciliar é a qualificação técnica/administrativa, grau de empatia/interação e prontidão da equipe responsável pela atenção.

A abordagem inicial, o entendimento claro sobre o tipo de assistência que será oferecida, incluindo seus limites e metas, contribuirá para o fortalecimento do vínculo de confiança entre paciente/familiares/cuidador(es) e equipe.

O gerenciamento do caso é de importância fundamental, porque a equipe deve ter comando técnico/administrativo para que possa cumprir de forma sincronizada o plano de atenção proposto.

Todos os membros da equipe devem estar constantemente informados sobre as mudanças no estado de saúde do paciente ou do seu ambiente, para que possam intervir de maneira rápida e segura, no sentido de impedir que qualquer agravo clínico ou resistência na aceitação das orientações, por parte de paciente/familiares/cuidador(es), possam colocar em risco o sucesso da atenção.

No prontuário domiciliar devem constar as informações básicas e de relevância sobre os cuidados oferecidos e a conduta de cada profissional envolvido na assistência.

A prescrição de medicamentos deve ser sempre legível, concisa e adaptada para a linguagem/entendimento do cuidador(es) responsável(is) pelo seu manuseio e administração.

Os pacientes elegíveis para programas de assistência domiciliar geralmente apresentam necessidade de suporte de oxigenoterapia, ventilação mecânica, nutrição enteral e parenteral, medicação endovenosa, procedimentos especializados para “controle” de hipersecreção pulmonar, escaras, déficits neuromotores, confusão mental, coma vigil, entre outros.

A expectativa é para que grande parte desses pacientes evoluam para o patamar de estabilidade clínica, independência parcial/total de equipamentos, medicação e alimentação por via oral, escaras cicatrizadas, recuperação parcial/total de déficits, maior controle emocional e familiares/cuidador(es) treinados e independentes.

Para alguns quadros clínicos, o que se espera é a manutenção da estabilidade e evitar reinternações hospitalares, porque já se tem conhecimento de que o grau de dependência extrema de cuidados não poderá ser revertido. Para outros, a evolução esperada é uma maior tranquilidade e conforto, até que ocorra o óbito.

O estado emocional dos familiares/cuidadores, que geralmente na admissão do paciente para a Assistência Domiciliar se encontram nervosos, inseguros, com muitas dúvidas e se sentindo impotentes perante a nova situação, com a convivência, treinamento e apoio da equipe de saúde, tornam-se gradativamente mais tranquilos, seguros e aptos para a oferta e participação nos cuidados necessários.

Para o alcance desse estágio de convivência e participação é necessário que o Plano de Atenção contemple todas as ações necessárias para o alcance da meta da assistência no domicílio, a empatia e coesão entre pacientes/familiares e equipe da atenção, capacitação e supervisão técnica continuada para todos os profissionais, gerenciamento de todas as variáveis existentes no processo desde a precisão da logística diária de fornecimento de materiais, medicamentos, equipamentos, remoções, presteza nos contatos em chamados de urgência/emergência ou para simples orientações telefônicas, cumprimento do cronograma de visitas domiciliares por parte de todos os membros da equipe, diálogo e solução dos problemas surgidos na convivência diária, aplicação de protocolos técnicos específicos para a abordagem das condições clínicas de cada paciente, controle de riscos (quedas, desenvolvimento de escaras, erros na administração de medicamentos, manuseio de cateteres, equipamentos, administração de dietas), aspiração de secreções, oferta de informações equivocadas etc.) e abertura e preparo para o enfrentamento/gerenciamento de todas as situações não previstas que fazem parte do dia-a-dia da Assistência Domiciliar.

A boa qualidade no processo da Assistência Domiciliar está em proporcionar condições para alcançar resultados eficazes, ou seja, melhoria e estabilidade clínica do paciente para a alta, diminuição do sofrimento nos casos terminais, treinamento efetivo de cuidador(es), otimização de recursos e racionalização de custos. Entre esses meios, destacam-se: estabelecimento de normas de admissão, permanência e alta, protocolos, visitas domiciliares de acompanhamento/auditoria, contatos com cuidadores (telefone, visitas domiciliares e reuniões), relatórios técnicos (evolução clínica), auditoria de cobranças, análise estatística, pesquisa de satisfação etc.

- **Documentação da Assistência Domiciliar**

A documentação do trabalho que é oferecido no domicílio é um dos fatores que contribui para a qualidade e credibilidade do serviço e na equipe de profissionais responsáveis pela Assistência Domiciliar.

Todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente devem colaborar para a construção de sua documentação: relatórios técnicos devem conter todos os dados de saúde do paciente, diagnóstico principal, que expresse a razão primária pela qual o paciente está recebendo Assistência Domiciliar (outros diagnósticos devem ser listados em ordem de importância), planejamento das ações ou plano de cuidados, implementação, operacionalização das intervenções identificadas como necessárias e avaliação dos progressos alcançados dentro da evolução esperada.

O prontuário domiciliar deve conter o registro do estado clínico do paciente na admissão e durante o período de Assistência Domiciliar, nome de cada profissional responsável pela assistência (assinatura e carimbo), o conteúdo, a frequência e a duração dos cuidados oferecidos, prescrição legível, com nome dos medicamentos, dose, horário e maneira de administrá-los.

Uma documentação completa também é fundamental para subsidiar questões de responsabilidade legal. Profissionais que atuam em Assistência Domiciliar devem registrar no prontuário todas as informações relativas à sua área de atendimento e elaborar relatórios técnicos sobre a evolução do quadro clínico de seus pacientes com a frequência estabelecida pelos Serviços.

As instruções dadas ao paciente/familiar(es)/cuidador(es) também devem ser registradas de maneira continuada até que estes demonstrem a habilidade para os cuidados de maneira independente.

1.7.3 - Avaliação dos resultados

Os serviços de Assistência Domiciliar geralmente são estruturados para as seguintes fases: admissão do paciente, oferta de cuidados multidisciplinares, materiais, equipamentos, medicamentos, treinamento de cuidadores, retirada gradativa dessa estrutura de acordo com a evolução e estabilidade clínica do paciente e em alguns casos oferecem um período de monitoramento antes da alta.

- **Redução gradativa da assistência**

Os esclarecimentos sobre o processo de alta da Assistência Domiciliar devem ser fornecidos ainda no ambiente hospitalar, quando o paciente e familiares são abordados para as explicações sobre o objetivo e a operacionalização dessa forma de atenção.

A maioria dos pacientes que apresentam perfil para atendimento ou internação domiciliar são portadores de patologias crônicas, muitas vezes com mais de um diagnóstico, com alto grau de dependência de cuidados. É muito importante que seja estabelecida uma meta de evolução que, uma vez alcançada, a alta possa ser efetivada de maneira natural.

Algumas famílias, apesar de estarem cientes de que esse processo é finito, reivindicam a sua continuidade, demorando um pouco mais para se tornarem independentes, grande parte por fatores econômicos, pela presença de dificuldade em oferecer a estrutura necessária ao familiar após a alta ou pelo fato de confundirem a presença e atuação dos profissionais da assistência, principalmente os pertencentes à área de enfermagem, com acompanhantes ou ajudantes para cuidados básicos ao paciente.

Essas situações exigem maior diálogo e conscientização das partes envolvidas sobre a evolução favorável alcançada. A postura do médico e de toda a equipe multidisciplinar envolvida no processo da assistência precisa estar em sintonia e demonstrar firmeza de propósitos.

- **Monitoramento**

Em alguns casos, para que a alta possa ocorrer de maneira mais segura, existe o estágio chamado de monitoramento, que pode consistir na oferta de 1 ou 2 visitas médicas e/ou de enfermagem mensais, com o objetivo de se evitar reagudizações precoces e reinternações hospitalares.

- **Alta**

Apesar da complexidade e/ou gravidade do estado clínico inicial, muitos pacientes durante o período da Assistência Domiciliar apresentam evolução bastante favorável, com possibilidade de deambulação e superação de grande parte da dependência para as atividades da vida diária. Nesses casos deve ocorrer a alta dos cuidados domiciliares e o encaminhamento para o acompanhamento clínico ambulatorial.

1.8- Agente Avaliador

A avaliação não é um processo neutro, uma vez que depende da visão e propósito de quem é o agente avaliador. Entre os agentes envolvidos na Assistência Domiciliar, em linhas gerais, temos: o paciente, seus familiares/cuidadores, o serviço/equipe que é responsável pela oferta dos cuidados e a empresa contratante ou fonte pagadora pública ou privada.

1.8.1- O Paciente na Avaliação da Assistência Domiciliar

Para o processo da Assistência Domiciliar alcançar seu objetivo principal, que é propiciar maior conforto, estabilidade clínica e independência de familiares e cuidadores para a continuidade dos cuidados, o paciente, uma vez consciente e orientado em relação ao tempo e espaço, deve participar da decisão de passar a ser assistido em seu domicílio, assim como atuar como um dos agentes avaliadores da qualidade dos serviços oferecidos.

Entretanto, o observado na prática é que devido à complexidade do perfil de morbidade dos pacientes admitidos em programas de Assistência Domiciliar, grande parte deles apresentando coma vigil ou comprometimentos variados dos níveis de consciência, a concordância ou não com o modelo de atenção fica mais na dependência de seus familiares e cuidadores.

Grande parte dos pacientes concordam de imediato com a proposta de serem tratados em suas próprias casas, junto aos seus familiares e pertences. Essa vontade de estar em casa, em grande parte depende da constituição e da dinâmica familiar, dos vínculos afetivos, da infra-estrutura compatível do ambiente, de sua rede de suporte social e da avaliação dos problemas que deverão ser enfrentados no cotidiano já conhecido do domicílio.

Algumas vezes, a preferência é manifestada pela permanência hospitalar, porque em casa sentem-se “desprotegidos”, “inseguros”, “pesados para a família”, “sem condições para melhorar”. Alguns chegam a relacionar o ambiente domiciliar como fator desencadeante das descompensações clínicas e da necessidade freqüente de reinternações hospitalares.

No entanto, a maioria dos pacientes, após um período de internação hospitalar, prefere retornar ao domicílio o mais rápido possível, seja qual for a sua estrutura, principalmente aqueles que já desfrutaram ou têm conhecimento da possibilidade de receber assistência em regime de atendimento ou internação domiciliar.

Uma vez instalado o período da assistência propriamente dita, algumas variáveis podem ser avaliadas como desfavoráveis por alguns pacientes, como a necessidade de promover mudanças físicas no domicílio, desmonte de móveis, desapego forçado de objetos, animais e a instalação de uma rotina de “pessoas estranhas” freqüentando o domicílio e provocando mudanças necessárias de hábitos considerados nocivos para o alcance da evolução clínica almejada. A “teimosia”, resistência ao cumprimento de “certas ordens” e a pouca colaboração em algumas situações pode levar a uma avaliação pessoal que aquela invasão toda poderia ser evitada e que (para sua pessoa), portanto, a volta acompanhada ao lar não obteve uma nota favorável, independente de familiares e equipe técnica poderem até comemorar os bons resultados alcançados.

Essas situações ocorrem em proporções bem menores que aqueles casos em que o paciente encara a nova situação de maneira positiva, estabelecendo um vínculo fraternal com os membros da equipe responsável pela assistência e, por sentirem-se tão bem cuidados, amparados, mais felizes e gratificados, não medem esforços para colaborar na automelhora e em grande parte conseguem mais rapidamente alcançar a independência parcial ou mesmo total de cuidados.

A avaliação de resultados desses pacientes é repleta de adjetivos e expressões favoráveis tais como: “me senti seguro, tranquilo, confiante que ia melhorar”, “voltar pra casa foi voltar para a alegria, felicidade, bem-estar”, “a confiança na equipe”, “o amparo, proteção numa situação difícil”, “me senti valorizado, amado, respeitado”, “senti que ainda podia ter voz ativa”, “muito melhor estar em casa junto com os meus”.

A avaliação da estrutura, processo e resultados da Assistência Domiciliar realizada pelos pacientes beneficiados por essa modalidade de atenção são informações da maior importância, que devem ser coletadas e analisadas de maneira sistemática e aprofundada, com o objetivo de rever a consistência do trabalho, a postura dos profissionais, o fluxo e agenda de cuidados, o quanto é possível avançar e o quanto rever, em se tratando de algumas posturas e condutas.

1.8.2 - A Avaliação da Assistência Domiciliar na Visão da Família e Cuidadores.

Os familiares de pacientes provenientes de internações hospitalares prolongadas e ou reinternações freqüentes geralmente encontram-se estressados e amedrontados com a possibilidade de piora do quadro clínico ou até mesmo com a responsabilidade pela execução de cuidados que não se sentem capacitados para assumir.

Cuidar de um indivíduo que apresenta diversos tipos de complicações clínicas e carência de atenção não é tarefa fácil. No entanto, quando esse processo pode ocorrer com a ajuda de uma equipe multidisciplinar, com todos os equipamentos, materiais e medicamentos necessários e dentro da própria casa, o trabalho tende a ser bem mais seguro e confortável.

A presença de diferentes tipos de sondas e equipamentos, lesões de pele ou úlceras de pressão de grandes extensões e profundidades, assim como a associação dos déficits motores e da desnutrição, hipersecreção pulmonar com necessidade de aspirações contínuas, dependência de oxigênio e de medicações em horários pré -estabelecidos exige cuidado contínuo e orientação adequada.

Na prática, observamos que nem sempre a divisão da responsabilidade pelo cuidado é feita de maneira equilibrada e cooperada entre os membros de uma família. Seja pelas condições econômicas, estrutura familiar ou características culturais, não é incomum que os cuidados de pacientes com diferentes graus de necessidade fiquem sob a responsabilidade de uma única pessoa.

Por esses motivos e dependendo do grau de discernimento e do contexto familiar, podem existir diferentes visões e maneiras de encarar e avaliar a assistência domiciliar.

Analisando depoimentos e expressões utilizadas por familiares e cuidadores em nossa prática, poderíamos interpretá-los ou traduzi-los como possíveis indicadores a serem considerados na avaliação da Assistência Domiciliar:

- **Gerenciamento do Caso:** elogios ou queixas referentes à forma de organização do trabalho, a coesão da equipe, o “seguir a mesma linha”.
- **Confiabilidade:** relatos que denotam o vínculo entre paciente, familiares e profissionais, o cumprimento ou não da programação e a presença e apoio da equipe nas situações de urgência / emergência.
- **Credibilidade e Racionalidade:** confirmação ou não de que tudo que foi prescrito e necessário foi oferecido em tempo hábil, com qualidade e na quantidade apropriada.

- **Adequação de linguagem:** a forma como os profissionais informaram e treinaram pacientes e familiares para os cuidados.
- **Transparência e parceria:** o conhecimento da família sobre o estado clínico do paciente e seu prognóstico.
- **Aceitação da alta:** a conscientização de que, com a boa evolução clínica e a independência para os cuidados, gradativamente a assistência seria retirada.
- **Postura profissional, humana e ética:** observações sobre a competência técnica, segurança transmitida, respeito profissional, relacionamento humano, trabalho em equipe.
- **Qualidade da Atenção:** oferta de atenção diferenciada, superação de expectativas.

1.8.3 - Avaliação da Assistência Domiciliar sob a Ótica de Seus Profissionais.

As instituições de ensino que oferecem habilitação específica para a atuação em Assistência Domiciliar ainda são minoria em nosso meio. O que se observa mais comumente nos dias atuais são grupos de profissionais detentores de diversos conhecimentos que se organizam em equipes coordenadas ou gerenciadas para a oferta da assistência domiciliar de acordo com a necessidade ou complexidade de cada caso. Trata-se de uma prática em construção, cujos “alicerces” provavelmente serão os parâmetros para uma avaliação mais aprofundada.

Alguns profissionais, apesar de participarem desse modelo de atenção, relatam que se sentem solitários nessa prática, tendo em vista a especificidade de atender um paciente em sua própria casa e distante da “proteção institucional”.

Algumas posturas ou características pessoais e profissionais são pré-requisitos para o trabalho na assistência domiciliar; entre elas, destacam-se conhecimento técnico, responsabilidade, ética, segurança, bom senso, paciência, humanidade, persistência, coragem, dinamismo, capacidade para trabalhar em equipe e empatia .

Além disso, os profissionais deverão estar preparados para as muitas dificuldades que têm sido relatadas no dia-a-dia da Assistência Domiciliar, tais como barreiras geográficas para o acesso aos domicílios, infra-estrutura domiciliar precária, dinâmica e organização familiar, grau de expectativa, entendimento, formação e colaboração familiar, presença e disponibilidade do cuidador para aprender , confiança na equipe, dificuldade de entendimento por parte da família sobre o papel de cada profissional, complexidade clínica do paciente, a formação específica e o compromisso da equipe como um todo, a disponibilidade de infra-estrutura da empresa/serviço para a assistência, a retaguarda do serviço de urgência/emergência e o suporte de coordenação/treinamento técnico e psicológico .

Existem relatos de profissionais que “encaram” situações bastante constrangedoras nos domicílios, tais como desagregação e violência familiar, dependência química, assédio sexual, interferência de familiares na conduta, estímulo a conflitos entre os membros da equipe, chamados para atendimentos de urgência/emergência sem justificativas e com o único objetivo de checar se teriam o atendimento rápido, desvio de materiais e medicamentos, alarmismos, inconformismos com a gravidade ou pouca evolução do quadro clínico, falta de entendimento quanto aos benefícios e a duração da assistência, ameaças e resistências ao desmame.

Entre os riscos para o exercício dessas atividades, são citados como mais freqüentes os assaltos aos profissionais ao transitarem por regiões mais violentas e principalmente em períodos noturnos, colisões, enchentes, congestionamentos, barreiras geográficas, estresse, suporte inadequado, indefinição de vínculo empregatício e baixa remuneração.

Entretanto, relatos são feitos denotando o aspecto positivo da avaliação do exercício da assistência domiciliar: participação em uma nova forma de atenção à saúde, emergência de uma nova especialidade no mercado de trabalho, possibilidade de integrar uma equipe multidisciplinar, atenção mais global e humana, contato direto com as condições de vida do paciente e de seus familiares, possibilidade de oferecer assistência personalizada e especializada, dinamismo do trabalho, contato diário com diferentes realidades, maior autonomia, trabalho gratificante, salário diferenciado, maior proximidade entre profissionais, pacientes e familiares.

Considerando os pontos positivos da prática da Assistência Domiciliar, a despeito dos problemas e indefinições, um fator marcante e decisivo nas declarações e na postura da maioria dos profissionais que “contracenam” com essa modalidade de atenção é o grande empenho para acompanhar e prestar um serviço responsável e de qualidade. A seleção natural desses profissionais vem ocorrendo e apenas permanecem e persistem nas posições aqueles que desenvolveram mecanismos para enfrentar as adversidades como desafio aos seus próprios limites, que se dedicam de maneira diferenciada a colaborar nas mudanças e melhorias necessárias e investem na credibilidade e fortalecimento da Assistência Domiciliar.

É preciso avançar muito ainda na área da avaliação da qualidade da Assistência Domiciliar e outras teorias e métodos deverão ser pesquisados e empregados para atingir essa finalidade.

1.9– Indicadores para Avaliação da Assistência Domiciliar

A construção de indicadores para a avaliação da qualidade e quantidade da Assistência Domiciliar encontra-se ainda em estágio inicial, necessitando de estudos mais aprofundados e observação mais próxima do que ocorre no dia-a-dia da estruturação e desenvolvimento da modalidade.

Os indicadores de qualidade relacionados ao processo assistencial devem ser construídos baseados na forma como o Serviço põe em prática o que julga ser melhor e mais seguro para a melhoria das condições específicas de seus pacientes. Os indicadores de desempenho avaliam as respostas dos pacientes/usuários sobre o serviço recebido/oferecido e resultados obtidos.

Entre os indicadores de Qualidade que atualmente vêm sendo utilizados na prática da Assistência Domiciliar em nosso meio estão os propostos por BRAZ (2002):

“Indicadores Tangíveis, que podem ser mensurados e analisados de acordo com um padrão de referência: **relacionados à equipe** – Número de profissionais em todos os níveis, disponíveis por paciente em atendimento; Número de enfermeiros para cada grupo de 25 pacientes; Incidência de substituições de profissionais de enfermagem das escalas; Taxa de absenteísmo do profissional de enfermagem; **relacionados ao processo** – Tempo de espera pelo Atendimento de Urgência/Emergência; Tempo de espera para remoção; Média de atrasos nas entregas de materiais, medicamentos, equipamentos nas residências; Incidência de glosas dos serviços oferecidos; **relacionados ao paciente** – Perfil nutricional do paciente durante a Internação Domiciliar;

Incidência de broncoaspirações em pacientes em uso de Sonda nasoenteral; Incidência de úlcera de pressão ou de infecções oportunistas durante a Internação Domiciliar; Incidência de queda do leito e Incidência de reinternação hospitalar”.

A mesma autora propõe como **indicadores intangíveis**, que não podem ser mensurados quantitativamente, aqueles que uma vez presentes no processo poderiam denotar escala de valores para a avaliação de qualidade, entre eles estão:

“Disponibilidade de Protocolos Técnicos; Protocolo de Segurança (atendimento de Urgência/emergência); Protocolos de Controle de Infecções Domiciliares; Controle de Qualidade dos Produtos; Atendimento de Emergência 24 horas; Disponibilidade de Serviços de Apoio; Discussão Clínica; Frequência de Treinamentos; Destino Final do Lixo; Pesquisa de Satisfação; Tecnologia da Informação etc.”.

No desenvolvimento desse estudo estaremos abordando, entre outros, alguns desses indicadores e aprofundaremos a discussão daqueles que estão relacionados com a melhora clínica do paciente, a satisfação dos pacientes/familiares e os gastos hospitalares, domiciliares e sócio-familiares.

2– Objetivos

2.1 – Geral

- Abordar conceitual e operacionalmente a Assistência Domiciliar a partir de Serviços e do estudo de caso de um Programa de Autogestão.

2.2 – Específicos

- Caracterizar o grau de importância que gerentes de Instituições do município de São Paulo dão à Assistência Domiciliar como modalidade de atenção à saúde.
- Verificar a qualidade de um Programa de Assistência Domiciliar a partir da melhora clínica e da satisfação de seus usuários.
- Demonstrar os gastos institucionais (hospitalares e domiciliares) e sócio-familiares de pacientes admitidos em um Programa de Assistência Domiciliar específico.

3– Método

Visando a atingir os objetivos pré-estabelecidos para este trabalho, foi realizado levantamento bibliográfico a fim de fundamentar uma abordagem conceitual e metodológica. Em função desse levantamento, optou-se pela aplicação de questionário em um universo definido de gerentes de serviços de Assistência Domiciliar e realização de estudo de caso, considerando o Programa Home Care Volkswagen como unidade de análise.

3.1 - Revisão bibliográfica

A pesquisa foi realizada em diferentes sites de busca (Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo - USP, Universidade Federal do Estado de São Paulo - UNIFESP, Ministério da Saúde, Associações Nacionais e Internacionais de Home Care, entre outros), nas bases de dados (MEDLINE, LILACS, AdSAUDE, PUBMED, OPAS/OMS, entre outras) e através de dissertações, teses e diferentes publicações nacionais e internacionais, utilizando os seguintes descritores: Histórico da Assistência Domiciliar, Serviços/Empresas de Assistência Domiciliar, Avaliação da Assistência Domiciliar, Assistência Domiciliar no Brasil/Mundo/Europa/Estados Unidos, Custos da Assistência Domiciliar, Eficiência dos Serviços de Saúde, Administração da Assistência Domiciliar, Qualidade da Assistência Domiciliar, Qualidade dos Serviços de Saúde, Satisfação do Usuário, *Home Care*, *Home Health Care*, *Hospice*, *Caring*, Cuidadores, Cuidados Domiciliares, Desospitalização, Teses sobre Assistência Domiciliar e Regulamentação da Assistência Domiciliar, entre outros.

3.2 - Questionário

Para a realização da caracterização dos principais serviços públicos e privados de Assistência Domiciliar do município de São Paulo e a obtenção da visão de seus gerentes, foi construído e aplicado, após a realização de pré-teste, um questionário misto com maioria de questões abertas, (anexo), via internet.

O foco das questões foi voltado para os seguintes aspectos: tempo de criação do Serviço, modalidades de Assistência Domiciliar praticadas, perfil epidemiológico dos pacientes assistidos, tempo médio de permanência, fontes pagadoras, parâmetros de cobrança para os serviços oferecidos, caracterização e atuação de recursos humanos, informatização, indicadores utilizados para avaliação, dificuldades enfrentadas, benefícios oferecidos e perspectivas da Assistência Domiciliar no Brasil.

- **Universo estudado**

Foram escolhidos 30 Serviços identificados pela oferta de Assistência Domiciliar multiprofissional abrangente, ou seja, não restritos a atividades em uma única área profissional (enfermagem, fisioterapia etc), tempo de experiência superior a 3 anos na estruturação de suas funções, com divulgação de resultados expressivos em diferentes fóruns e/ou canais de comunicação da área, credenciamento por Fontes Pagadoras expressivas, pertencentes a Autogestões ou Instituições Públicas Universitárias.

O número oficial de Serviços de Assistência Domiciliar atuantes no município de São Paulo e no restante do país ainda não é conhecido. Dos 30 questionários enviados em 30/04/03, houve o retorno de 25 (83,3%) até 30/06/03, tempo limite estabelecido para a análise neste trabalho.

Optou-se por eleger o município de São Paulo como núcleo de pesquisa devido à maior concentração e pioneirismo de iniciativas de serviços de Assistência Domiciliar e local de atuação profissional da autora.

3.3– Estudo de Caso

Em função da atualidade da prática institucionalizada da Assistência Domiciliar em nosso meio e da pouca disponibilidade de estudos anteriores que caracterizem o funcionamento e a avaliação de Serviços específicos dessa modalidade de atenção, foi feita a opção pela alternativa de Estudo de Caso Único, escolhendo como Unidade de Análise o Programa Home Care Volkswagen, por considerar, entre outros, os seguintes aspectos: pioneirismo, tempo considerável de operacionalização, abrangência, características da empresa e facilidade de acesso, uma vez que a autora participa dele desde sua criação e por ainda atuar como responsável pela sua coordenação.

Segundo GIL (1991), “o estudo de caso caracteriza-se por grande flexibilidade. Isto significa que é impossível estabelecer um roteiro rígido que determine com precisão como deverá ser desenvolvida a pesquisa. Todavia, na maioria dos estudos é possível distinguir quatro fases: a) delimitação da unidade-caso; b) coleta de dados; c) análise e interpretação de dados; d) redação das conclusões”.

Para DENIS e CHAMPAGNE (1997), “o estudo de caso é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma quantidade pequena de unidades de análise. A observação é feita no interior de cada caso. A potência explicativa desta estratégia se apóia na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso, assim como na coerência das variações destas relações no tempo. A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades”.

YIN (1990) citado por FERREIRA (2000), considera “o estudo de caso como uma forma de se fazer pesquisa empírica, investigando um fenômeno contemporâneo dentro do contexto real; em situações

em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas; onde se utilizam múltiplas fontes de evidências”.

Através de uma abordagem descritiva da Política de Atenção à Saúde da Volkswagen, seu Plano Médico de Autogestão e de seus Programas de Saúde, o Programa Home Care é focado considerando sua estruturação e oferta, público alvo, fluxo de admissões, critérios de elegibilidade, permanência e alta, gerenciamento dos processos de trabalho e a obtenção de resultados qualitativos e quantitativos.

3.3.1– Pesquisa: evolução clínica, satisfação dos pacientes/familiares e demonstração de gastos hospitalares, domiciliares e sócio-familiares - Programa Home Care VW.

Para atender os objetivos de verificar a qualidade do Programa Home Care VW a partir da melhora clínica (evolução, tempo de permanência e reinternações hospitalares); satisfação de seus usuários e demonstrar gastos institucionais e sócio-familiares, foram analisados 64 pacientes, ou seja, todos os que estavam ativos no Programa nos três primeiros meses de 2003, os quais foram monitorados pelo período de 6 meses em relação às seguintes variáveis: evolução clínica em termos de dependência de cuidados, tempo de permanência, reinternações hospitalares, gastos hospitalares, domiciliares e da família e satisfação dos pacientes/familiares com o Programa, considerando a qualidade da assistência através da ótica de seus usuários.

Para o desenvolvimento deste estudo de caso foram utilizados a observação participativa e instrumentos como: roteiro para caracterização das condições clínicas; entrevista domiciliar para pesquisa de satisfação e planilhas para a coleta e análise dos gastos hospitalares, domiciliares e familiares, contendo a síntese das variáveis consideradas nas guias de cobrança da assistência hospitalar e da

domiciliar, enquanto que os gastos familiares foram coletados através de pesquisa junto aos familiares e/ou cuidadores dos pacientes analisados.

A utilização da metodologia descritivo-analítica neste estudo deve-se ao fato de que a avaliação da Assistência Domiciliar em seus aspectos quantitativos e qualitativos ainda não estão claramente definidos pela literatura e têm sido pouco explorados em estudos sobre a modalidade. A relevância da análise desse conteúdo está no fato de poder ser ponto de partida para formulações de hipóteses e incremento de outros tipos de análises mais aprofundadas.

4 – Apresentação e Discussão de Resultados

4.1- A Visão dos Gerentes de Serviços de Assistência Domiciliar

Como já foi explicitado neste estudo, o Brasil ainda não dispõe de estatísticas oficiais sobre os Serviços de Assistência Domiciliar. Atualmente, a área conta com a representatividade da Associação de Empresas Médicas de Assistência Domiciliar (ABEMID), criada no início dos anos 90 e sediada no Rio de Janeiro; da Associação Brasileira de Home Health Care (ABRAHHCARE), fundada em julho de 1995, com sede em São Paulo; do Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD), formado em 2003, também com sede no Município de São Paulo, e de muitas outras iniciativas de associações/organizações de profissionais atuantes na área em diferentes localidades brasileiras.

No Brasil, ainda não existe uma associação, sociedade ou outro tipo de organização que conte com a participação e representatividade de instituições públicas e privadas para subsidiar o desenvolvimento científico da Assistência Domiciliar.

O Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar – Sibrad, criado em 1998 e com frequência anual é uma iniciativa pioneira resultante da parceria entre a Volkswagen do Brasil e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1998-2001) e da Volkswagen do Brasil com o Hospital Israelita Albert Einstein a partir de 2002, e também conta com a participação de representantes dos principais serviços públicos e privados de Assistência Domiciliar do município de São Paulo em sua comissão científica e organizadora. Esse evento desempenha o papel uniformizador de conceitos e retrata a evolução da modalidade em termos práticos e científicos. Profissionais de diferentes localidades brasileiras deslocam-se anualmente com a finalidade de participar de suas atividades. O Sibrad elege um tema central para ser aprofundado em cada uma de suas edições e desenvolve toda sua programação com temas de relevância na área da Assistência Domiciliar. A visão do Sibrad é tornar-se

formalmente uma instância técnico-científica permanente para atuar de forma conjunta em diferentes áreas da Assistência Domiciliar no país, estabelecer intercâmbios internacionais e fortalecer sua representatividade em prol do avanço qualitativo da modalidade no país.

Diversos Conselhos de classe dos profissionais envolvidos na prática da Assistência Domiciliar têm apresentado resoluções e pareceres específicos sobre a atuação técnica de cada uma das categorias. No entanto, ainda não é possível dispor de um registro único de serviços/empresas atuantes no segmento.

4.1. 1 - Área de Atuação:

Tabela 1 - Caracterização dos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados segundo área de atuação – São Paulo, 2003.

Área de Atuação	Total	
	nº	%
Empresas de Home Care	15	60,0
Autogestão	4	16,0
Hospitais Públicos	4	16,0
Hospitais Privados	2	8,0
Total	25	100,0

Fonte: Pesquisa Gerentes SAD – 2003

Dos cinco serviços que não responderam o questionário em tempo hábil para análise, dois pertencem a hospitais privados, um a hospital público e dois são de empresas de Home Care.

No universo atual da Assistência Domiciliar no município de São Paulo, observa-se o crescimento exponencial da quantidade e complexidade dos serviços oferecidos por empresas de Home Care, que atendem demandas de pacientes particulares e número expressivo e diversificado de outras fontes pagadoras.

Dos quatro hospitais públicos participantes deste estudo, dois são exclusivamente universitários e desenvolvem a modalidade de Atendimento Domiciliar voltada para a população de pacientes egressos da Internação Hospitalar, moradores em suas áreas de abrangência, e como campo de estágio na área da medicina para internos e residentes de clínica médica e geriatria, bem como para as diferentes categorias profissionais atuantes na área.

Na ordem cronológica da oferta de Assistência Domiciliar os hospitais privados são os mais recentes a iniciar a estruturação de seus Serviços. A consciência dessas instituições sobre o processo vigente e necessário de desospitalização, a importância da continuidade da assistência, principalmente para pacientes portadores de patologias crônicas, de dependentes de tecnologias e cuidados especializados, e a busca pela fidelização de seus clientes na visão dos entrevistados dessa área transformaram a Assistência Domiciliar numa estratégia bastante racional e adequada a ser considerada para alcançar estes objetivos.

4.1.2 – Tempo de Atuação:

Tabela 2 - Tempo de Atuação dos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados. São Paulo, 2003.

Tempo	Total	
	nº	%
Antes de 1990	3	12,0
De 1990 a 1995	7	28,0
De 1995 a 2000	14	56,0
Depois de 2000	1	4,0
Total	25	100,0

Fonte: Pesquisa Gerentes SAD – 2003

Grande parte do movimento de estruturação de Serviços de Assistência Domiciliar no Brasil teve início na primeira metade da década de 90, com exceção da experiência do Hospital do Servidor Público Estadual - HSPE, 1968, já citada neste estudo. Na segunda metade dos anos 90, ocorreu o grande salto da modalidade, tanto no setor público quanto no privado. Com diferentes definições e conteúdos assistenciais, cada serviço passou a oferecer ações de diferentes complexidades nos domicílios, principalmente para pacientes crônicos e oriundos de internações hospitalares prolongadas e/ou freqüentes.

O número de empresas de Home Care, como vieram a ser chamados os serviços privados de Assistência Domiciliar, cresceu de maneira exponencial em diferentes cidades e estados brasileiros, grande parte delas com matriz no município de São Paulo. O maior enfoque desses serviços se encontra na oferta de internação domiciliar, ou seja, assistência para pacientes com quadros clínicos mais complexos, a qual necessita de estruturas múltiplas em termos de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, logística de trabalho, informatização de processos, Central 24 horas, equipe para atendimento de

urgência/emergência e um investimento maciço em tecnologia de ponta para o suporte de diferentes tipos de procedimentos que anteriormente eram apenas efetuados em hospitais, e agora passaram a ser desenvolvidos também no domicílio, como a ventilação mecânica, a hemodiálise, a quimioterapia, a nutrição parenteral, entre outros.

Nos primeiros anos do século 21, o que se observa é uma retração do mercado da Assistência Domiciliar, contenção na abertura de novos Serviços, fechamento de vários, principalmente no setor privado, em função da conduta adotada pelas diversas fontes pagadoras da modalidade, que exigem resultados que possam confirmar as tão comemoradas vantagens da modalidade: indicadores específicos de qualidade e quantidade, diferenciais para certificarem que se trata de uma prática mais humana, racional, além de oferecer alto grau de satisfação a seus clientes. Entre as principais medidas que vêm sendo adotadas pelas fontes pagadoras estão: maior rigor para credenciamento, cobrança de resultados efetivos, apresentação de critérios mais rígidos para liberação de pacientes para a assistência no domicílio, proteção contra as liminares de pacientes que passaram a reivindicar na justiça a continuidade do atendimento mesmo depois de ter sido atingida a meta de atenção domiciliar proposta, entre outras medidas.

4.1.3 - Motivo de criação do Serviço de Assistência Domiciliar:

No Brasil como nas demais partes do mundo, os motivos que levaram à criação de serviços públicos e privados de Assistência Domiciliar estão descritos e condensados na manifestação escrita dos entrevistados deste estudo:

- **Oportunidade de negócio:**

- *Implantação de um conceito de atenção inovador no Brasil;*

- *Atender demanda de pacientes crônicos e dependentes de ventilação mecânica;*
 - *Atender demandas de médicos de diversos hospitais;*
 - *Expansão do setor assistência – gerenciamento de grupos de risco;*
 - *Atender a necessidade do mercado e oportunidade de diversificação de atividades;*
 - *Oferecer extensão do tratamento hospitalar com serviços de enfermagem especializada e de outros profissionais para diferentes públicos-alvo;*
 - *Atender a demanda de pacientes particulares que requisitam a continuidade da atenção do hospital no domicílio.*
- **Ferramenta de redução de custos:**
 - *Alternativa para pacientes com internações hospitalares prolongadas e ou reinternações freqüentes e altos custos;*
 - *Atender pacientes que possuem dificuldades para retornar aos ambulatórios, por motivos médicos ou sociais, preferencialmente idosos;*
 - *Atender pacientes HIV+ a princípio e, depois de uma década, o foco maior foi a racionalização de custos e melhora da qualidade de vida dos pacientes crônicos de todas as idades;*
 - *Redução de custos hospitalares e gerenciamento de carteiras de risco;*
 - *Otimizar utilização de leitos, diminuir demanda de pacientes crônicos no Pronto Socorro, comodidade para os funcionários da Universidade com dificuldades de locomoção.*
- **Humanização do Atendimento**
 - *Alternativa de prestação de serviços que contemplem: humanização, participação da família, personalização do atendimento e redução de custos com o tratamento.*

4.1.4– Modalidades de Assistência Domiciliar oferecidas pelos Serviços pesquisados:

Os 25 serviços pesquisados (100%) oferecem Assistência Domiciliar na modalidade de Atendimento Domiciliar; 17 (68%) também desenvolvem Visitas Domiciliares Pontuais; 21 (84%), Internação Domiciliar e, entre estes, 16 (72%) possuem programas específicos para Ventilação Mecânica e Cuidados Paliativos domiciliares.

A diversificação das modalidades de Assistência Domiciliar no município de São Paulo e no Brasil como um todo é fato marcante, pois os serviços foram estruturados ao longo do tempo para atender as diferentes demandas apresentadas pelo mercado: visitas domiciliares pontuais, atendimento domiciliar, internação domiciliar e, nesta instância, uma série de subprodutos especializados como a Ventilação Mecânica e Cuidados Paliativos, entre outros. No setor público, grande parte dos programas de assistência domiciliar foram estruturados para a oferta de Visitas e Atendimento Domiciliares; no setor privado, pelas características mais complexas dos critérios de elegibilidade para admissão nos serviços de Assistência Domiciliar, a oferta de Internação Domiciliar tem sido a mais praticada com todos os seus subprodutos ou especialidades.

Na reflexão sobre pouco mais de uma década de Assistência Domiciliar no Brasil, observa-se que o modelo vigente foi construído em grande parte para oferecer ações de prevenção secundária - fase assistencial curativa da doença, ou seja, as doenças e a limitação de incapacidades. Atualmente, o avanço da discussão encontra-se na abordagem das outras fases da história natural da doença, isto é, prevenção primária - promoção de saúde e prevenção de doenças e na prevenção terciária - reabilitação do portador de um agravo para que este possa ser o mais independente, superar o maior número de déficits e alcançar o mais alto grau possível de autonomia e capacidade para viver de maneira mais

produtiva, com qualidade e racionalização de recursos assistenciais. (LEAVEL, CLARK 1978).

Com a maior frequência de admissão de pacientes crônicos complexos para a assistência domiciliar, muitos Serviços se prepararam muito mais para o controle e manutenção desses pacientes do que propriamente para sua reabilitação. Como consequência, veio uma parte do desencanto com a modalidade, em função dos altos períodos de permanência, dependência continuada de pacientes e familiares para os cuidados, altos custos, que, embora menores do que os hospitalares, pelo descontrole do tempo de permanência e pelo pequeno investimento em prevenção de novos agravos, medicalização extrema e reabilitação incipiente, levaram a um início de descrédito e reavaliação da Assistência Domiciliar de maneira crítica para se checar a sua essência, boas práticas e razões para a continuidade de respeito no mercado.

4.1.5 – Fontes Pagadoras:

As principais fontes pagadoras dos 25 Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados são: Convênios Médicos – 21 (84%), Particulares – 12 (48%) e Sistema Único de Saúde – SUS - 4 (16%).

Os Serviços que são credenciados pelos Convênios Médicos também disponibilizam seus serviços para pacientes particulares.

Entre os Convênios Médicos citados pelos entrevistados, os mais frequentes foram: Sul América, Bradesco, Sabesp, Plano Médico VW, Petrobrás, Interclínicas, Cabesp, Cesp, Unimed Paulista, Omint, Hospitaú e Cassi.

A Assistência Domiciliar, apesar de formalmente regulamentada no SUS, ainda está em fase de prática restrita na área pública e, mesmo sem a regulamentação no setor privado, esta área adotou a oferta da modalidade, a princípio com menor

rigidez quanto aos critérios de elegibilidade para admissão e permanência, progredindo para um maior conhecimento da modalidade através da auditoria e acompanhamento de seus resultados, até chegar aos dias atuais, com a exigência de indicações mais precisas e maior rigidez na autorização para admissão, permanência e alta. A estratégia da oferta de Assistência Domiciliar em grande parte se baseia em seus benefícios, no seu papel de oferecer ao Serviço diferencial de mercado, maior captação e manutenção de clientes, além da tão almejada racionalização de recursos.

Muitos Convênios/Planos de Saúde credenciam empresas de Home Care para a oferta da Assistência Domiciliar para seus beneficiários. Geralmente essas fontes pagadoras selecionam seus pacientes através do sistema de auditoria médica e, após verificar perfil de elegibilidade para assistência no domicílio, solicitam a avaliação desses casos por diferentes empresas credenciadas que, mediante apresentação de orçamentos, poderão ser ou não indicadas para realizar a Assistência Domiciliar.

Cada fonte pagadora, dependendo de seu porte, costuma credenciar várias empresas de Home Care, conforme exposto por 21 dos entrevistados. A circulação e o convívio desses Serviços dentro das estruturas hospitalares, fontes de seus casos, já acarretaram vários tipos de problemas éticos e, como consequência, a adoção de condutas até bastante radicais por parte de alguns hospitais; pacientes se sentem invadidos pela corrida dos contatos para captação de pacientes para seus serviços.

Os quatro Serviços Públicos analisados no município de São Paulo recebem verbas do SUS para a oferta da Assistência Domiciliar, via credenciamento do Hospital no SUS e forma específica de pagamento, conforme legislação já explicitada neste estudo.

A demanda de pacientes particulares é crescente dentro e fora dos hospitais privados, seja para a realização de consultas médicas, procedimentos de enfermagem ou de outros profissionais no domicílio, seja para serviços de acompanhantes de enfermagem durante a internação hospitalar em apartamentos, ou após a alta, no domicílio. Também cresce a procura pelos serviços especializados, demanda esta gerada em grande parte por médicos assistentes que efetuam prescrições e solicitam a operacionalização das ações no domicílio por intermédio de Serviços de Assistência Domiciliar.

4.1.6 – Captação de pacientes:

O médico é o profissional que mais freqüentemente participa do processo de captação de pacientes para os Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados (17 - 68%), seguido pelo enfermeiro (12 - 48%) e, em menor proporção, por Serviço de Atendimento ao Cliente, Auditoria Médica do Convênio, Familiares do Paciente, Assistente Social, Nutricionista e outros profissionais.

A captação realizada por médicos e enfermeiros geralmente tem início no Hospital, através do contato com o médico assistente, análise de prontuário e prescrições, levantamento da estrutura que será necessária e estabelecimento do Plano de Atenção que deverá ser operacionalizado no domicílio. Com o passar dos anos, o convívio do profissional médico da Assistência Domiciliar com os médicos assistentes dos hospitais passou a ser mais maduro e ético. Esse processo foi fortalecido pela garantia da fidelização do paciente para com o seu médico de origem que, na maior parte das vezes, continua sendo o responsável pela conduta e seguimento domiciliar ou ambulatorial do paciente. Essa relação pode ser verificada pelo crescente número de indicações feitas pelos médicos assistentes para a continuidade da assistência no domicílio.

Pela diversificação dos tipos de Serviços de Assistência Domiciliar existentes no Brasil e retratados pelos entrevistados no município de São Paulo, algumas

vezes a captação ou admissão de pacientes é realizada por outros profissionais como fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros, sendo que, nesses casos, a participação do médico e do enfermeiro ocorre de acordo com a especificidade e necessidade de cada caso.

4.1.7 - Gerenciamento de caso:

Entre os profissionais responsáveis pelo gerenciamento de caso nos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados, o médico é o mais freqüente (15 – 60%), seguido pelo enfermeiro (6 – 24%). Nos quatro Serviços restantes, o gerenciamento de caso é realizado por administrador, advogado, engenheiro e nutricionista.

A equipe de profissionais atuante na Assistência Domiciliar geralmente é ampla, em função da exigência de diferentes tipos de cuidados e adequação de condutas para cada paciente elegível para a modalidade. Para que cada profissional possa exercer sua especialidade, é necessário existir um conhecimento do quadro do paciente como um todo e uma atuação de maneira coordenada de tal forma, que potencialize ao máximo as ações em benefício da melhora, estabilidade e ou recuperação total do paciente. A figura do gerenciador de caso ou coordenador das ações tem sido muito discutida e praticada na Assistência Domiciliar para se atingir os objetivos citados. Pela abrangência de atuação, o médico e o enfermeiro têm sido os profissionais responsáveis por esse papel. Porém, de forma análoga à captação e/ou à admissão de pacientes, em função das características de cada Serviço, o gerenciamento do caso poderá ser efetuado por outros profissionais.

4.1.8 - Faixa etária, morbidade e causas de mortalidade mais freqüentes entre os pacientes assistidos pelos Serviços de Assistência Domiciliar.

Com a exceção de um entrevistado, todos os demais referiram a oferta de atenção para pacientes de todas as faixas etárias, com prevalência em suas estatísticas (entre 60% e 85%) da demanda de maiores de 60 anos.

Apenas dois Serviços apresentaram dados quantitativos relacionados com o perfil de morbidade e mortalidade de suas demandas, porém todos informaram que a maior freqüência da morbidade de seus pacientes se encontra nos grupos diagnósticos das doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, neoplásicas e endócrinas; como causas mais freqüentes de mortalidade citaram: infecções pulmonares, insuficiência respiratória, neoplasias, alterações cardiovasculares e neurológicas.

4.1.9 – Tempo médio de Permanência – Doenças Crônicas

Tabela 3 - Tempo médio de permanência dos pacientes com doenças crônicas nos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados - 2003

Tempo Média Permanência	N	%
< 15 dias	1	4,0
15 – 30 dias	-	-
35 – 45 dias	4	16,0
45 – 60 dias	3	12,0
> 60 dias	17	68,0
Total	25	100%

Fonte: Pesquisa Gerentes SAD – 2003

O tempo médio de permanência em Assistência Domiciliar é o resultado da divisão do total de dias da admissão até a alta, reinternação hospitalar ou óbito de

pacientes pelo total de pacientes que receberam alta, reinternaram ou evoluíram para óbito em determinado período de tempo.

Como já mencionado, os pacientes portadores de patologias crônicas comumente indicados para Assistência Domiciliar apresentam diagnósticos pertencentes a diferentes capítulos da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição - CID-10.

Pela complexidade e dependência de cuidados continuados, é usual a permanência desses pacientes em Assistência Domiciliar por períodos variados e, na maioria das vezes, bastante prolongados. Na experiência dos entrevistados, o tempo médio de permanência mais freqüente para esse perfil de pacientes é maior do que 60 dias.

Em algumas situações, a Assistência Domiciliar é uma opção definitiva, como ocorre para aqueles que dependem de ventilação mecânica, para os quais a avaliação não deve se basear no tempo de permanência, que é indefinido, e sim na ausência de reinternações hospitalares e episódios de infecção, na racionalização de custos e na satisfação do paciente e família com a assistência prestada.

Com exceção dos casos de dependência continuada de equipamentos para a manutenção da vida, a redução e otimização do tempo de permanência é uma meta que desafia os Serviços e a própria credibilidade da Assistência Domiciliar.

As fontes pagadoras se conscientizam cada vez mais sobre a necessidade de investimento em programas de prevenção de doenças, reabilitação, treinamento para o auto-cuidado e de familiares para a manutenção da estabilidade alcançada pelo período de Assistência Domiciliar.

Uma das saídas para a viabilização/agilização da alta dos cuidados mais complexos e de maior custo da Assistência Domiciliar é a criação de programas de monitoramento e/ou suporte com tecnologias mais racionais, com o objetivo de manter o paciente estável e sem necessidade da tecnologia da Internação Domiciliar por tempo prolongado.

4.1.10 - Tempo médio de permanência – doenças agudas

Tabela 4 - Tempo médio de permanência dos pacientes com doenças agudas nos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados – 2003

Tempo Médio Permanência	N	%
< 15 dias	5	20,0
15 – 30 dias	15	60,0
35 – 45 dias	2	8,0
45 – 60 dias	2	8,0
> 60 dias	-	-
Não atende pacientes agudos	1	4,0
Total	25	100,0

Fonte: Pesquisa Gerentes SAD – 2003

Para os pacientes classificados como portadores de quadros agudos, a Assistência Domiciliar comumente é indicada para a administração de medicamentos endovenosos, intramusculares, subcutâneos, curativos, troca ou supervisão de sondas e cateteres, administração de dietas, sessões de fisioterapia etc. É uma vertente da Assistência Domiciliar que ainda precisa ser melhor dimensionada, e, para tal, as Empresas/Serviços precisam agilizar seus processos de captação e admissão, adequar preços, bem como elaborar a logística da atenção e demonstrar resultados para que médicos assistentes, familiares, pacientes e fontes pagadoras façam uso dessa modalidade de atenção com maior frequência.

4.1.11 - Parâmetros para cobrança dos serviços de Assistência Domiciliar

Com a regulamentação do SUS, o pagamento dos Serviços Públicos de Assistência Domiciliar segue o preconizado na Portaria Federal – 2.416 – 1998 (Anexo – Legislação).

Por outro lado, pela não regulamentação da modalidade no setor privado, cada Serviço apresenta sua forma de cobrança e pagamento pelos serviços prestados.

Apesar da tentativa de agrupar as respostas deste item, cada informante apresentou componente ou item específico de sua relação com as respectivas fontes pagadoras. As peculiaridades das diferentes formas de pagamento/cobrança são as seguintes:

- *Tabela de preços por procedimentos, tempo de permanência de acompanhantes, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional.*
- *As tratativas variam conforme a fonte pagadora. As referências são o Brasíndice, preço máximo ao consumidor e a tabela Simpro com acréscimo de 10 %.*
- *Parâmetros próprios para pagamento dos serviços e aos profissionais.*
- *Orçamentos individualizados de acordo com a programação terapêutica.*
- *Pacotes para pacientes crônicos – convênios.*
- *Na Internação Domiciliar, pagamento de diária básica com acréscimos: permanência de enfermagem, sessões de profissionais, medicamentos, materiais e equipamentos especiais.*
- *Cobrança depende do tipo de programa e da forma de assistência necessária ao paciente e da forma de contrato e relação comercial acordada com cada cliente.*
- *Pacientes com custos fixos diários.*

- *Média de mercado, materiais (Simpro), Medicamentos (Brasíndice), Locações – Overprice com margem da empresa ou preços de mercado.*
- *Preços de acordo com o grau de complexidade do paciente, necessidade de utilização de materiais, medicamentos, dietas/pacientes ou taxas por serviço e horas de assistência.*
- *Pacote acordado pela contratante com a prestadora de serviço por evento, paciente com ventilação mecânica por exemplo.*
- *Diárias de enfermagem, diárias de equipamentos, materiais, medicamentos e dietas, semelhante à conta hospitalar.*
- *Atendimentos cobrados através de diárias precificadas, previamente autorizadas.*
- *Preços de mercado. Tabelas abertas (preços por itens utilizados) semi abertas (diárias com inclusão de alguns itens) ou fechadas (diárias com tudo incluso).*
- *Não se faz nenhuma cobrança monetária dos pacientes ou familiares e nem à instituição. Os funcionários públicos estaduais têm desconto de 2% dos vencimentos mensais para assistência médica.*
- *SUS – valor fechado para todos os serviços da Instituição, sem diferenciação do ponto de vista financeiro.*
- *Cobrança de acordo com o Modelo de Assistência ao Idoso nos seus diferentes níveis de atendimento, conforme portaria do MS de 23/03/02 “.*

Conforme comentado acima, embora não exista um consenso no setor privado, grande parte das respostas apresentam semelhanças, ou seja, na maioria dos Serviços analisados a precificação e formas de pagamento para os serviços de Assistência Domiciliar se baseiam em acordos particulares e contratuais entre as partes envolvidas: contratantes e contratados.

4.1.12 - Principais dificuldades enfrentadas pelos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados:

Os entrevistados elencaram as seguintes dificuldades para a oferta de Assistência Domiciliar, que foram agrupadas por tópicos e em ordem decrescente de citações:

- **Aspectos Financeiros:**

- *“Viabilidade econômica do Serviço;*
- *Altos custos da Assistência Domiciliar;*
- *Equilíbrio entre o custo e o preço de venda para manter a qualidade do serviço;*
- *Remuneração ineficiente pelos serviços prestados;*
- *Tratativas com as fontes pagadoras;*
- *Negociação cada vez mais difícil e desgastante com os tomadores de serviços;*
- *Dificuldade que passa a Saúde Suplementar no Brasil;*
- *Busca constante por alternativas de menor custo para o atendimento dos pacientes, mantendo o mesmo nível de qualidade do atendimento “.*

Conforme FERREIRA (2000):

“Independentemente de sua categoria de atuação, as instituições de saúde vivem dificuldades freqüentes, havendo a necessidade permanente de mudanças e adaptações, ora relativas às questões de financiamento de seu processo produtivo, ora das alterações de mercado de consumo de serviços de saúde”.

O mesmo autor afirma: “Sérios problemas, de ordem administrativa, gerencial e financeira, estão desafiando as empresas do setor. Como solução, além das propostas de inovação de financiamento e de

programas de atenção e serviços, as transformações também exigem a criação de modelos alternativos de gestão e organização. A atenção principal está na busca da melhoria contínua da qualidade dos serviços e no aumento da eficiência”.

Os Serviços de Assistência Domiciliar no Brasil em grande parte vêm sendo estruturados na lógica dessa inovação, compondo modelos alternativos de gestão, com a missão de promover racionalização de recursos, humanização e maior qualidade da atenção, entre outros benefícios, e, por estar inserindo-se no contexto do setor da saúde de forma ainda recente e não regulamentada, precisam solidificar sua atuação e criar mecanismos eficientes para encaminhar suas questões financeiras de uma forma mais uniforme e com respaldo em indicadores sensíveis e comprovados de resultados.

- **Dificuldades na área de Recursos Humanos e Infra-estrutura:**

- *A escolha do profissional adequado à exigência emocional e qualitativa da família;*
- *Recrutar mão-de-obra qualificada e com afinidade com a Assistência Domiciliar;*
- *Capacitação e postura de Recursos Humanos;*
- *Qualificação dos profissionais, falta de envolvimento profissional;*
- *Carência de profissionais interessados em atuar na área, aliada aos salários baixos; alta prioridade dada às carências do Hospital, que é a atividade-fim da Instituição, poucos veículos, trânsito caótico, área de abrangência muito grande e número grande de inscritos;*
- *Falta de mão-de-obra – mais fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de enfermagem;*
- *Treinamento dos auxiliares de enfermagem;*
- *Infra-estrutura de Recursos Humanos, materiais, medicamentos, transporte, equipamentos, entre outras “.*

Os Serviços de Assistência Domiciliar no Brasil passaram a ser estruturados antes que houvesse oferta e planejamento concreto de Recursos Humanos para atuação formal no domicílio. Em função dessa realidade, grande parte dos profissionais que passaram a atuar na modalidade receberam e ainda recebem grande parte da capacitação em serviço, através do trabalho da supervisão técnica. Nos últimos anos, algumas Universidades (Universidade de São Paulo - USP, Universidade Federal do Estado de São Paulo - UNIFESP, entre outras, e diversas Escolas Técnicas) vêm desenvolvendo disciplinas e cursos profissionalizantes com conteúdo de Assistência Domiciliar. Existe alta rotatividade de profissionais entre os Serviços de Assistência Domiciliar em função de questões salariais, busca por melhores condições de trabalho, dispensas por inadequação de perfil para atuação em domicílio, competitividade dos Serviços, entre outras razões.

- **Família/Cuidadores:**

- *“Gerenciamento de conflitos familiares;*
- *Interferência direta e constante dos familiares no atendimento;*
- *Conscientização da participação da família e do cuidador;*
- *Preparar a família para assumir a continuidade do cuidar do paciente;*
- *Cultura das famílias de aceitarem uma pessoa doente em casa;*
- *Dificuldade para a alta por resistência da família;*
- *Entendimento dos familiares sobre os limites e possibilidades da Assistência Domiciliar;*
- *Dificuldades sociais que interferem no Plano Assistencial programado para o paciente “.*

A convivência do profissional com diferentes tipos de cultura, crenças, conjunturas familiares, expectativas, prognósticos, exige capacitação e apoio do Serviço de Assistência Domiciliar para que ocorra uma boa adaptação dos

profissionais e conseqüentemente o alcance de bons resultados em termos de satisfação do cliente interno e externo.

Técnicas avançadas de trabalho com familiares e cuidadores vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos pelos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados para melhor instrumentalização de suas equipes. Embora ainda presente como dificuldade, vale ressaltar a evolução positiva dessa relação ao longo dos últimos anos.

- **Logística:**

- *Dificuldades operacionais para a entrega rápida de suprimentos;*
- *Assistência Domiciliar é semelhante a um Hospital descentralizado, sendo necessária a adequação constante da estrutura, política de suprimentos e estoque além do plano de contingência, visando a minimizar o impacto do imponderável;*
- *Grande área de cobertura, dificuldade de transporte, gravidade dos casos e escassez de recursos humanos para visitas mais freqüentes;*

- **Cultura x Postura Médica:**

- *“Falta de entendimento dos médicos assistentes sobre os programas de assistência domiciliar;*
- *Médico ainda tem a tendência de se lembrar do serviço apenas quando vai dar alta hospitalar; (indicação tardia)*
- *Cultura médica – desconhecimento dos avanços dos procedimentos domiciliares”.*

- **Ausência de Regulamentação da Assistência Domiciliar no Setor Privado:**

- *“Falta de Regulamentação da Assistência Domiciliar pela Agência Nacional de Saúde – ANS”.*

A ausência de regulamentação da modalidade no Setor Privado foi apontada como dificuldade por todos os entrevistados desta pesquisa e que atuam nesse segmento.

- **Garantia de segurança da equipe:**

- *“Segurança da equipe e dos pacientes devido à crescente onda de violência”.*

Embora a violência atualmente esteja presente em todos os lugares da sociedade, o profissional que atua na área da Assistência Domiciliar apresenta maior frequência de deslocamentos geográficos em diferentes horários, convive com diferentes tipos de famílias e pacientes longe da proteção institucional direta, ficando, portanto, mais vulnerável aos riscos dessas situações. A preocupação com a oferta de maior segurança para a atuação de seus profissionais esteve presente nas respostas de todos os entrevistados deste estudo.

- **Entraves burocráticos:**

- *Excessiva auditoria prévia dos procedimentos com atraso para liberações;*
- *Captação de pacientes – auditores, tempo de permanência prolongado, deficiência no treinamento e independência de familiares/cuidadores, problemas sociais e financeiros para a continuidade do tratamento após a alta da Assistência Domiciliar.*

- **Informação:**

- *Manutenção da rede de informações assistenciais entre as equipes responsáveis pela prestação de serviços;*
- *Informação X distância;*

- **Aspectos jurídicos:**

- *Processos por parte de familiares para a continuidade da assistência.*

A exigência de permanência da Assistência Domiciliar, passada a fase de indicação técnica, por parte de pacientes/familiares através de processos judiciais e ganhos de liminares, tem sido procedimento freqüente e em certos casos causador do término da oferta da modalidade por parte de algumas fontes pagadoras. Um dos mecanismos para coibir esses processos é a informação e o entendimento correto de pacientes/familiares sobre o Plano de Atenção proposto desde a admissão para a assistência no domicílio, a evolução, os resultados esperados e os critérios pré-estabelecidos de alta. A assinatura do Termo de Consentimento Informado e a seriedade dos esclarecimentos e relacionamento da equipe de profissionais no processo assistencial são algumas das garantias para evitar os indesejáveis desfechos jurídicos.

4.1.13 - Indicadores utilizados para gerenciar e avaliar os serviços prestados

Os entrevistados citam uma série de informações coletadas no trabalho que desenvolvem em seus Serviços de Assistência Domiciliar. Para uma parte deles, existe uma maior clareza sobre a definição do conceito e finalidade dos indicadores; para outros, o entendimento ainda está na necessidade da coleta de dados que, uma vez trabalhados e relacionados, poderão transformar-se em indicadores. Dessa forma não se pode concluir que os indicadores de avaliação

da Assistência Domiciliar, até o momento, guardam uniformidade e possam ser utilizados para a comparação de resultados entre os diversos Serviços aqui representados.

Foram citados como indicadores mais freqüentes os relacionados com:

- **Evolução clínica e de intercorrências no processo assistencial:** *superação de déficits; reinternações hospitalares; incidência de lesões de pele – úlceras de pressão; quedas; taxa de óbito domiciliar; taxa de alta; aprendizado e independência familiar; utilização da central 24 horas; atendimentos de urgência/emergência; taxa de infecção domiciliar; liberação de cateteres e equipamentos; queixas e elogios sobre o atendimento etc.*
- **Financeiros** - *rentabilidade por paciente e geral; custo médio dia; custo evitado com internação hospitalar; tempo médio de permanência etc.*
- **Produtividade da equipe** - *número de profissionais por paciente; rotatividade dos profissionais; tempo de reuniões técnicas; absenteísmo etc.*

Pela informatização de grande parte dos Serviços aqui analisados, a coleta de informações sobre as atividades desenvolvidas é facilitada e os entrevistados informam que procuram avaliar o desempenho de seus Serviços através do monitoramento de planilhas diárias contendo a produtividade, ocorrências e outros aspectos que exigem maior controle. No entanto todos os entrevistados também registraram a necessidade de um maior aprofundamento nos estudos para a proposição de indicadores que sejam mais específicos e sensíveis para a avaliação do processo assistencial e desempenho de seus Serviços.

4.1.14 – Informatização nos Serviços de Assistência Domiciliar pesquisados

Todos os entrevistados citam algum grau de informatização de seus Serviços. Doze deles (40%) citam que o Serviço se encontra totalmente informatizado.

- **Entre os processos informatizados foram citados:**

- *Pagamento aos prestadores de serviços.*
- *Captação – Prescrição – Evolução – Controle de intercorrências pelo Call Center – Contas Médicas – Controle de prorrogações e autorizações – Controle de estoque e dispensação.*
- *Sistema de Registro de Pacientes – monitoramento da utilização da rede credenciada pelo Plano Médico.*
- *Prontuários, Cobrança e Controle de Estoque.*
- *Praticamente todos: Prescrição – Prontuário – Estoque – Faturamento – Administração – Expedição etc.*
- *Prontuário Eletrônico na Web – Controle de Materiais, Medicamentos, Equipamentos – Contas a receber (faturamento) e a pagar (finanças) – Intranet.*
- *Suprimentos – Amoxarifado e Farmácia – Contas Médicas – Controle de Internações de pacientes – Financeiro e Contabilidade – Central de Gerenciamento – Prontuário Eletrônico.*
- *Cadastro e Relatório de Utilização de Beneficiários e Credenciados.*
- *Controle de Estoque (código de barras), Admissão e Alta – Evolução Clínica – Faturamento – Cadastro de Profissionais.*
- *Orçamento – Faturamento e Cobrança.*
- *Construção de Software próprio – Gerenciamento do paciente e prestadores de Serviços, entre outros.*
- *Controle de pacientes matriculados no hospital.*
- *Cadastro de pacientes atendidos*

- *Prescrição para dispensação domiciliar dos medicamentos.*
- *Banco de dados dos pacientes.*
- *Ficha de evolução das visitas emitidas pelo computador em duas vias; após preenchidas pelos profissionais nas residências, a 2ª via fica com a família; Controle das visitas feitas; Impressos; Estatísticas, ofícios e outros documentos emitidos pelo Serviço.*

4.1.15 – Diferencial mais importante da Assistência Domiciliar em relação às demais modalidades de atenção à saúde.

Foram apresentados vários diferenciais que, pela maior frequência de citação, foram assim agrupados:

- **Diferencial para o paciente, familiares e equipe multiprofissional:**

- *Humanização do Atendimento.*
- *Atendimento personalizado.*
- *Qualidade de vida para o paciente.*
- *Conforto e segurança do paciente no domicílio.*
- *Tratamento individualizado considerando os aspectos emocionais e familiares do paciente.*
- *Qualidade do atendimento*
- *Assistência Domiciliar adequada para as necessidades do paciente.*
- *Tecnologia assistencial com segurança para os cuidados e o próprio paciente.*
- *Participação da família*
- *Relação equipe – paciente – família*
- *Conforto para os pacientes e familiares.*
- *Melhor recuperação ou estabilização da doença.*
- *Observação de diagnósticos sociais e afetivos*

- *Capacidade de “individualização” do atendimento a cada paciente e a cada situação.*
- *Menor risco de infecção.*
- *Maior ação preventiva.*
- *Menos locomoção para as Unidades de Saúde.*
- *Melhor compreensão dos profissionais de saúde sobre os problemas familiares e sociais vividos pelos pacientes no seu ambiente.*

- **Diferencial para a fonte pagadora:**

- *Redução de Custos.*
- *Redução/Racionalização de gastos*
- *Inexistência de taxas.*
- *Otimização dos recursos utilizados.*
- *É só uma alternativa. Deveria ser um Serviço com grandes diferenciais.*
- *Nova alternativa de atenção à saúde*
- *Maior ação preventiva.*
- *Atender o paciente excluído do Sistema Clônico (ambulatório – enfermaria) que, pela dificuldade de locomoção, não vem às consultas até ficar suficientemente grave para necessitar de uma internação.*

4.1.16 - Perspectivas da Assistência Domiciliar no Brasil

Dos 25 entrevistados, apenas 1 representante do setor privado se mostrou totalmente pessimista com as perspectivas da Assistência Domiciliar, pois considera que vem ocorrendo uma distorção da essência da modalidade pelo excesso de competição de mercado, interesse comercial exclusivo e descuido dos princípios éticos entre diferentes prestadores e compradores de serviços.

- **Citações sobre as perspectivas positivas da Assistência Domiciliar:**

- *Animadoras. As melhores possíveis.*
- *Desospitalização cada vez maior.*
- *Expansão progressiva dos programas com terceirização das formas complexas da Assistência Domiciliar e maior gestão dos grupos de risco.*
- *Os Hospitais manterão programas próprios de Assistência Domiciliar.*
- *Campo duplo para crescimento. Criar novas modalidades de atuação e racionalização maior de recursos, indicadores próprios da Assistência Domiciliar, Benchmarking, Representatividade e Regulamentação.*
- *Ações preventivas e de promoção de saúde domiciliares.*
- *Reabilitação na Assistência Domiciliar.*
- *Crescimento em consonância com os agentes envolvidos no processo: médico do paciente, família, prestador e provedor.*
- *Mercado tende a crescer pela diversificação dos Serviços na área de prevenção e monitoramento e não só pela disseminação da Internação Domiciliar.*
- *Adequação do modelo assistencial com potencial de crescimento neste mercado.*
- *As perspectivas são boas, pela capacidade da Assistência Domiciliar reduzir custos, mantendo a qualidade para os tomadores de Serviço.*
- *A Assistência Domiciliar está consolidada como alternativa de menor custo para as fontes pagadoras, mas não do ponto de vista global, aceitação.*
- *A Assistência Domiciliar tem boas perspectivas no Brasil, deverá ser mais abrangente na questão da promoção de saúde e prevenção/control de doenças.*
- *Ser uma modalidade realmente importante e significativa no contexto da atenção à saúde da população brasileira, atuando em conexão ou muito próxima entre o Hospital e o PSF.*
- *Crescimento cada vez maior especialmente na área pública. Crescimento também no setor privado.*

- *Desospitalização cada vez maior. A Assistência Domiciliar tem apresentado crescimento linear, que se manterá desde que as empresas de AD se preocupem com o início e término dessa modalidade de atendimento.*
- **Citações sobre as perspectivas com restrições da Assistência Domiciliar:**
 - *Necessidade de regulamentação da Assistência Domiciliar para o setor privado.*
 - *Retração no mercado por causa dos altos custos.*
 - *Precisará se profissionalizar.*
 - *Permanência dos Serviços que trabalham com seriedade. Redução no tempo de permanência e maior brevidade nas indicações.*
 - *Terá chance de crescimento, se identificar com clareza as responsabilidades dos envolvidos. (família, paciente, prestador de serviço e o Plano de Saúde do paciente).*
 - *A Assistência Domiciliar deverá ser melhor planejada, enfatizando-se o cumprimento de metas e prazos de tratamento, pois é uma ferramenta de grande valia para o tomador de serviços, além de possuir excelente aceitação por parte da população em geral, bastando que seja também totalmente aculturado dentro do próprio meio médico.*

4.1.17 - O mercado da Assistência Domiciliar está em crise?

Dos 25 entrevistados, 23 (92%) não concordam com a existência de crise e demonstram de maneira repetitiva em suas respostas que têm uma visão clara dos problemas que a modalidade enfrenta em função do pouco tempo de operacionalização de suas ações. Apesar de cada Serviço enfrentar, de acordo com suas particularidades, dificuldades específicas, pode-se apreender pelas respostas que existem muitos problemas comuns que apenas poderão ser resolvidos com a união de esforços, maior representatividade, regulamentação da

modalidade, acordos éticos e comprovação de resultados qualitativos e quantitativos.

- **Citações sobre a inexistência de crise:**

- *O que falta é a sua regulamentação para uma maior disseminação deste serviço a todo mercado privado.*
- *Está se realinhando. Passou por um momento de “euforia”, agora ele está se adequando à realidade/necessidade.*
- *A euforia e o maior desconhecimento sobre a operacionalização da assistência no domicílio está diminuindo. Muitos exemplos ruins em termos de qualidade de RH, logísticas inadequadas, suporte precário, descontentamento de usuários, regras não muito claras de permanência do paciente na AD, altos custos pelo uso inadequado. O mercado está amadurecendo, as pessoas estão ficando mais experientes e orientadas sobre seus direitos e deveres, novos parâmetros de quantidade e qualidade específicos para a AD vêm sendo discutidos. O otimismo se pauta no aprendizado pelos erros e acertos que ocorreram na última década.*
- *O setor saúde vem passando por dificuldades após a estabilidade econômica, tanto na área pública quanto na privada. É natural que ocorram ajustes nesses momentos. O que observamos é que a Assistência Domiciliar também passa por momento de ajuste e adequação.*
- *O que está em crise é o Sistema de Saúde do Brasil.*
- *O mercado passa por um momento de melhor definição procurando o modelo ideal de atendimento.*
- *Está ocorrendo uma reavaliação desse segmento em relação às modalidades apresentadas.*
- *O mercado da Assistência Domiciliar está passando agora pela revisão de aplicabilidade e reposicionamento nas fontes pagadoras como centro de custo isolado e não mais comparativo com históricos de custos hospital/domicílio. Portanto, é natural que ocorram modificações na sua*

estrutura de custeio, elegibilidade. Hoje, passados alguns anos de aplicação prática desta assistência, já se tem memória de cálculo e históricos de erros e acertos para um questionamento mais crítico. Ainda ocorrem análises regionais diversas, pois a implementação no território nacional é desigual nas diversas praças.

- *Acho que as empresas sérias não atravessam crise.*
- *O que está em crise é o mercado da saúde como um todo. Ele está se adequando à realidade econômica do país.*
- *O país está em crise, logo, todos os segmentos sofrem reflexos significativos. Acredito, porém, que não devemos confundir crise com o processo natural de seleção natural que vem ocorrendo, após a criação desenfreada de empresas de Assistência Domiciliar no país.*
- *O que existe realmente é a dificuldade do país como um todo, e, dentro desse contexto, encontra-se naturalmente a saúde. É óbvio que, com recursos limitados, tanto o setor público como o privado tem enormes dificuldades de prover o sistema de saúde do país. No entanto, acreditamos, e muito, no futuro da Assistência Domiciliar no Brasil.*
- *Aparentemente não, pois se vê um crescente interesse pela modalidade, faltando apenas uma melhor compreensão dos gestores sobre a grande potencialidade representada pela AD em minorar a grande barreira que é a acessibilidade dos usuários aos recursos oferecidos pelo sistema de saúde.*
- *A Assistência Domiciliar se encontra num estágio de acomodamento à realidade político-econômica do país.*
- *Ainda nem amadureceu para entrar em crise. Está em construção. Os equívocos de uma década estão valendo como experiência para o incremento de novas práticas e aprimoramento das já existentes. A AD é uma modalidade alternativa, que promove a continuidade da atenção hospitalar, fidelização do paciente/cliente, acolhimento, vínculos, personalização, racionalização de recursos, interação com outras modalidades de atenção, devendo ser encarada como um dos nós de uma extensa rede de serviços e opções de atendimento. Por todo o conteúdo*

explicitado e que se encontra na ordem do dia como atribuições esperadas de um serviço de atenção à saúde, a AD não está em crise e sim em franca necessidade de expansão.

- *Apenas falta uma política pública clara e a estrutura necessária para a sua operacionalização em todo o país.*
- *Pelo contrário, está começando a evoluir.*

- **Citações que apontam para a crise:**

- *Está em crise porque as seguradoras retraíram seus investimentos no segmento devido à falta de regulamentação securitária, incômodos jurídicos oriundos de liminares, ausência de estatutos atuariais etc. Enquanto a AD não for direito plenamente assegurado aos beneficiários, seja pelo setor público ou supletivo, a atual rentabilidade do setor ameaça a existência do negócio.*
- *Sim, de identidade.*

Quatro entrevistados não responderam a esta questão, referindo que não sabiam se a Assistência Domiciliar estava ou não em crise; dois deles pertencem ao setor público.

Com a carência de regulamentação e o alto grau de competição pelas mesmas fontes pagadoras que vêm adotando a oferta da modalidade para seus beneficiários, é preciso enfrentar inúmeros desafios e acompanhar as tendências, ter o produto que o mercado requer ou que os concorrentes oferecem com preços competitivos e com visão de qualidade e satisfação de seus diferentes usuários.

Algumas empresas, por possuírem vínculos de prestação de serviços já consolidados, correm menor risco de perderem espaço para competidores, mas são obrigadas a oferecer padrão de qualidade, segurança e inovação consideráveis, para poderem continuar desfrutando da “segurança” dos contratos.

Nem todos os empresários da área da Assistência Domiciliar possuem a visão de que terão que investir muito em seu produto e serem muito responsáveis, ousados e criativos, para encantarem seus clientes, esperarem por algum tempo o retorno dos investimentos financeiros, que depois de algum tempo poderá ser considerável, haja vista o poderio econômico que hoje se observa de algumas empresas que começaram muito pequenas, mas não pouparam esforços em investimento em recursos humanos, parcerias com fornecedores, protocolos, gerenciamento clínico, administrativo e financeiro entre outros.

4.1.18 - O que falta para o avanço da Assistência Domiciliar no Brasil?

Os entrevistados apresentam as seguintes contribuições:

- **Regulamentação:**

- *A consolidação da regulamentação, efetivando este processo para dar entrada em uma nova etapa de divulgação e esclarecimentos dos conceitos junto a toda sociedade, que ainda desconhece todo o processo;*
- *Regulamentação, a descrição das atividades dos profissionais envolvidos norteadas por protocolos clínicos mínimos e principalmente em relação ao dimensionamento e qualificação dos profissionais de enfermagem.*
- *Pesquisas na área demonstrando custo e efetividade.*
- *Regulamentação da Assistência Domiciliar no mercado supletivo.*
- *A regulamentação é fundamental para o avanço da Assistência Domiciliar no Brasil.*
- *No campo privado, regulamentação e fiscalização das empresas, tanto prestadoras como compradoras dos serviços. Vontade política do governo na área pública.*
- *Regulamentação do setor junto ao Ministério da Saúde. Já entendemos como grande avanço a Resolução CFM nº 1.668/2003 (Conselho Federal de Medicina).*

- *Na AD enfrentamos novos desafios a cada dia, uma vez que ainda não tem a sua regulamentação; sabemos que está caminhando, isto já é um grande passo. É preciso que os critérios de elegibilidade de pacientes e modalidades de atendimento sejam consenso entre empresas e fontes pagadoras.*

- **Legislação:**
 - *Legislação clara sobre os direitos e obrigações das partes envolvidas, incluindo as cláusulas econômicas, maior produtividade dos prestadores de serviços de Assistência Domiciliar e a entrada do setor público com maior ênfase.*

- **Investimento público e/ou privado:**
 - *Investimento público para disseminá-la nas suas versões menos complexas: visitas e atendimentos domiciliares..*
 - *Provar para as fontes pagadoras o custo/benefício da Assistência Domiciliar.*
 - *Aperfeiçoamento e otimização da compra dos serviços de atendimento domiciliar (Home Care) pelos tomadores de serviços de saúde(convênios médicos em geral).*
 - *Depuração do mercado com relação às empresas prestadoras de serviços de Home Care. Entendemos que a partir da própria resolução acima citada, haverá uma estratificação do setor (empresas efetivamente de Home Care, empresas de enfermagem, empresas de fisioterapia etc).*

- **Credibilidade:**
 - *Ainda falta credibilidade. Passamos por uma fase de credibilidade técnica e hoje temos falta de credibilidade financeira. É muito difícil mensurar*

custo/benefício, porque falamos muito em benefícios subjetivos. A Internação Domiciliar passou a competir com hospitais de custos mais baixos. Além disso, os procedimentos domiciliares são encarados muito mais como questões sociais e não como gerenciamento de casos para evitar custos mais elevados.

- *Aculturamento da própria classe médica (é ela quem indica a modalidade de tratamento, e a avaliza).*
- *Seriedade, comprometimento, visão a médio e longo prazo, em todas as partes envolvidas. Existem muitos paraquedistas no mercado (empresas de home care), os compradores de serviço não se comprometeram até hoje com o conceito etc. Mas um dia muda. Ainda acredito.*
- *Confiança mútua.*
- *Melhor entendimento do produto pelos próprios usuários e pelo segmento hospitalar, que ainda o entende como concorrente.*
- *Ampla discussão com a sociedade sobre as vantagens, desvantagens, alcances e limites da AD.*

- **Maior adequação e dimensionamento quantitativo e qualitativo dos Serviços:**

- *Ampliação do número de serviços nos setores público e privado, seguindo parâmetros técnicos e humanos, reforçando o lado positivo da modalidade.*
- *Criação da Sociedade Brasileira de Assistência Domiciliar.*
- *A disseminação do conhecimento e a adequação dos serviços à realidade de cada região.*
- *É necessário estabelecer critérios, limites e possibilidades para a assistência domiciliar, divulgar seus princípios, utilizá-la como mais um instrumento de atenção e gerenciamento e não como a solução para todos os problemas existentes. Além disso, é de fundamental importância a criação de indicadores confiáveis e aceitos universalmente para sua aferição. Trata-se de um instrumento de assistência à saúde que, se mal empregado, facilmente pode ser confundido como uma ação de caráter*

social, afastando os familiares e cuidadores de suas responsabilidades para com o paciente.

- *Parâmetros técnicos e científicos para a modalidade. Opções reconhecidas para formação de recursos humanos gerenciais e operacionais, publicações, indicadores de avaliação, benchmarking etc.*
- *Uma melhor compreensão das reais possibilidades representadas pela Assistência Domiciliar como uma modalidade importante para atender uma parcela crescente da demanda pelos serviços de saúde.*
- *Desenvolvimento teórico das perspectivas econômicas, antropológicas, pedagógicas, jurídicas e filosóficas que sustentam a idéia da 'humanização' dos cuidados em domicílio.*
- *Desenvolvimento de referencial epidemiológico operacional mais consistente e adaptado a nossa realidade.*
- *Desenvolvimento e barateamento da tecnologia de comunicação à distância.*
- *Desenvolvimento dos sistemas de informação (prontuário eletrônico, logístico etc.).*
- *Embasamentos e conceitos mais apurados e estudos clínicos mais estruturados.*
- *Inclusão da Assistência Domiciliar como modalidade complementar na provisão de instrumentos de atenção médica.*
- *Criação de modelos assistenciais mais amplos, aproveitando-se a oportunidade de se estar mais próximo dos pacientes.*
- *Instalação de uma logística de apoio mais estruturada.*

- **Capacitação de Profissionais:**

- *Capacitação adequada de profissionais, melhor remuneração, evitando assim o evidente "leiloar" de preços, adaptação cultural dos cuidadores.*
- *Formação sistemática de profissionais para o setor, em todas as especialidades de assistência.*

- *Maior autonomia e melhor treinamento da auditoria médica operacional para captação intra-hospitalar.*
- *Formação de mão-de-obra qualificada e com competências para atuar neste setor.*
- *É preciso solidificar o conceito, com formação acadêmica voltadas para estas modalidades de atendimentos, envolvendo os profissionais com o desenvolvimento do trabalho em conjunto com as famílias e comunidades.*

Em função da maior participação numérica de entrevistados dos Serviços Privados de Assistência Domiciliar neste estudo, salvo questões mais gerais e possíveis de serem compartilhadas, acabamos por retratar muito mais a prática e a visão dos entrevistados do segmento privado da modalidade.

Tal fato retrata a realidade do município de São Paulo, onde a Assistência Domiciliar no setor público ainda apresenta pequena cobertura, aguardando definições políticas e orçamentárias para o cumprimento das leis que já regulamentaram a oferta da modalidade no SUS.

4.2 – Estudo de Caso - Programa Home Care Volkswagen

Volkswagen do Brasil - Plano Médico Autogestão

A Volkswagen, empresa montadora de automóveis, com matriz na Alemanha completou, em 2003, 50 anos de atividades no Brasil. Sua maior planta está localizada em São Bernardo do Campo – Via Anchieta – SP, que atualmente conta com cerca de 18.000 funcionários. As outras plantas da Companhia se encontram em São Paulo, Taubaté (SP), São Carlos (SP), Resende (RJ) e Curitiba (PR).

Até o ano de 1979, a assistência médica oferecida aos funcionários Volkswagen e seus dependentes era realizada pelas Empresas de Medicina de Grupo Samcil e Interclínicas. Em 1980, foi criado o Plano Médico Volkswagen – P.M.VW, uma Autogestão, que permaneceu durante a fusão da Volkswagen com a Ford na formação da Autolatina e, após a separação das duas empresas, em maio de 1996, continuou a prestação de serviços de saúde ao seu público-alvo inicial, os funcionários e dependentes da Volkswagen.

Até 1996, toda assistência do Plano Médico VW era totalmente gratuita. Em junho de 1996, houve a aprovação de manutenção da Autogestão por 99% dos funcionários participantes de um plebiscito e foi dado início à cobrança de participação financeira de 1% da remuneração mensal de todos os empregados, exceto no décimo terceiro, 1/3 do valor da consulta ambulatorial para os funcionários e a partir da segunda consulta/ano para seus dependentes.

Em 2003 eram cerca de 82.000 vidas, entre funcionários e seus dependentes, das quais 58.000 pertenciam ao Plano Médico básico, com direito a internação em enfermaria, 21.400 a apartamento e 2600 ao Plano específico para executivos, o PAME, com direito à livre escolha e reembolso integral.

Entre os recursos de saúde credenciados pelo Plano Médico Volkswagen estão cerca de 100 hospitais, 1.400 consultórios, 180 laboratórios, 160 consultórios odontológicos e duas empresas especializadas em Assistência Domiciliar – Home Care.

A média mensal de utilização da rede credenciada em 2002 apresentou a seguinte distribuição: 29.000 consultas (41%), 28.000 exames (40%), 10.000 emergências (16%), 1700 internações hospitalares e 50 domiciliares (3%).

O Plano Médico VW como uma Autogestão é responsável pelos seguintes processos ou atividades:

- Administração da Rede Credenciada – credencia e descredencia hospitais e clínicas.
- Análise e Processamento de Contas Médicas – conferência das cobranças enviadas pela rede credenciada.
- Atendimento aos Usuários: Serviço de orientação e recebimento de queixas e sugestões.
- Auditoria Administrativa – checagem dos procedimentos administrativos.
- Auditoria de Enfermagem – checagem dos procedimentos de enfermagem.
- Auditoria Médica – checagem dos procedimentos médicos.
- Autorizações Prévias de Procedimentos – controle dos procedimentos de alto custo.
- Contabilidade – sistemas SAP – apropriação de receitas e despesas.
- Contas a pagar – pagamento à rede credenciada.
- Controle Financeiro – Administração do Budget, receitas e despesas.
- Extrato de Utilização – empregado confere procedimentos realizados.
- Faturamento – cobrança das patrocinadoras (VWSF, Gedas, VW Clube).
- Gestão de Informações – análise estatística e racionalização de processos.
- Negociação de Preços – Procedimentos novos e reajustes anuais.

- **Programas de Saúde** – Promoção de Saúde, Prevenção de Doenças, Assistência e Reabilitação.

O Plano Médico VW está passando, nos últimos cinco anos, por um processo intenso de informatização para alcançar maior controle e otimização de todos os seus processos de trabalho como extinguir guias de atendimento, receber os faturamentos da rede credenciada via Internet, emitir extratos de utilização dos serviços (o empregado confirma mensalmente os procedimentos realizados) bem como adequar sistemas que auxiliam na administração financeira, conferência de contas, auditoria médica, programas de saúde etc.

Todas as informações sobre o conteúdo e formas de utilização do Plano Médico VW se encontram na Intranet da empresa, que dispõe também de páginas específicas sobre **Programas de Saúde**.

Todos os procedimentos reconhecidos pelas sociedades científicas contam com a cobertura do Plano Médico VW, inclusive os **Transplantes** (Pulmão, Fígado, Rim, Córnea, Coração e Medula) e **Assistência Domiciliar** entre outros.

Alguns desafios apresentam-se para o estudo mais aprofundado sobre a utilização do Plano Médico VW nos últimos 6 anos, ou seja, o número de usuários do Plano foi reduzido de 93.000 vidas para cerca de 82.000 vidas, porém o custo total apresenta curva ascendente, assim como a evolução dos custos *per capita* (1999 – cerca de 48,00 e em 2002 cerca de 65,00), grande parte em função da disponibilidade de novas tecnologias, do aumento dos coeficientes de utilização de consultas, SADT, Emergências, Internações hospitalares e domiciliares.

A Volkswagen do Brasil vem definindo sua Política de Atenção à Saúde baseada nos seguintes parâmetros: adequação da oferta de serviços de saúde em termos de quantidade e qualidade, racionalização de recursos, programas de

saúde e satisfação dos usuários com os serviços médicos internos e com a rede credenciada pelo seu Plano Médico.

O setor de Programas de Saúde do Plano Médico VW possui coordenação médica e conta com equipe formada por médico supervisor, auxiliares técnicos administrativos, parceria com equipe de médicos auditores, assistentes sociais e agentes de saúde, que representam os diferentes setores da companhia.

- **Criação do Programa Home Care Volkswagen**

A fundamentação da proposta de prestar assistência diferenciada para pacientes crônicos, com internações prolongadas e/ou reinternações freqüentes pelo Plano Médico VW, teve início em 1991.

Nesse ano, o Plano Médico, em conjunto com o Serviço Social, elaborou o **“Programa de Orientação e Atendimento a Pacientes Crônicos”**, com o objetivo de detectar esses casos nos Hospitais Gerais da rede credenciada e encaminhá-los, por meio de fluxos e critérios pré-estabelecidos, para Hospitais específicos ou de retaguarda.

Com a operacionalização desse Programa, foram feitas algumas constatações: no Hospital de Crônicos, os pacientes apresentavam internações prolongadas; quando recebiam alta, a reinternação era freqüente; alta incidência de infecção hospitalar, custos elevados, pouca evolução clínica, baixa qualidade de vida e enfraquecimento ou até ruptura do vínculo familiar em alguns casos.

Em função dessas constatações, começaram a surgir idéias e procura por alternativas: se esses pacientes pudessem contar com uma estrutura adequada em seus domicílios, poderiam receber alta e continuar o acompanhamento em ambiente familiar, sem correr riscos de infecção hospitalar, com maior qualidade de vida e com menores custos.

Essa idéia foi sendo amadurecida até que, em dezembro de 1994, passou a ser efetivada através do **Programa Home Care Volkswagen**.

Com 9 anos de operacionalização do Programa (dezembro de 1994 – dezembro de 2003), 907 pacientes foram considerados elegíveis para o acompanhamento domiciliar, totalizando ao longo do tempo cerca de 1328 internações domiciliares, considerando as reinternações domiciliares após alta e retornos de hospitalizações. Do total de pacientes admitidos no Programa 308 (34%) evoluíram para óbito e 545 (60%), devido à evolução clínica favorável e independência dos familiares para a oferta de cuidados, receberam alta.

A distribuição dos 907 pacientes admitidos no Programa desde seu início segundo sexo e faixa etária apresenta o seguinte perfil: 51,0% - sexo masculino e 49,0% sexo feminino, 18,0% menores de 20 anos, 30,0% entre 20 e 59 anos e 52% de 60 anos e mais. Quando analisada a distribuição por sexo na faixa etária de 60 anos e mais, o sexo feminino é mais freqüente (57,8%) do que o masculino (42,2%).

Até dezembro de 2003, a média mensal de pacientes ativos no Programa era de 50 - 54 pacientes, 6% do total de pacientes que continuam em Internação Domiciliar, Monitoramento ou Suporte, os dois últimos programas de acompanhamento mais espaçados, com o objetivo de controlar as doenças crônicas de base, prevenindo assim as reagudizações e necessidade de intervenções mais complexas e o retorno para a Internação Hospitalar.

Dentre os diagnósticos mais freqüentes no quadro geral de pacientes admitidos no Programa Home Care no espaço de 9 anos, destacam-se: Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Sistema Nervoso Central, Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, Doenças do Aparelho Respiratório, Neoplasias, Lesões e Algumas Causas Externas, Aids e Algumas Afecções

Originadas no Período Perinatal (Prematuridade) – CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição).

O tempo médio de permanência de 180 dias no **Programa Home Care** para os pacientes admitidos em 1995 foi reduzido para 42 dias em 2003. Essa queda pode ser explicada em função da maior clareza dos objetivos do Programa, estabelecimento de metas no Plano de Atenção desde a admissão, maior conscientização do papel da família nos cuidados aos pacientes e amadurecimento das equipes que operacionalizam a assistência em termos de admissão, permanência e alta. Os pacientes dependentes de ventilação mecânica, sem perspectivas de independência do equipamento, não entram na estatística de tempo de permanência com os demais casos.

Através do acompanhamento de utilização dos serviços credenciados pelo Plano Médico VW, após a alta da assistência domiciliar, pode-se obter informações de pacientes que haviam apresentado várias internações hospitalares antes da Assistência Domiciliar e após ter recebido alta do Programa permanecem por períodos prolongados sem necessidade de novas internações hospitalares.

A redução geral do número de reinternações hospitalares dos pacientes admitidos no Programa é de 87%, e 92% de redução no tempo médio de permanência hospitalar.

A redução de custos com a Assistência Domiciliar varia de paciente para paciente. Existem casos cujos custos domiciliares são 80% menores do que os hospitalares, outros que variam de 10% a 70%; poucos casos apresentam custos domiciliares maiores do que os hospitalares.

Os gastos acumulados do Plano Médico com o Programa Home Care, desde sua criação em dezembro de 1994 até dezembro de 2003, totalizam R\$ 24.505.336,95, com uma estimativa de 55% de gasto evitado.

De acordo com avaliações periódicas da Equipe de Coordenação do Programa, os resultados em termos de eficácia, eficiência e efetividade das ações do Programa Home Care têm sido evidentes e mensuráveis através de dados estatísticos de acompanhamento quantitativo e pesquisas de satisfação que geram informações qualitativas sobre os pontos a serem reforçados ou modificados no dia-a-dia da assistência multiprofissional e outros aspectos relacionados com a estrutura ou processos de trabalho.

A melhora clínica, superação ou não progressão de déficits, queda do número de reinternações hospitalares, estreitamento de vínculos familiares e a racionalização considerável de custos em relação ao período de permanência hospitalar são alguns dos aspectos quantitativos e qualitativos do Programa Home Care.

Os principais focos de atenção do Programa Home Care VW são: atender pacientes portadores de patologias crônicas, sequelares, com internações hospitalares prolongadas e/ou reinternações freqüentes; reduzir risco de infecção hospitalar; evitar perda do vínculo familiar, propiciar melhoria da qualidade de vida, promover a reabilitação de pacientes crônicos para o alcance do mais alto grau possível de independência e autonomia para o autocuidado, retorno às funções produtivas e racionalizar custos para o Plano Médico VW.

- **Programa Home Care Volkswagen: normas de funcionamento**

Modalidade de Atenção: Internação Domiciliar

Definição: Assistência Domiciliar integral 24 horas, semelhante ao “Hospital em Casa”.

Público Alvo: Destinado a funcionários e seus dependentes, portadores de patologias crônicas, com seqüelas, que apresentam internações hospitalares prolongadas ou freqüentes e portadores de patologias agudas e pós-operatórios de cirurgias de grande porte, que necessitam de atenção especializada e treinamento de familiares para a continuidade dos cuidados, após a alta do Programa.

Captção de Pacientes: Realizada pelos médicos auditores do Plano Médico Volkswagen nos hospitais credenciados ou pela solicitação de médicos assistentes e familiares, mediante avaliação da equipe de Programas de Saúde.

Admissão do Paciente: Realizada após consentimento do médico assistente e paciente/familiares, avaliação da estrutura do domicílio, acesso geográfico, dinâmica familiar, presença de um cuidador, avaliação pela Empresa de Home Care credenciada pelo Plano Médico VW, que irá operacionalizar a assistência no domicílio.

Estrutura oferecida: equipamentos, materiais descartáveis, medicamentos, equipe multiprofissional, transporte (ambulância simples e UTI) e retaguarda hospitalar, laboratorial e ambulatorial.

Diária de Assistência Domiciliar: compreende 1 a 2 visitas médicas e de enfermeiro por semana, avaliações, se necessário, de fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social e psicólogo, possibilidade de adicional para permanência de auxiliar de enfermagem 6, 12, 24 horas, cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira higiênica, papagaio, comadre, suporte de soro e dieta, coleta de exames domiciliares, Central 24 horas para chamados de U/E, remoção através de ambulâncias simples e UTI (Plano Médico VW).

Outros Serviços complementares: sessões de fisioterapia respiratória e motora, sessões de fonoaudiologia e psicologia, equipamentos de ventilação mecânica,

medicamentos, materiais descartáveis e dietas industrializadas mediante justificativa técnica e autorização prévia da equipe de Programas de Saúde VW.

Auditoria da Assistência Domiciliar: Realização de visitas domiciliares para auditoria de qualidade, pela equipe do Serviço Social e Programas de Saúde VW.

Reuniões Mensais: Recepção de relatórios de evolução e discussão de todos os casos ativos para o encaminhamento para alta, monitoramento, suporte ou continuidade da Internação Domiciliar.

Indicadores: Reinternações hospitalares, evolução clínica, satisfação do usuário, custo hospitalar x custo assistência domiciliar.

Os **Programas de Monitoramento e Suporte** foram estruturados com o objetivo de possibilitar mobilidade e adequação gradativa da assistência às condições evolutivas favoráveis dos pacientes do Programa Home Care.

- **Programa de Monitoramento Domiciliar**

Modalidade de Atenção: Atendimento Domiciliar.

Definição: Atendimento Domiciliar com retaguarda de U/E – Central 24 horas.

Público Alvo: Destinado a funcionários e seus dependentes, que já passaram pela Internação Domiciliar, porém pela cronicidade da(s) patologia(s) de base e dificuldade de locomoção, apresentam necessidade parcial de continuidade de cuidados domiciliares.

Captação de Pacientes: Oriundos do Programa Home Care e alguns casos que já são admitidos desta forma por indicação do médico auditor.

Admissão do Paciente: Automática, após alta da Internação Domiciliar.

Estrutura oferecida: uma visita médica e uma visita de enfermeiro por mês, atendimento de U/E e algum medicamento ou equipamento de alto custo. Central 24 horas.

Outros Serviços complementares: possibilidade de permanência de sessões de fisioterapia ou cobertura de equipamentos de ventilação mecânica ou medicamentos de custo incompatível com as possibilidades orçamentárias da família.

Auditoria da Assistência Domiciliar: Realização esporádica de visitas domiciliares, pesquisa telefônica de satisfação e recepção mensal de relatórios técnicos de evolução do paciente.

Reuniões Mensais: Recepção de relatórios de evolução e discussão de todos os casos ativos para o encaminhamento para alta, suporte, continuidade do Monitoramento ou retorno para o Programa Home Care.

Indicadores: Reinternações hospitalares, evolução clínica, satisfação do usuário, custo hospitalar x custo assistência domiciliar.

- **Programa Suporte Care**

Modalidade de Atenção: Visitas Domiciliares.

Definição: Acompanhamento clínico mensal.

Público Alvo: Destinado a funcionários e seus dependentes, que já passaram pela Internação Domiciliar e/ou Monitoramento Domiciliar, porém pela cronicidade da(s) patologia(s) de base e dificuldade de locomoção, apresentam necessidade de pelo menos uma visita médica mensal.

Captação de Pacientes: Oriundos do Programa Home Care e do Programa de Monitoramento e alguns casos já são admitidos desta forma por indicação do médico auditor.

Admissão do Paciente: Automática, após alta da Internação Domiciliar ou do Monitoramento.

Estrutura oferecida: uma visita médica mensal, sem direito ao atendimento de U/E domiciliar. Paciente e familiares são orientados para utilização da rede credenciada pelo Plano Médico VW.

Outros Serviços complementares: possibilidade de permanência de sessões de fisioterapia ou cobertura de equipamentos de ventilação mecânica ou medicamentos de custo incompatível com as possibilidades orçamentárias da família.

Auditoria da Assistência Domiciliar: pesquisa telefônica de satisfação e recepção mensal de relatórios técnicos de evolução do paciente.

Reuniões Mensais: Recepção de relatórios de evolução e discussão de todos os casos ativos para o encaminhamento para alta, continuidade no Suporte Care ou deslocamento para Monitoramento ou retorno para o Programa Home Care.

Indicadores: Reinternações hospitalares, evolução clínica, satisfação do usuário, custo hospitalar x custo assistência domiciliar.

O setor de Programas de Saúde Volkswagen atua como o Núcleo Gerencial dos Programas de Assistência Domiciliar, garantindo estruturação, filosofia de trabalho e mecanismos de controle de qualidade da assistência oferecida. Conforme já descrito, é também responsável pelo fluxo de captação e admissão,

protocolos técnicos, auditoria técnica e financeira, avaliação da atenção, gerenciamento e discussão de casos, pesquisas de satisfação, entre outras atividades. Para a operacionalização do trabalho assistencial no domicílio, o setor conta com duas empresas de Home Care credenciadas pelo Plano Médico VW. Desde o início das atividades o modelo de trabalho é o de parceria entre os núcleos gerencial e operacional.

Outros Programas que contêm ações ambulatoriais e domiciliares desenvolvidos pelo Plano Médico VW:

- **Aids Care**

Fundamentação:

A detecção do primeiro caso de HIV+ entre os 100.000 usuários do Plano Médico Volkswagen (funcionários, dependentes, agregados e aposentados), ocorreu em 1986.

Até o início de 1996, o total era de 151 casos de infectados. Havia uma alta frequência de internações hospitalares prolongadas, alta incidência de doenças oportunistas, baixa adesão aos recursos de saúde internos, externos e públicos, alto custo do tratamento e pouco benefício: interrupções frequentes, adoecimento precoce e baixa sobrevida.

Descrição do Programa:

Em junho de 1996, optou-se por implantar o **Programa Aids Care**, proposta de assistência global integrada e gerenciada. O atendimento ambulatorial foi centralizado em São Bernardo do Campo/SP, com equipe técnica especializada, com grande enfoque na prevenção, controle e reabilitação do portador do HIV/Aids.

Um **Protocolo Técnico** foi elaborado com o objetivo de padronizar o atendimento: médico infectologista, assistente social, nutricionista, psicóloga e outros profissionais de acordo com cada necessidade; garantia de acesso aos medicamentos do “coquetel”; exames laboratoriais específicos (CD4/CD8, Carga Viral, Feno e Genotipagem etc.); referência para Hospitais Especializados e **Assistência Domiciliar**.

Ações educativas no ambiente de trabalho também foram intensificadas: palestras educativas, Vídeos, Informações na Rádio Volkswagen, Jornal Interno, Quadro de Avisos, Cartilha Educativa, Painel e instalação de Máquinas de Preservativos no interior da fábrica.

Resultados:

De junho de 1996 até dezembro de 2003, o Programa assistiu 131 portadores do HIV, com os seguintes resultados: 72 estão em atendimento ambulatorial, 31 evoluíram para óbito, 13 se aposentaram e 15 não participam do Programa por preferirem atendimento na rede credenciada ou particular mediante reembolso de despesas. O número de internações hospitalares foi reduzido em 90% e os custos comparativos do Programa demonstram uma redução anual de gastos com HIV+/Aids em torno de 40%.

Quanto aos resultados qualitativos, destacam-se os seguintes: alta taxa de adesão ao Programa, maior controle clínico e prevenção de manifestações da doença, diminuição dos períodos de afastamento do trabalho, melhor qualidade de vida, reintegração na sociedade e no trabalho e maior grau de satisfação do funcionário na Empresa.

- **Programa Baby Care Volkswagen**

Objetivo: O Programa Baby Care foi implantado em novembro de 1996 e tem como objetivo principal prestar assistência domiciliar preventiva ao recém-nascido normal, assim como estimular a puericultura em ambulatórios sentinelas.

Público Alvo: média mensal de 100 recém-nascidos dependentes de funcionários no Plano Médico Volkswagen.

Ações Programáticas: Busca ativa diária dos registros de nascimentos nos principais hospitais da rede credenciada, visitas domiciliares da enfermeira no segundo dia após a alta hospitalar e do médico pediatra no 15º dia de vida do RN e encaminhamento para os ambulatórios sentinelas de puericultura.

Visita domiciliar da Enfermeira: Duração média de 1:30 h. Cadastramento e caracterização do perfil epidemiológico do recém-nascido e dos pais, esclarecimentos sobre as características de normalidade e alterações mais frequentes, orientações sobre aleitamento materno, icterícia fisiológica, evacuações, fontanelas, pele, coto umbilical, adequação de vestimentas, higiene e fornecimento de uma cartilha educativa com maiores detalhes sobre os tópicos abordados.

Visita domiciliar do Pediatra: exame físico do RN e detecção de possíveis alterações como monilíase, icterícia, cólica, irritabilidade, conjuntivite, hipertermia, obstrução nasal, soluço, herniações, assaduras, regurgitação, entre outras. Encaminhamento para o seguimento referenciado de puericultura.

Instrumentos: Ficha de cadastramento do RN e conteúdo da visita da enfermeira, ficha de exame físico pediátrico, cartilha educativa, calendário vacinal, ficha de encaminhamento e de protocolo para puericultura.

Resultados: De novembro de 1996 até dezembro de 2003, a cobertura do Programa Baby Care foi de 6.051 recém-nascidos. Constatações: aumentos do aleitamento materno, da cobertura vacinal e da frequência/adesão aos ambulatórios de puericultura; reduções de consultas nos serviços de urgência/emergência, de reinternações e tempo de permanência hospitalar no primeiro ano de vida; alto grau de satisfação dos beneficiados pelas ações do Programa.

- **Programa Para uma VWida Saudável**

Fundamentação:

Os programas de Qualidade de Vida e Promoção de Saúde nos locais de trabalho estão se tornando parte integrante da cultura das organizações. Na última década, o tema “qualidade de vida” tem sido fortemente discutido, tanto do ponto de vista empresarial como do individual e comunitário.

Objetivos:

- Oferecer ações de saúde que estimulam uma reflexão crítica sobre os hábitos de vida do homem moderno que contribuem para o aparecimento de doenças e propor alternativas possíveis para melhorar a qualidade de vida das pessoas.
- Unificar ações, em todas as plantas Volkswagen, dentro de uma política de atenção à saúde que contemplam a promoção da saúde, prevenção de doenças em complemento às ações curativas/assistenciais.

Público Alvo:

Funcionários Volkswagen e seus dependentes.

Características do Programa:

- Ações de Promoção de Saúde permanentes e integradas;
- Coordenação e uniformização das ações existentes nas diversas plantas;
- Otimização dos recursos físicos, materiais e humanos já disponíveis;
- Identificação de fatores de risco, cuja redução resulta no controle de várias doenças;
- Prevenção de casos novos;
- Prevenção de lesões irreversíveis ou complicações que levam à incapacidade ou invalidez permanente.

Níveis de profundidade das ações do Programa: **Atividades de Alerta** – atividades que visam a despertar o interesse dos empregados para o tema em questão – cartazes, material promocional etc. e que podem atingir todo o corpo de funcionários a custo relativamente baixo - **Atividades Educativas** – transmite informações que visam a modificar comportamentos e produzir resultados – despesas com panfletos, vídeos e a realização de palestras e seminários e **Atividades de Intervenção** – para empregados que necessitem especificamente daquele tópico ex.: cessação do fumo, controle do peso, administração do estresse e atividade física.

Critérios para eleição dos Temas:

- Alto potencial de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Relacionados com estilo de vida, condições ambientais e assistenciais;
- Tratamento e controle médico bem estabelecidos;
- Geram grande número de internações, atendimentos em Pronto Socorro e licença médica;
- Grande volume de consultas médicas, alto custo financeiro para a Companhia e a sociedade;

- Absenteísmo e adoecimento na fase produtiva da vida.

Principais atividades desenvolvidas de maneira continuada: Programa Hipertensão Arterial 100% controlada; Campanha para verificação de glicemia: Diabetes Mellitus: O caminho do doce convívio; Prevenção DST/Aids – Ações no Carnaval, Dia dos Namorados, SIPAT, 1º de Dezembro – Dia Mundial de Luta contra a Aids; Exercícios Físicos, Lazer, Qualidade do Sono; Alimentação Saudável, Controle do Colesterol, Tabagismo, Sedentarismo, Dependência Química, entre outras.

- **Programa - Agentes de Saúde Volkswagen – AS VW**

Criado em 2003 é formado por um grupo de 30 funcionários de diferentes setores da Companhia com a missão de disseminar e coletar informações, assim como colaborar na operacionalização das ações corporativas da área de saúde.

Todos os AS VW participam de treinamentos e oficinas sobre os Programas de Saúde da companhia, higiene e saúde ocupacional, ambulatório e plano médico e são capacitados de maneira continuada para orientar seus colegas sobre hábitos saudáveis de vida, prevenção de doenças e utilização correta dos serviços de saúde da companhia.

Grande parte desses agentes são coordenadores do *Housekeeping* - programa responsável pela organização e conservação do ambiente de trabalho para melhorar as condições de vida do empregado, além de representantes da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, e funcionários voluntários.

Através do Planejamento Estratégico do Plano Médico Volkswagen e da área de Programas de Saúde Volkswagen, todas as diretrizes e estratégias de atenção são permanentemente avaliadas, substituídas ou fortalecidas, assim como as definições das metas, parâmetros, iniciativas e ações.

Programa Home Care Volkswagen – pacientes estudados e resultados obtidos.

Para a caracterização da evolução clínica, satisfação do usuário e gastos hospitalares, domiciliares e familiares do Programa Home Care VW foram analisados todos os pacientes que se encontravam em internação domiciliar no primeiro trimestre de 2003. Do total de 64 pacientes, 22 já faziam parte do Programa desde 2002 e 42 foram admitidos durante o período do estudo: 22 em janeiro, 11 em fevereiro e 9 em março de 2003.

4.2.1 – Evolução Clínica

- **Perfil Epidemiológico dos pacientes:**

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes estudados segundo sexo e faixa etária - 1º Trimestre – 2003.

Faixa Etária (em anos)	Sexo		Total	
	F	M	nº	%
< 1	1	2	3	4,7
01 – 10	2	4	6	9,4
10 – 20	2	1	3	4,7
20 – 30	4	2	6	9,4
30 – 40	2	2	4	6,2
40 – 50	4	4	8	12,5
50 – 60	4	3	7	10,9
60 – 70	8	3	11	17,2
70 – 80	8	3	11	17,2
80 – 90	4	1	5	7,8
Total	39	25	64	100,0
	60,9%	39,1%	100,0%	

Fonte: Programas de Saúde VW

Observa-se na amostra estudada que as admissões ocorreram em todas as faixas etárias, porém houve predomínio dos maiores de 60 anos (42,2%) e do sexo feminino (60,9%) no geral e em particular nessa faixa etária (74,1%).

Segundo DEVER (1988):

“Homens e mulheres apresentam padrões diferentes de mortalidade e morbidade: Os coeficientes de mortalidade quase sempre são mais elevados para os homens que para as mulheres. A esperança de vida também é consideravelmente maior para as mulheres e a diferença está aumentando. Apesar de nascerem mais homens que mulheres, as mulheres excedem numericamente os homens em cada faixa etária, e esta diferença relativa aumenta com o avanço da idade. Um aspecto interessante da influência do sexo na doença é que, embora os coeficientes de mortalidade sejam mais altos para os homens, os de morbidade são geralmente mais altos para as mulheres”.

O padrão de distribuição da amostra da tabela 5 é semelhante ao apresentado para o total de pacientes que foram admitidos no Programa desde seu início, na faixa etária de 60 anos e mais (masculino 42,2% e feminino 57,8%).

Município de Residência:**Tabela 6** – Distribuição dos pacientes estudados segundo município de residência – 1º Trimestre – 2003.

Residência	Frequência	
	nº	%
S. Bernardo do Campo – SP	16	25,0
Taubaté – SP	16	25,0
São Paulo – SP	15	23,4
Santo André – SP	09	14,1
Mauá – SP	03	4,7
Diadema – SP	02	3,1
Ribeirão Pires – SP	02	3,1
Baixada Santista - SP	01	1,6
Total	64	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

O Programa Home Care VW está estruturado nas plantas Anchieta de São Bernardo do Campo e no município de Taubaté. Dos funcionários da planta Anchieta, os locais mais freqüentes de moradia estão nos municípios de São Bernardo, São Paulo (zona sul e leste) e Santo André.

- **Diagnósticos mais freqüentes:**

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes estudados - 1º Trimestre de 2003 segundo grupos diagnósticos mais freqüentes – CID – 10

Capítulo CID 10	Freqüência	
	nº	%
Ap.Circulatório	16	25,0
Lesões e Causas Externas	14	21,9
Ap.Respiratório	13	20,3
Sistema Nervoso	08	12,5
Neoplasias	07	10,9
Dçs. Endócrinas e Metabólicas	03	4,7
Afecções Período Perinatal	02	3,1
Osteomuscular	01	1,6
Total	64	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

As Doenças do Aparelho Circulatório, Respiratório, Sistema Nervoso e Doenças Endócrinas sempre foram as mais freqüentes desde o início do Programa Home Care VW, mas, ao longo do tempo, na análise das informações dos períodos mais recentes, destacam-se a freqüência das Lesões e Causas Externas e Neoplasias. As situações de violência urbana e os acidentes automobilísticos são os principais responsáveis pela legião desses jovens e adultos mutilados, paraplégicos, tetrapléticos e portadores de uma série de déficits e dependências de cuidados continuados do Programa. As neoplasias também em número crescente nesse Serviço, apresentam-se geralmente em estágios avançados e/ou terminais, exigindo da equipe multiprofissional da assistência abordagens e ações bastante especializadas em termos de cuidados paliativos e suporte psicológico para pacientes e familiares/cuidadores.

- **Grupos diagnósticos:**

Tabela 8 - Distribuição dos diagnósticos apresentados pelos pacientes estudados - 1º Trimestre de 2003 segundo Capítulos da CID-10

Nº de Capítulos CID 10	Frequência	
	nº	%
1	20	31,2
2	14	21,9
3	13	20,3
4	09	14,1
>= 5	08	12,5
Total	64	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

Dos 64 pacientes estudados, 20 (31,2%) apresentaram diagnósticos de um único capítulo da CID-10, 14 (21,9%), diagnósticos de dois capítulos, 13 (20,3%), diagnósticos de três capítulos, 9 (14,1%), diagnósticos de quatro capítulos e 8 (12,5%), diagnósticos de cinco ou mais capítulos ou grupos diagnósticos da CID 10.

Esses dados retratam a complexidade do perfil de morbidade dos pacientes que são elegíveis para o Programa Home Care VW.

- **Internações hospitalares:**

Apenas 1 paciente (1,6%) não apresentou internação hospitalar no último ano (2002). Trata-se de paciente portador de várias patologias crônicas e que vem sendo assistido pela equipe do Programa Home Care há 2 anos sem qualquer necessidade de retorno ao Hospital. Dos outros 63 pacientes, que totalizaram 106 internações/reinternações hospitalares no período de 1 ano antes de serem

admitidos no Programa, 46 (71,6%) apresentaram de 1 a 2 internações e 17 (26,5%) mais do que três internações hospitalares no período.

- **Cuidadores:**

Tabela 9 – Grau de parentesco dos cuidadores dos pacientes estudados – 1º Trimestre – 2003.

Cuidador	Frequência	
	nº	%
Esposa	18	28,1
Filha	12	18,8
Mãe	10	15,6
Esposo	08	12,5
Pai	02	3,2
Outros familiares	07	10,9
Contratado	07	10,9
Total	64	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

Do total de 64 pacientes, 26 (40,6%) foram cuidados pelos respectivos cônjuges (esposa: 18 e esposo: 8), 15 (23,4%), pelos filhos, com predomínio de filhas (12), 10 (15,6%), por mãe, 7 (10,9%), por outros familiares e 7 (10,9%), por cuidadores contratados pela família. Como observa FONSECA (1996), “historicamente as mulheres têm sido as grandes ”cuidadoras”.

A participação do cuidador no auxílio aos pacientes admitidos para o Programa Home Care é um dos critérios de elegibilidade para admissão e permanência. Conhecendo as cargas emocionais e de trabalho enfrentadas por esses cuidadores no dia-a-dia, a equipe do Programa oferece suporte de Assistentes Sociais e Psicólogas nos domicílios, abertura para contatos telefônicos com a

equipe e pessoalmente através de reuniões individuais com o Serviço Social da empresa e reuniões coletivas com outros cuidadores para a discussão de temas comuns.

No Programa Home Care VW a permanência de Auxiliar ou Técnico de Enfermagem no domicílio por períodos de 6, 12 ou 24 horas tem indicação exclusiva para a execução de procedimentos técnicos específicos e nunca para a função de acompanhante do paciente.

- **Tempo de permanência hospitalar:**

A permanência hospitalar dos 63 pacientes que apresentaram o total de 106 internações/reinternações no período de 1 ano anterior à admissão no Programa Home Care VW foi de 1.439 dias, média de 14 dias de permanência hospitalar, sendo que 21 pacientes (32,8%) permaneceram por tempo menor de 10 dias, 22 (34,4%) entre 10 e 30 dias e 20 (31,2%) por período maior do que 30 dias.

Essas internações hospitalares foram acompanhadas pelos médicos auditores do Plano Médico VW, e o tempo de permanência prolongado justifica-se em grande parte pela necessidade de atenção em Unidades de Terapia Intensiva, acesso a Centros Cirúrgicos devido às instabilidades clínicas, quando a Internação Domiciliar é contra-indicada.

- **Hospital de Origem:**

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes estudados - 1º Trimestre – 2003 segundo hospitais de origem

Hospital	Frequência	
	nº	%
Assunção (S.Bernardo -SP)	14	21,9
São Lucas (Taubaté – SP)	10	15,6
Brasil (S.André – SP)	09	14,1
Neomater (S.Bernardo – SP)	04	6,3
Beneficência Portuguesa (SP)	04	6,3
HOSIC (Taubaté – SP)	04	6,3
Edmundo Vasconcelos (SP)	03	4,7
Cristóvão da Gama (S.André – SP)	03	4,7
N. Sra. Lourdes (SP)	03	4,7
Bartira (S.André – SP)	03	4,7
Outros	07	10,9
Total	64	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

A utilização dos hospitais citados na tabela 10 guarda relação com o local de moradia dos pacientes estudados.

- **Participação da equipe multidisciplinar na Assistência Domiciliar**

Os profissionais médico, enfermeiro e técnico e/ou auxiliar de enfermagem participaram da atenção dos 64 pacientes (100,0%), sendo que 41 (64,1%) receberam atendimento de fisioterapeuta, 32 (50%), de assistente social, 24 (37,5%), de nutricionista, 12 (18,7%), de fonoaudióloga e 3 (4,7%), de psicólogo.

Caracterização do grau de dependência de cuidados dos pacientes estudados:

- **Nível de Consciência:**

Quanto ao nível de consciência, 42 pacientes (65,6%) apresentaram-se conscientes e orientados, 8 (12,5%), conscientes, porém com períodos de agitação ou ansiedade, 7 (11,0%), confusos e 7 (11,0%), em coma vigil.

- **Comunicação:**

Dos 64 pacientes, 35 (54,7%) comunicavam-se através da fala sem dificuldade, 19 (28,7%) apresentavam fala com dificuldade, 7 (11,0%) encontravam-se em coma vigil e 3 (4,7%) eram recém-nascidos.

- **Humor:**

Do total de pacientes, apenas 3 (4,7%) apresentavam-se alegres e otimistas, 38 (59,4%) estavam calmos e colaborativos, 4 (6,3%) com humor lábil, 4 (6,3%) eram agressivos, 5 (7,8%) apresentavam-se deprimidos, 7 (11,0%), em coma vigil e 3 (4,7%) eram recém-nascidos.

- **Déficits Motores:**

Os déficits motores estavam ausentes em 17 pacientes (26,6%), sendo que 29 (40,6%) apresentavam déficits parciais e 18 (28,1%), déficits generalizados.

- **Deambulação:**

Do total de pacientes, 14 (21,9%) deambulavam sem ajuda, 29 (40,6%), com ajuda e 21 (32,8%) não deambulavam.

- **Estado Nutricional:**

Foram considerados bem nutridos 44 pacientes (68,8%); 11 (17,2%) se encontravam emagrecidos, 7 (10,9%), em estado de caquexia e 2 (3,1%) apresentavam-se obesos.

- **Alimentação:**

Não necessitavam de auxílio para a alimentação 27 pacientes (42,2%), 18 (28,1%) se alimentavam com auxílio, 10 (15,6%) utilizavam sondas nasogástricas, 8 (12,5%) tinham gastrostomia e 1 (1,6%) fazia uso de nutrição parenteral.

- **Higiene:**

Apenas 8 pacientes (12,5%) não precisavam de ajuda para o banho, 33 (51,6%) tomavam banho de chuveiro com ajuda e 23 (35,9%) apresentavam necessidade de banho no leito.

- **Eliminações – Urina:**

Dos 64 pacientes, 28 (43,8%) apresentavam controle total das eliminações, 2 (3,1%), controle parcial, 20 (31,3%) utilizavam sonda vesical e 14 (21,9%) apresentavam eliminações em fralda.

- **Eliminações – Fezes:**

Apresentavam controle total das eliminações 28 pacientes (43,8%); 2 (3,1%), controle parcial, 4 (6,3%) possuíam colostomia e 14 (21,9%) apresentavam eliminações em fraldas.

- **Medicações:**

Do total de pacientes, 48 (75%) receberam algum tipo de medicamento por via endovenosa e/ou intramuscular no período analisado; todos os pacientes analisados receberam medicações por via oral ou por sondas.

- **Dependência de Equipamentos:**

Apenas 19 pacientes (29,7%) não apresentavam dependência de equipamentos, sendo que 45 (70,3%) eram dependentes parciais ou totais dos seguintes equipamentos: cadeira de rodas e cadeira higiênica (21), oxigênio (22), cama/colchão caixa de ovo (21), inalador elétrico (10), suporte de soro (10), aspirador de secreção (6), ventilação mecânica (6), andador (3), oxímetro de pulso (2), entre outros equipamentos de uso não continuado.

- **Padrão Respiratório:**

Estavam eupnéicos 42 pacientes (65,6%), 12 (18,6%) apresentavam períodos de dispnéia, 10 (15,6%) apresentavam dispnéia constante e 2 (3,1%) apresentavam períodos de apnéia.

- **Dependência de Oxigênio:**

Dos 64 pacientes 42 (65,6%) não necessitaram de oxigênio, 10 (15,6%) utilizavam oxigênio esporadicamente, 6 (9,4%) utilizavam oxigênio de maneira continuada, 2 (3,1%) faziam uso de ventilação mecânica intermitente e 4 (6,2%), de ventilação mecânica contínua.

- **Permanência de Enfermagem no domicílio:**

Quanto à presença de enfermagem no domicílio, 14 pacientes (21,9%) necessitaram dos cuidados de enfermagem (enfermeira e técnico/auxiliar) em dias alternados, 27 (42,2%), por períodos de 6 horas diárias, 6 (9,4%), por períodos de 12 horas e 17 (26,6%), por 24 horas.

- **Curativos:**

Não necessitaram de curativos 38 pacientes (59,4%); 8 (12,5%) necessitaram de curativos pequenos, 12 (18,8%), de curativos médios e grandes e 6 (9,4%), de curativos de grande complexidade.

- **Tempo de permanência em Assistência Domiciliar**

Dos 64 pacientes estudados, 39 apresentaram tempo médio de permanência de 51 dias (27 altas até 31/03/03, com tempo médio de permanência de 24,6 dias e 12 altas até 30/06/03, com tempo médio de permanência de 110 dias de internação domiciliar), 6 evoluíram para óbito e 19 continuaram estáveis e dependentes de cuidados técnicos domiciliares após 30/06/03.

- **Reinternação Hospitalar durante o período de Assistência Domiciliar**

Dos pacientes estudados, 63 apresentaram 106 internações/reinternações hospitalares no período de 1 ano antes de serem admitidos no Programa, com total de 1.439 dias de permanência e tempo médio de permanência hospitalar de 13,6 dias. Depois da admissão no Programa, até 30/06/03, ocorreram 13 reinternações hospitalares (redução de 88%), totalizando 156 dias de permanência e tempo médio de permanência hospitalar de 12 dias.

4.2.2 - Pesquisa de Satisfação

Dos 64 pacientes que receberam assistência domiciliar no primeiro trimestre de 2003, 4 não foram localizados para responder a pesquisa, restando uma amostra de 60 casos para o detalhamento de questões sobre a satisfação obtida com as ações do Programa Home Care VW.

- **Caracterização dos entrevistados:**

Tabela 11 - Caracterização dos entrevistados sobre satisfação com o Programa 1º Trimestre – 2003.

Entrevistado	Frequência	
	nº	%
Paciente	13	20,3
Filha	12	18,7
Esposa	11	17,2
Mãe	09	14,1
Nora	04	6,2
Esposo	04	6,2
Filho	01	1,6
Irmão	01	1,6
Neto	01	1,6
Avó	01	1,6
Tia	01	1,6
Pai	01	1,6
Filho	01	1,6
Sem Resposta	04	6,2
Total	64	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

- **Contato Inicial com o Programa:**

Dos 60 informantes, 20 (33,3%) responderam ter tido contato inicial com o Programa através do médico do Hospital, 24 (40,0%), pelo médico auditor do Convênio e 16 (26,7%), através do Plano Médico VW, colegas de trabalho,

Serviço Social da empresa, enfermeira do hospital ou conhecimento de outros casos que haviam recebido este tipo de atendimento.

O fluxo de captação de casos projetado para o Programa é iniciado com a equipe de médicos auditores do Plano Médico VW, que visita diariamente os principais hospitais da rede credenciada e, uma vez detectando pacientes com perfis de elegibilidade para continuidade da assistência em domicílio, comunicam-se com o médico assistente e a seguir com o próprio paciente e/ou familiares acompanhantes para informar sobre a possibilidade de admissão ao Programa Home Care.

Entretanto, com a aceitação e parceria desenvolvida ao longo dos anos com os médicos assistentes dos hospitais, grande parte das indicações para Home Care passaram a ser feitas por eles, antes mesmo da solicitação do médico auditor.

Com a divulgação dos resultados do programa na comunidade Volkswagen (funcionários e familiares) os pedidos de avaliações de pacientes que se encontram fora do hospital também ocorrem, porém estes somente são atendidos quando acompanhados de relatório médico detalhando diagnóstico, condições clínicas e necessidades de cuidados compatíveis com Internação Domiciliar. Com essas justificativas, a equipe do Programa realiza a avaliação do paciente em seu domicílio.

- **Primeira impressão sobre a Assistência Domiciliar:**

Dos 60 entrevistados, 47 (78,4%) referiram ter aceitado a assistência domiciliar de imediato, 5 (8,3%) ficaram receosos, 6 (10,0%) desconfiaram e 2 (3,3%) recusaram o Programa antes de aceitá-lo.

As explicações oferecidas sobre como seria a Assistência Domiciliar foram satisfatórias para 50 (83,3%) e incompletas para 10 (16,7%) dos entrevistados.

O Protocolo de admissão de pacientes ao Programa foi aprimorado ao longo do tempo em termos de proporcionar o máximo de informações possíveis para que pacientes e familiares possam entender o conteúdo, seus direitos e deveres ao concordarem com a admissão ao Programa.

A maioria dos entrevistados (57) afirmou que estava tudo preparado para a chegada do paciente ao domicílio após a alta hospitalar, incluindo a presença de profissionais do Programa para a recepção e adaptações necessárias e 3 (5%) não receberam essa atenção.

A fase de estruturação do ambiente, os itens necessários para o início do Plano de Atenção, o transporte após a alta, a chegada ao domicílio e início da assistência, são de importância fundamental para que a transição do hospital para o domicílio não cause qualquer solução de continuidade para a assistência /cuidados ao paciente. A prática demonstra que uma admissão sem problemas é ponto fundamental para a continuidade das demais fases da atenção.

Para 50 (83,3%) pacientes não houve relato de atrasos na entrega de materiais, medicamentos e equipamentos, fato que não foi vivenciado por 10 (16,7%) entrevistados, que observaram atrasos na entrega dos itens prescritos.

A logística de distribuição de todos os itens necessários para a assistência ao paciente em seu domicílio é fator que interfere de maneira direta na segurança e viabilidade das ações componentes do Plano de Atenção. Todos os problemas que surgirem nesse campo precisam ser analisados e corrigidos com rapidez para não prejudicarem o atendimento às necessidades do paciente. As distâncias e as diferentes barreiras geográficas entre as sedes dos Serviços e os domicílios, o trânsito, as condições meteorológicas, a violência que às vezes interrompe o trajeto (assaltos, tiroteios, toques de recolher, colisões etc.), e a inadequação de serviços terceirizados de entrega de materiais, entre outras causas, podem

acarretar a falha na área da logística, que deve ser monitorada e acertada de maneira continuada.

- **Segurança na apresentação e oferta de informações:**

A apresentação correta e a oferta de informações seguras foi destacada por 57 (95,0%) dos entrevistados.

Um dos caminhos para a avaliação da qualidade da assistência domiciliar é o estabelecimento de alguns pré-requisitos ou fatores pré-admissionais, que deverão ser observados e poderão nortear a continuidade do processo e a obtenção de bons resultados.

Atenção especial deve ser dada à escolha do perfil do paciente, ao diálogo com o médico responsável pelo seu tratamento e/ou internação hospitalar, a definição do tipo de assistência que será prestada (visita, atendimento ou internação domiciliar), a formação da equipe técnica que ficará responsável pela assistência no domicílio, a forma de abordagem do paciente/familiares e a explicação clara sobre os riscos, implicações e benefícios dessa modalidade de atenção.

É importante “dar um tempo” para a família assimilar essas informações e ponderar sobre a aceitação ou recusa da admissão de seu parente para assistência domiciliar.

A oferta de uma cartilha ou outro tipo de material impresso pode auxiliar o entendimento e fixação de alguns pontos que ainda não tenham ficado muito claros numa primeira abordagem.

Pequenas mudanças na estrutura do domicílio, como retirada ou aquisição de móveis, reformas internas e externas, com a finalidade de adaptar melhor o

ambiente às necessidades do paciente, foram relatadas por 9 (15%) dos 60 entrevistados.

A maior parte dos pacientes (54) foi cuidada por membros da família.

Do total de entrevistados, 57 (95,0%) referiram não ter havido necessidade de alguém da família deixar o emprego para cuidar do paciente.

Dos 60 entrevistados, 7 (11,7%) optaram pela contratação de cuidador para o paciente.

Como afirma KARSCH (1998), "é importante ressaltar que a perda da capacidade funcional de uma pessoa demanda uma reorganização dos papéis familiares, no sentido de redefinir os responsáveis pelas atividades essenciais do cotidiano da casa".; essa é a realidade dos pacientes admitidos nos Programas de Assistência Domiciliar.

Também a maioria dos entrevistados (59) afirmou sentir segurança com o trabalho da equipe no domicílio, apenas 1 (1,7%) enfrentou problemas que levaram à insegurança com o desempenho dos profissionais.

Quadro 1 – Opinião dos 60 entrevistados sobre o desempenho dos profissionais envolvidos na assistência domiciliar - 1º Trimestre – 2003:

Profissional	Ótimo Nº	Bom Nº	Regular Nº	Insatisfatório Nº	Não Utilizou Nº
Médico	47	11	-	2	-
Enfermeiro	44	13	2	1	-
Aux.Tec.Enfer.	44	11	1	2	2
Fisioterapeuta	39	2	-	-	19
A. Social	27	5	-	-	28
Nutricionista	18	3	1	2	36
Fonoaudiólogo	9	1	-	-	50
Psicólogo	2	1	-	-	57

Fonte: Programas de Saúde VW

Quanto ao treinamento, 34 (60,0%) referiram que os profissionais ensinaram/treinaram paciente e familiares para os cuidados e 24 (40%) referiram não ter recebido informações/treinamento específicos.

Também foi significativa a opinião de 57 (95,0%) informantes que destacaram que a assistência domiciliar é melhor do que a assistência hospitalar; 2 (3,3%) consideraram que as duas assistências eram iguais e 1 (1,7%) referiu que depende da situação do paciente.

Houve necessidade de atendimento de urgência no domicílio para 40 (66,7%) dos pacientes (29 consideraram o atendimento rápido e seguro, 9 disseram que houve demora, mas resolveu o problema, 2 relataram que houve necessidade de hospitalização do paciente), 20 (33,3%) relataram que não houve necessidade de atendimento de urgência no domicílio.

Quanto à avaliação da Central de Atendimento, 37 (61,7%) referiram que foram rapidamente atendidos, 3 (5,0%) relataram demora e 1 (1,7%) acusou mal atendimento e insatisfação.

TURRINI (2001), aponta como “principais motivos de satisfação dos clientes em relação aos serviços de saúde: organização dos serviços - rapidez no atendimento”.

• Principais vantagens da Assistência Domiciliar na visão dos entrevistados:

Segurança e Conforto:

- *Segurança do paciente – Técnicos em casa.*
- *Médico 24 horas. “ O estresse da gente desaparece”.*
- *“Ficar em casa com a família evita infecção hospitalar”.*
- *Ajuda estar com a família, no lar, próximo aos familiares.*
- *Desconforto evitado de ir fazer curativos diários no Hospital.*
- *Comodidade: não precisa locomover o paciente, pois os profissionais vêm até a casa.*
- *Inúmeras vantagens. Família - Segurança – Conforto.*
- *O paciente em casa é a maior vantagem. É um transtorno ir ao hospital, tenho outros filhos e em casa posso ficar com todos eles.*
- *Todos cuidando dele em casa, recuperação mais rápida. Estava com trauma de ir tanto ao hospital.*
- *A pessoa fica melhor em casa, no hospital fica debilitado, a família não precisa ficar se locomovendo, médico sempre na hora certa. Não tenho o que reclamar.*
- *Hospital é muito cansativo, desorganiza toda a nossa vida. Em casa é melhor, tem sempre alguém próximo, sentimos falta quando os profissionais não vêm.*

Reconhecimento do Programa:

- *Se não fosse o Home Care não sei o que faria.*
- *Ótimo benefício do convênio.*
- *Pelo amor de Deus, não acabem com este Plano! Quando falo no Home Care para as pessoas sempre choro por não acreditar em tanto nas nossas vidas.*

Personalização do Atendimento:

- *Atendimento personalizado.*
- *“O paciente é atendido com exclusividade”.*
- *“Tratamento VIP”.*

Oferta de Estrutura:

- *Contar com a estrutura de medicamentos, oxigênio e fisioterapia em casa.*
- *Custeio de medicamentos e a segurança com os profissionais.*

Grande parte das respostas aponta as vantagens do Home Care no fato de o paciente poder estar com a família, conforto, comodidade, segurança, presença dos profissionais no domicílio, não necessidade de locomoção, como idas ao hospital para curativos ou reinternações freqüentes, a estrutura de equipamentos, materiais e medicamentos, a cobertura dos gastos familiares com esses itens.

- **Principais desvantagens da Assistência Domiciliar na visão dos entrevistados:**

As desvantagens da Assistência Domiciliar não foram apontadas por 40 (66,7%) dos entrevistados, que referiram só encontrar pontos positivos no Serviço oferecido no domicílio.

- **As principais desvantagens, apontadas por 20 dos entrevistados:**

Privacidade:

- *Tira a privacidade com o trânsito de pessoas em casa.*
- *Tive que dormir em outro quarto.*
- *Pessoas estranhas em casa.*
- *Entrada e saída de gente na nossa casa.*
- *O benefício é maior do que a falta de privacidade.*

Recursos Humanos:

- *Alta rotatividade da enfermagem, trocas freqüentes.*
- *Muitas pessoas entrando em nossa casa com pensamentos diferentes dos meus.*
- *Trocas freqüentes de profissionais. Quebra do vínculo com o paciente.*
- *Falta de liberdade. Alguns profissionais do dia-a-dia confundem a liberdade que a família dá.*

Atendimento de Urgência/Emergência:

- *Na emergência, no hospital está ali, em casa temos que acionar e esperar.*
- *Às vezes o convênio muda algo e não nos comunica, falta comunicação.*
- *Atraso no atendimento de Urgência/Emergência.*

Cuidados:

- *Tive que esterilizar um frasco e me queimei.*
- *Treina a família sem ela querer, treinamento forçado.*
- *Sobrecarga do cuidador.*
- *Tem que ter horário para tudo, acabo ficando presa no horário.*

Desempenho do Serviço:

- *Não tive sorte com a empresa prestadora de serviços. Home Care é ótimo, a intenção é ótima, porém nesta empresa são poucos os que fazem bem o seu trabalho.*
- *Alguns problemas na troca de equipamentos.*
- *Às vezes a comunicação é falha entre os profissionais e a família.*
- *Retiram a Assistência Domiciliar sem avisar.*

Pontos de destaque na evolução do paciente no domicílio na ótica dos entrevistados:

- *Melhora do quadro depressivo.*
- *Superação de déficits com a fisioterapia, fonoaudiologia e enfermagem.*
- *Ganho de peso.*
- *Cicatrização rápida da lesão da cesariana.*
- *Estabilização e a segurança dos cuidados.*
- *Paciente ficou mais ativo, participativo, fica na sala, pode ver o movimento da rua, “continua vivendo”, fica seguro em casa.*
- *Melhora do estado geral. O paciente participa da sua recuperação.*
- *Melhora do quadro respiratório.*
- *Controle da ansiedade e ausência de idas ao Pronto Socorro.*
- *O quadro é complicado. No começo melhorou, mas depois ficou direto na cama.*
- *Melhorei, me animei.*
- *Ganhou peso, está mais esperta, mais atenta.*
- *Melhorou, o paciente apresentou outro ânimo.*
- *Recuperou-se rapidamente.*
- *Se alimenta melhor, dorme melhor, menos nervoso, melhorou o estado psicológico, se está em casa, acredita estar curado.*
- *Melhora do estado geral. Não internou mais.*
- *Melhorou psicologicamente., hoje mexe os braços e se alimenta sozinha.*
- *Tem vínculo com o médico e faz tudo direitinho.*
- *Melhorou, voltou a realizar as atividades normais, voltou a andar.*
- *Melhorou por estar em casa. Quase chegou a andar, depois teve um AVC e complicou tudo. (coma vigil)*
- *Melhorou 100% da tosse.*
- *Melhorou a alimentação, melhorou o quadro.*
- *Maior alegria, disposição. Sofria muito quando ficava no hospital.*
- *O caso era terminal, mas melhorou bem o seu bem-estar.*
- *Recuperou-se muito bem em casa.*

- *Não há chance de melhora, mas é melhor para o paciente ser tratado pela família.*
- *Houve melhora geral. Ficar em casa diminuiu a ansiedade.*
- *Voltou a andar.*
- *Parou de vomitar.*
- *Já sei me cuidar de tanto ser cuidado.*
- *Quadro complicado, mas teve o final que muitos gostariam de ter, rodeado de amor e carinho.*
- *Melhorou, mexe os braços, é tratado por profissionais.*
- *Controle, pois o caso é complicado demais para melhorar. Não fala, não ouve.*
- *Estou em casa com minha família, amigos e parentes, a recuperação é mais rápida.*
- *Consegue manter o paciente sem infecções, porém não há melhora do estado geral (coma vigil).*
- *Consegui superar os déficits, acostumei com a cadeira de rodas.*

Satisfação e Segurança:

Dos 60 informantes, 57 (95,0%) sentem-se satisfeitos e seguros em relação à Assistência Domiciliar, 2 (3,3%) sentem-se satisfeitos, porém inseguros, e 1 (1,6%) se sente insatisfeito com a Assistência Domiciliar.

100% dos entrevistados referiram que recomendariam a Assistência Domiciliar.

4.2.3 - Gastos Hospitalares, Domiciliares e Familiares.

A Assistência Domiciliar tem sido considerada como ferramenta de redução de custos, seja no setor público, que através do Atendimento Domiciliar consegue liberar e aumentar a rotatividade de seus leitos, oferecendo atenção no domicílio por custo bem mais racional, seja no setor privado, que consegue competir com os custos hospitalares, oferecendo preços mais racionais pela isenção da cobrança de diferentes tipos de taxas.

Os resultados divulgados pelos Serviços de Assistência Domiciliar em diferentes fóruns da modalidade, ainda sem indicadores específicos, evidenciam reduções consideráveis de custos, quando um paciente sai de uma internação hospitalar e passa a ser assistido no domicílio.

Com a finalidade de dimensionar os gastos hospitalares, domiciliares e familiares dos 64 pacientes que foram admitidos ou permaneceram ativos no Programa Home Care Volkswagen, no período de janeiro a março de 2003, serão destacadas as seguintes variáveis:

Tabela 12 - Distribuição dos gastos Hospitalares, Domiciliares e Familiares dos pacientes admitidos no Programa Home Care VW - 1º Trimestre – 2003

Origem dos Gastos	Dias Permanência	Gasto Total R\$	Gasto Médio Dia – R\$
Internação Hospitalar	1.439	1.703.309,61	1.183,68
Internação Domiciliar	2.978	1.062.400,92	356,75
Família	2.067	30.961,00	14,98

Fonte: Programas de Saúde VW

Dos 64 pacientes do estudo, não foi possível obter os custos hospitalares de quatro, dois deles pelo fato de serem recém-nascidos gemelares, com curta permanência hospitalar, cujo valor total da conta continha as despesas do parto cesariano e não especificava os custos de berçário de maneira distinta. Os outros dois pacientes foram avaliados por solicitação de seus médicos assistentes em seus domicílios e a internação domiciliar foi a alternativa à internação hospitalar. Para a realização do cálculo de gastos hospitalares foram considerados, portanto, 60 pacientes.

Em relação aos gastos familiares, dos 64 informantes, 28 (43,8%) responderam que não se recordavam do montante gasto com os itens sugeridos pela pesquisa no período da internação domiciliar, 7 destes (25,0%) permaneceram no Programa por períodos inferiores a 10 dias, 4 (14,3%), de 10 a 20 dias, 9 (32,1%), de 20 a 30 dias, 3 (10,7%), de 30 a 60 dias e 5, por mais de 60 dias. Alguns observaram que achavam que as despesas com alimentação e higiene tinham aumentado, em função da presença dos profissionais no domicílio e também por necessidades dos pacientes, mas não souberam quantificar esse acréscimo. Outros disseram que ficaram tão agradecidos pela assistência recebida, que nem se importaram de verificar ou anotar os gastos extras.

Para o cálculo do gasto/dia familiar, do total de 2.978 diárias, foram descontadas 911, referentes à permanência total dos pacientes cujos informantes não quantificaram os gastos do período. O gasto total familiar de R\$ 30.961,00 foi distribuído, portanto, entre 2067 diárias, com o valor de gasto médio/dia de R\$ 14,98.

No estudo de gastos familiares por Grupos Diagnósticos foram consideradas as informações de 36 pacientes.

A internação hospitalar, apesar do menor número de dias de permanência em relação à internação domiciliar, representa os maiores gastos totais e médios /dia.

O gasto médio/dia informado pela família, apesar de reduzido comparado com a internação hospitalar e domiciliar, é considerável, quando comparado à média de salário/mês de um funcionário da Volkswagen na categoria de horista, que atualmente se encontra em torno de R\$ 2.500,00. Com 30 dias de Internação Domiciliar, o gasto médio ficaria em torno de R\$ 449,40, cerca de 18% do salário médio do funcionário. Entre os gastos médios diários informados, ocorreram valores máximos de R\$ 140,00, R\$ 82,35 e mínimos de R\$ 1,00 e R\$ 3,08.

- **Gasto evitado:**

Quadro 2 - Gasto Evitado com a Internação Domiciliar dos pacientes admitidos no Programa Home Care VW - 1º Semestre 2003.

Gasto Médio/Dia em Internação Hospitalar	A	R\$ 1.183,68
Dias de Internação Domiciliar	B	2.978
Gasto Total sem Utilização da Internação Domiciliar	C (A x B)	R\$ 3.524.999,00
Gasto Total Efetivo em Internação Domiciliar	D	R\$ 1.062.400,92
Gasto Evitado – Fonte Pagadora	E (C – D)	R\$ 2.462.598,10

Fonte: Programas de Saúde VW

Percentual de redução de gastos com a Internação Domiciliar:
Acompanhando o raciocínio do gasto evitado com as Internações Domiciliares dos pacientes deste estudo, o percentual global de redução de gastos seria de 69,9%,

uma vez que R\$ 1.062.400,92 representa 30,1% do gasto total hospitalar estimado.

Tabela 13 – Distribuição dos gastos Hospitalares de 63 pacientes admitidos no Programa Home Care VW no 1º Semestre 2003.

Itens Pesquisados	Gasto	
	Total	%
	R\$	
Diárias	690.857,19	40,6
Fisioterapia M/R	29.964,48	1,8
Honorários Médicos	345.787,11	20,2
Taxa Serviços	116.524,61	6,9
Oxigênio	38.170,61	2,3
SADT	35.486,92	2,1
Equipamentos	-	-
Medicamentos	249.660,84	14,7
Materiais	195.418,85	11,4
Total	1.703.309,61	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

Os gastos gerais com assistência às doenças estão cada vez maiores, principalmente quando se trata da utilização do hospital, seja pela sua alta utilização pela população, seja pela tecnologia de que dispõe e que custa tanto sendo utilizada quanto não, seja pelas cobranças de taxas, pela permanência prolongada em decorrência das infecções e/ou por tantos outros motivos.

Além do alto custo, a grande maioria dos pacientes e familiares se sentem bastante desconfortáveis quando inseridos na rotina dinâmica e muitas vezes penosa de uma ou várias diárias hospitalares. Não resta dúvida de que, em algumas situações, nem se discute a necessidade da utilização/recebimento desse tipo de atenção. No entanto, com o avanço tecnológico, com os altos

custos, as características demográficas, o aumento crescente da expectativa de vida e conseqüentemente com o maior tempo para a manifestação das patologias e a necessidade de atenção, além do distanciamento na relação médico-paciente, a frieza do contato cada vez mais freqüente com a máquina e raramente com o profissional, outras formas de assistência extra-hospitalares vêm sendo propostas e implementadas, como é o caso do Programa Home Care Volkswagen e tantas outras iniciativas, conforme ilustrado na fala dos entrevistados neste estudo.

Entre os itens que fazem a diferença na composição dos gastos da Internação Hospitalar, quando comparada à Internação Domiciliar, estão os Honorários Médicos, Taxa de Serviços e SADT, que, em nosso estudo, representaram 29,2% do gasto total.

No caso analisado, os gastos com sessões de fisioterapia hospitalar são proporcionalmente menores do que na internação domiciliar. No Programa Home Care e no mercado em geral, o valor da sessão desse profissional e de outros como psicólogos, fonoaudiólogos e nutricionistas recebe acréscimo em relação ao valor hospitalar em função do tempo e despesas dos deslocamentos para diferentes localidades em cada jornada de trabalho.

Tabela 14 – Distribuição dos gastos Domiciliares por itens pesquisados dos pacientes 64 pacientes ativos no Programa Home Care VW no 1º Semestre 2003.

Itens Pesquisados	Gasto	
	Total	%
	R\$	
Diárias	582.863,90	55,0
Fisioterapia M/R	89.698,82	8,5
Honorários Médicos	-	-
Taxa Serviços	-	-
Oxigênio	125.074,04	11,8
SADT	-	-
Equipamentos	34.793,47	3,3
Medicamentos	130.031,37	12,2
Materiais	96.961,32	9,2
Total	1.062.400,92	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

A composição dos itens dos gastos domiciliares é acordada em contrato entre o Plano Médico Volkswagen e as empresas responsáveis pela operacionalização da assistência no domicílio.

Conforme observado na tabela 14, as diárias da Internação Domiciliar do Programa Home Care Volkswagen representam 55,0% dos gastos totais, enquanto na Internação Hospitalar representam 40,6%. Sem pretensão de estabelecer comparações simplistas entre as duas modalidades, mas em caráter de explicação, na diária domiciliar do Programa Home Care estão inclusas as visitas médicas e de supervisão de enfermagem semanais, equipamentos básicos como cama hospitalar, cadeira de rodas, cadeira higiênica, suporte de soro e outros itens de uso frequente, central 24 horas, atendimento de Urgência/Emergência, e avaliações dos outros profissionais que compõem a

equipe multiprofissional para a assistência de cada caso. Fora da diária, encontram-se as horas de permanência de enfermagem, oxigênio, materiais descartáveis, medicamentos, equipamentos especiais e as sessões profissionais.

Embora as condições clínicas dos pacientes estejam bem mais estáveis no domicílio do que quando em internação hospitalar, é considerável o diferencial entre os valores de medicamentos e materiais no hospital: R\$ 445.078,00 em 1439 diárias, enquanto no domicílio, R\$ 226.992,00 em 2978 diárias.

Por outro lado, no Programa Home Care Volkswagen, com os valores contratuais estabilizados ao longo do tempo e uma redução considerável do número de admissões/mês em função da diminuição gradativa do quadro de funcionários e dependentes, não há registro de impacto significativo na redução dos gastos dentro do patamar mensal alcançado com a Internação Domiciliar ao longo dos anos.

Entre os fatores contribuintes para essa constatação, estão a maior complexidade do perfil de morbidade dos pacientes admitidos no Programa e a necessidade de tecnologia e de cuidados mais intensos nos últimos dois anos, bem como o aumento dos custos de materiais, medicamentos, equipamentos e oxigênio, itens não pertencentes ao pacote contratual. No item de equipamentos da Tabela 14, estão contidos todos os relacionados com a Ventilação Mecânica invasiva e não invasiva.

Tabela 15 – Distribuição dos gastos Familiares de 36 pacientes* admitidos no Programa Home Care VW no 1º Semestre 2003.

Itens Pesquisados	Gasto	
	Total	%
	R\$	
Alimentação	4.770,00	15,4
Higiene	6.617,00	21,4
Energia Elétrica	2482,00	8,0
Cuidador	7.900,00	25,5
Salário	2.700,00	8,7
Transporte	540,00	1,7
Consulta Particular	55,00	0,2
Equipamentos	2.220,00	7,2
Medicamentos	3.142,00	10,2
Materiais	535,00	1,7
Total	30.961,00	100,0

Fonte: Programas de Saúde VW

- 28 dos 64 informantes não informaram gastos familiares.

Os itens que apresentam percentual maior de gastos familiares são os que se referem aos cuidadores, higiene, alimentação, materiais e rendimento salarial, que deixou de existir para que o paciente pudesse ser cuidado por seu familiar.

Pela complexidade clínica e grau de dependência de cuidados dos pacientes analisados neste estudo, além da participação do cuidador informal, geralmente membro da família, muitas vezes para suprir todas as necessidades de atenção é necessária à contratação de cuidadores formais para compor ou revezar no esquema de auxílio ao paciente. Em alguns casos, a família é de tamanho reduzido ou todos trabalham, estudam ou também são dependentes de cuidados,

restando apenas a alternativa de contratação de pessoas para fazerem às vezes da atenção familiar.

Os gastos familiares expressivos com higiene podem ser justificados pelas condições em que se encontram grande parte dos pacientes analisados, com necessidade de trocas freqüentes de roupas pessoais e de cama; alguns utilizam fraldas para eliminações, outros são dependentes de banhos no próprio leito, a limpeza do domicílio, assim como de todos os materiais, equipamentos e demais pertences do paciente precisa ser mais rigorosa. Essa é uma das partes dos gastos hospitalares que não é repassada para a diária da internação domiciliar e sim diretamente para o paciente e/ou família.

O item “gastos familiares com alimentação” compreende uma série de variáveis, que abrangem a necessidade de compra de ingredientes, dietas ou suplementos industrializados para o alcance do valor calórico protéico indicado para o paciente, fornecimento de refeições para cuidadores ou profissionais de enfermagem que permanecem por períodos prolongados nos domicílios, entre outras causas. A orientação é para que os familiares não se sintam obrigados a oferecer alimentação aos profissionais que freqüentam o domicílio, mas, muitas vezes, pela proximidade e tempo de convivência, esse procedimento vira rotina, mesmo que aumente de forma considerável os gastos familiares.

A título de ilustração, foi elaborado o quadro 3, com o objetivo de caracterização dos gastos hospitalares, domiciliares e familiares segundo os grupos diagnósticos mais freqüentes nos casos estudados. Os resultados demonstram a realidade do Programa Home Care VW no período de estudo.

Quadro 3 – Distribuição dos Gastos Hospitalares, Domiciliares e Familiares segundo Capítulos da CID-10 - 1º Semestre 2003

Origem dos Gastos	Nº de Pacientes	Dias de Permanência	Gasto Total \$	Gasto Médio Dia - \$
Internação Hospitalar	60	1.439	1.703.309,61	1.183,68
Ap. Circulatório	16	532	546.104,44	1.026,51
Lesões C. E.	13	314	258.697,74	823,88
Ap. Respiratório	13	274	302.410,20	1.103,69
S. N.C	8	191	246.309,48	1289,58
Neoplasias	7	116	104.368,37	899,73
D. Endócrinas	3	12	8.956,83	746,40
Perinatal	-	-	-	-
Internação Domiciliar	64	2.978	1.062.400,92	356,75
Ap. Circulatório	16	907	331.247,48	365,21
Lesões C. E.	14	646	174.154,62	269,59
Ap. Respiratório	13	486	123.259,95	253,62
S. N.C	8	500	269.441,01	538,88
Neoplasias	7	204	88.001,71	431,38
D. Endócrinas	4	185	48.474,59	262,02
Perinatal	2	50	9.226,00	184,52
Família	36	2.067	30.961,00	14,98
Ap. Circulatório	13	799	9.059,00	11,34
Lesões C. E.	5	237	2.090,00	8,82
Ap. Respiratório	8	383	9.910,00	25,88
S. N.C	7	487	6.995,00	14,36
Neoplasias	2	83	807,00	9,72
D. Endócrinas	1	90	2.100,00	23,33
Perinatal	-	-	-	-

Fonte: Programas de Saúde VW

O número médio maior de diárias hospitalares ocorreu no Grupo das Doenças do Aparelho Circulatório (33), seguido das Doenças do Sistema Nervoso Central (24) e Lesões (24). O maior gasto médio/dia refere-se às Doenças do Sistema Nervoso Central (R\$ 1.289,58) seguido das Doenças do Aparelho Respiratório (R\$ 1.103,69) e das Doenças do Aparelho Circulatório (R\$ 1.026,51).

O maior número médio de diárias domiciliares ocorreu no Grupo das Doenças do Sistema Nervoso Central (62), seguido das Doenças do Aparelho Circulatório (57), das Lesões (46) e das Doenças Endócrinas (46). O maior gasto médio/dia refere-se às Doenças do Sistema Nervoso Central (R\$ 538,88) seguido das Neoplasias (R\$ 431,38) e das Doenças do Aparelho Circulatório (R\$ 365,21).

O maior gasto médio familiar ocorreu no grupo das Doenças Respiratórias (R\$ 25,88), seguido das Doenças Endócrinas (R\$ 23,33) e das Doenças do Sistema Nervoso Central (R\$ 14,36).

Conforme observado na tabela 15, a maior proporção dos gastos diários familiares se encontra na contratação de cuidadores, higiene e alimentação, o que se justifica pelo perfil dos pacientes analisados; ou seja, necessidade fundamental desses itens para os portadores de Doenças Respiratórias, Endócrinas e do Sistema Nervoso Central.

A garantia da qualidade dos serviços de assistência domiciliar e a possibilidade de racionalização de custos, considerando a assistência hospitalar e os gastos sociais/ familiares são as questões maiores deste trabalho.

Como a eficiência na utilização dos recursos exige uma pré-condição de eficiência tecnológica, torna-se claro que para se obter eficiência na utilização de recursos é fundamental a presença de qualidade interna na organização dos serviços. Quando se fala de qualidade interna, está-se falando de eficiência. Esse tem sido o grande desafio do gerenciamento do Programa Home Care VW, para fazer jus à Política de Atenção à Saúde da empresa, que, conforme já comentado neste estudo, se baseia na adequação quantitativa e qualitativa de seus recursos de saúde, satisfação de seus usuários, racionalização de recursos e a opção pela implementação de programas eficientes de saúde entre eles o Home Care.

5.0 – Comentários sobre os Resultados

- **Programa Home Care VW e os resultados da entrevista com os gerentes**

No contexto apresentado pelos gerentes de Serviços de Assistência Domiciliar, o Programa Home Care da Volkswagen, posiciona-se como uma iniciativa pioneira no Setor Privado – Autogestão. As razões para sua criação coincidem com as citadas pelos entrevistados, com destaque para racionalização de gastos hospitalares e obtenção de satisfação de seus usuários (funcionários e dependentes usuários do Plano Médico VW). Apresenta contrato com duas empresas de Assistência Domiciliar que são responsáveis pela operacionalização da assistência enquanto a equipe de Coordenação da Volkswagen gerencia o fluxo de indicação, auditoria de estrutura, processo e resultados. No protocolo do Programa o médico auditor é responsável pela captação de pacientes nos Hospitais credenciados pelo Plano Médico VW, e é o médico também o profissional indicado para o gerenciamento do caso.

A distribuição dos pacientes quanto à faixa etária, morbidade e causas de mortalidade segue o padrão apresentado pelos entrevistados. Semelhante ao que ocorre com a maioria dos Serviços de Assistência Domiciliar o tempo médio de permanência de pacientes com quadros crônicos no Programa é maior do que 60 dias e de agudos, abaixo de 30 dias.

Os valores e parâmetros para cobrança dos serviços prestados são estabelecidos em contrato, não havendo a necessidade de elaboração de orçamentos para aprovação prévia para cada novo paciente admitido no Programa. Pelo fato de o Programa Home Care ser operacionalizado por empresas contratadas, não são detectadas grande parte das dificuldades citadas pelos entrevistados.

Entre os principais indicadores estão: reinternações hospitalares, tempo médio de permanência, melhora clínica e superação de déficits, racionalização de

recursos – gasto evitado e satisfação do paciente/família. O Serviço também passa pelo processo de informatização e ainda não se encontra no estágio tão avançado conforme informações dos entrevistados deste estudo.

Os principais focos do Programa Home Care VW são Humanização do Atendimento, conforto para pacientes e familiares e redução de gastos. A coordenação do Programa entende que a modalidade precisa evoluir em termos de maior rigor na indicação, admissão, permanência e alta, monitoramento de resultados, indicadores específicos de avaliação, e criação de novos Programas para atender às demandas de seus usuários.

As perspectivas dos Programas de Assistência Domiciliar na Volkswagen são positivas, uma vez que, com a comprovação de seus resultados, consegue o reconhecimento dos dirigentes da Companhia e incentivo para a expansão de novas iniciativas na área.

Entre os desafios atuais para o Programa está o desenvolvimento e incorporação de novos indicadores de avaliação de qualidade e quantidade, redução ainda mais significativa do tempo de permanência, desenvolvimento de mecanismos mais apurados para o monitoramento e demonstração da racionalização dos gastos e procura do alcance cada vez maior da satisfação de seus usuários. A regulamentação da modalidade também é considerada uma medida de fundamental importância para a melhoria e fortalecimento da modalidade como um todo no Brasil.

- **Evolução Clínica, Tempo de Permanência e Reinternações Hospitalares.**

Nesse estudo, o paciente classificado como caso agudo, geralmente é egresso de uma internação hospitalar de permanência menor do que 10 dias, apresenta-se consciente, orientado, fala sem dificuldade, bem humorado ou pelo menos não deprimido ou agressivo, portador de déficits motores leves ou moderados, dificuldade inicial para deambular ou deambulando com pouca ajuda, bem nutridos, alimentando-se sozinhos, com necessidade de ajuda para o banho de chuveiro, com controle total de diurese e fezes, recebendo parte da medicação por via oral e outros itens via endovenosa e/ou intramuscular, utilizando equipamentos simples como suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica ou andador, eupnéicos, uso reduzido ou ausente de oxigênio, com permanência de enfermagem nos primeiros dias da internação domiciliar para administração das medicações e realização de procedimentos específicos.

No geral são pacientes em fase de pós-operatórios de cirurgias de médio e grande portes ou portadores de quadros clínicos como o de Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos recentes, Pneumonias ou descompensações de Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, descompensações do Diabetes Mellitus, crianças prematuras, vítimas de traumas, com fraturas com necessidade de imobilizações, entre outros quadros.

Para essas condições, o Programa Home Care VW oferece uma estrutura mais complexa nos primeiros dias de Internação Domiciliar e a equipe multiprofissional é ampliada. Com a evolução clínica favorável, superação dos déficits iniciais e o aprendizado gradativo do autocuidado e independência para o auxílio de familiares, essa estrutura gradativamente é reduzida e o paciente recebe alta para a continuidade da assistência na rede ambulatorial credenciada. Poucos pacientes com esse perfil são admitidos nos Programas de Monitoramento e/ou Suporte.

No extremo das condições de dependência de cuidados: pacientes com diagnósticos pertencentes a mais de dois Capítulos da CID-10, ou seja, pacientes que apresentam cardiopatias, déficits neuromotores em função de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, diabéticos com manifestações de evolução da doença, doença pulmonar obstrutiva crônica, lesões de pele, entre outros diagnósticos e alterações. Esses pacientes já apresentaram várias internações hospitalares no espaço de 1 ano e permaneceram por longos períodos internados. Apresentam manifestações evidentes de confusão mental e/ou coma vigil, dificuldade ou ausência de fala, humor lábil, depressão, agressividade, coma, déficits motores parciais ou generalizados, são acamados, ou com locomoção prejudicada, têm comprometimento nutricional, usam sondas para alimentação, necessitam de banho no leito, a diurese ocorre por meio de sonda ou uso de fraldas, alguns possuem colostomias, outros utilizam fraldas para a eliminação de fezes, possuem lesões de pele, suas medicações são administradas por via endovenosa e/ou intramuscular. Em muitos casos ocorre a dependência extrema de equipamentos, de oxigênio e da presença continuada de enfermagem.

- **Tempo de permanência em Assistência Domiciliar**

Dos 64 pacientes admitidos no Programa Home Care VW no período desse estudo, 27 receberam alta até 31/03/03, com tempo médio de permanência de 24,6 dias, 12 receberam alta até 30/06/03, com tempo médio de permanência de 110 dias de internação domiciliar, 6 evoluíram para óbito e 19 continuaram estáveis e dependentes de cuidados técnicos domiciliares após 30/06/03.

- **Reinternação Hospitalar durante o período de Assistência Domiciliar**

Conforme já salientado dos 64 pacientes estudados, 63 foram responsáveis por 106 internações/reinternações hospitalares no período de 1 ano antes de serem admitidos no Programa, com tempo total de permanência hospitalar de 1.439 dias.

Dos 64 pacientes admitidos no Programa, 8 (12,5%) apresentaram 13 reinternações hospitalares, com permanência total de 156 dias e tempo médio de 12 dias de permanência. Embora o período de observação desse estudo seja apenas de 6 meses e os dados anteriores correspondam ao período de 1 ano, podemos verificar uma tendência significativa de queda no número de reinternações (88%) dos pacientes estudados. Essa observação está de acordo com as estatísticas gerais do Programa que demonstram, desde o seu início em dezembro de 1994 até dezembro de 2003, 87% de redução do número de reinternações hospitalares no total de pacientes que receberam Assistência Domiciliar.

Considerando que entre os critérios para alta da internação domiciliar está o alcance da estabilidade/controlado clínico e o maior grau de independência possível por parte de pacientes e familiares em relação aos cuidados, podemos interpretar que entre os pacientes que receberam alta constavam portadores de múltiplos diagnósticos, que haviam apresentado tempo de permanência hospitalar prolongado, presença de déficits parciais ou generalizados, dificuldade para deambulação, uso de sondas, que receberam medicações endovenosas e/ou intramusculares e que conseguiram tornar-se independentes de equipamentos e da permanência da enfermagem em seus domicílios.

Dos 64 pacientes estudados, até 30/06/2003, 39 (61,0%) apresentou evolução clínica favorável, independência de cuidados técnicos e receberam alta do

Programa, 6 (9,4%) evoluíram para óbito e 19 (29,6%) permaneceram clinicamente estáveis, porém ainda dependentes de cuidados técnicos e da estrutura do Programa Home Care VW por tempo prolongado. RUTSTEIN et al. (1987), considera que qualidade dos cuidados pode ser definida como “o máximo que se pode esperar ao melhorar o estado de saúde de um indivíduo, dentro dos limites dos conhecimentos atuais e da capacidade do cliente em melhorar sua saúde, dentro desses mesmos limites”.

Não dispomos de parâmetros de outros Serviços semelhantes para compararmos tais resultados, mas no dia-a-dia do gerenciamento do Programa Home Care VW, observa-se através das visitas domiciliares, análise de dados, dos telefonemas e e-mails de agradecimento por parte de pacientes e familiares, entre outras situações, um alto grau de entusiasmo com os resultados alcançados pelo Programa. Essa satisfação pôde ser checada também através da pesquisa realizada neste estudo com os pacientes e familiares que receberam ou ainda recebem as ações do Programa Home Care VW.

Para DONABEDIAN (1982, 1985 e 1986b): “A noção de qualidade envolve dois componentes básicos: definição de saúde e de mudanças no estado de saúde e especificação do cuidado médico associado a qualquer resultado obtido no estado de saúde. A definição de qualidade envolve outros dois aspectos: um que visa o lado técnico do cuidado e outro que envolve fatores da relação interpessoal entre o cliente e o provedor do cuidado, conforto do cuidado e os princípios éticos que governam a conduta dos assuntos gerais e, em particular, do cuidado à saúde. Numa definição mais sistêmica, a qualidade englobaria outras características como as relativas aos profissionais, por exemplo, recrutamento, formação profissional, especialização, aprimoramento, educação continuada, entre outros”.

Os resultados demonstram indiretamente a qualidade do serviço, pois apenas permitem uma inferência sobre a qualidade do cuidado, ou seja, se o cuidado foi bom. Mesmo assim, não se pode afirmar que o mesmo foi de elevada qualidade. Por exemplo, se o paciente morreu, não se pode dizer que o atendimento foi de má qualidade (DONABEDIAN 1992), mas sim evolução natural da doença devido à gravidade ou ao estágio de desenvolvimento.

Além disso, o resultado dependerá de o cliente assumir a responsabilidade pelo autocuidado e, concomitantemente, pelo tratamento, bem como sua cooperação com os profissionais de saúde (DONABEDIAN 1985).

Segundo o mesmo autor, o resultado é o aspecto mais importante dos três elementos a serem considerados na avaliação do cuidado, e não se trata apenas de uma medida de saúde, bem-estar ou qualquer outro estado, mas sim de uma mudança no estado atual e futuro de saúde do indivíduo que pode ser atribuída ao cuidado anterior.

- **Pesquisa de Satisfação - Programa Home Care VW:**

RAMÍREZ-SÁNCHEZ et al. (1998), consideram “o usuário como ponto de partida para obtenção de um conjunto de conceitos e atitudes relacionados à atenção recebida, com os quais se adquirem informações que beneficiam a organização dos serviços de saúde e os próprios usuários ao serem atendidas as suas necessidades e perspectivas. Este método representa uma das formas mais rápidas para avaliar os aspectos da qualidade dos serviços e oferece benefícios a um custo relativamente baixo”.

Para BERWICK (1994): “A qualidade da assistência nos serviços de saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos

clientes. É para eles que devem ser dirigidas as estratégias na busca da qualidade. Os clientes devem ser ouvidos acerca da avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde, como também a respeito do impacto dos processos de tratamento sobre a saúde”.

Os resultados desse estudo demonstram que 95% dos 60 entrevistados se sentem-se satisfeitos e seguros em relação à assistência recebida pelo Programa Home Care VW e 100% recomendariam a Assistência Domiciliar.

Entre os pontos específicos que não geraram satisfação aos entrevistados estão: explicações iniciais sobre o Programa (16,7%); não foram recebidos pelos profissionais da equipe da assistência na chegada ao domicílio após a alta hospitalar (3%), atrasos na entrega de itens prescritos (16,7%), insegurança com o desempenho dos profissionais (1,7%), ausência de informações/treinamentos específicos por parte dos profissionais (40%) e demora no atendimento de urgência/emergência (15,0% de 40 entrevistados).

Segundo DONABEDIAN (1991), “quando o cliente diz se está satisfeito ou insatisfeito com o cuidado recebido, ele está passando um julgamento sobre a qualidade do cuidado. Sabe-se, no entanto, que o julgamento do cliente é fortemente influenciado pelas relações interpessoais e, em menor grau, pelos aspectos relacionados ao seu conforto, caracterizados pela hotelaria dos serviços de saúde. A importância dada a esses aspectos também está relacionada a aspectos sócio-econômicos do indivíduo, ou seja, à sua classe social. Apesar dessas incertezas, a opinião do cliente é muito importante para monitorar a qualidade, especialmente se for desejável obter informações sobre a aceitabilidade da interação paciente-profissional e sobre as questões que envolvem o conforto do cliente. O que é feito com a informação e que medidas de intervenção gerarão, é algo pouco conhecido”.

Na opinião dos 60 entrevistados sobre o desempenho dos profissionais envolvidos na assistência domiciliar, a atuação do médico foi considerada insatisfatória por 2 informantes, do enfermeiro regular por 2 e insatisfatório por 3 informantes, auxiliar/técnico de enfermagem e nutricionista foi considerada regular por 1 e insatisfatório por 2 informantes.

FORTES (1998) afirma que: “A exacerbada especialização e tecnificação do trabalho de assistência à saúde acaba num progressivo afastamento do profissional de saúde de seus pacientes, tornando a relação entre eles cada vez mais distante, impessoal e despersonalizada”

Uma das características que é encarada como fator diferencial qualitativo da assistência domiciliar, quando comparada com outras modalidades de atenção à saúde, é a maior proximidade dos profissionais de saúde com seus pacientes e familiares, com conseqüente maior humanização e adequação do atendimento.

Essa relação vem amadurecendo ao longo dos anos em que a assistência domiciliar vem sendo praticada no Brasil. Diante de uma nova prática para os profissionais de saúde, a postura e a forma de aplicar os conhecimentos longe da instituição e dentro do espaço do paciente vem sendo construída paulatinamente.

BERTAKIS et al. (1991), em seu estudo sobre comunicação médico-paciente e satisfação dos clientes, observaram que, durante a visita médica, quando a conversa inclui tópicos psicossociais, os pacientes apresentam-se muito mais satisfeitos do que quando a visita se restringe à troca de informações biomédicas. O ambiente domiciliar propicia maior proximidade entre profissionais e pacientes/familiares, proporcionando conversas mais informais sobre aspectos técnicos do atendimento e outros aspectos do cotidiano.

GROSS et al. (1998) também constataram que o tempo de duração da consulta e um pouco de conversa informal com o paciente sobre assuntos triviais são fatores que interferem positivamente na satisfação do paciente com o atendimento. No ambiente domiciliar/familiar essa postura é inevitável.

TURRINI (2001) cita (BULLER Mary e BULLER David 1987) para afirmar que: “Um dos importantes aspectos da satisfação está na comunicação entre o médico e o paciente e o seu estilo predomina sobre a qualidade técnica no transcorrer da consulta. O estilo de comunicação pode ser afetivo ou de controle. Quando afetivo, o médico mostra interesse, amizade, desejo de ajudar, simpatia, humor e calor humano, o que não acontece no controle, em que o médico adota postura de autoridade, status e poder diante do paciente”.

ROSENTHAL e SHANNON (1997), numa revisão de literatura, encontraram diversos estudos que identificaram fortes associações da satisfação com a habilidade de comunicação do médico, fornecimento de informações sobre as intervenções terapêuticas e o tempo despendido na educação do paciente.

Na Assistência Domiciliar, a postura profissional esperada é a de firmeza técnica, porém com o diálogo e maior aproximação do universo dos pacientes e familiares. Na assistência domiciliar, em nossa experiência, o estilo técnico-afetivo é o que predomina.

TURRINI (2001) refere-se a SALIMBENE (1999), para afirmar que: “A cultura do paciente (que inclui crenças e práticas sobre a saúde/doença) e o grau de aculturação irão determinar o que constitui delicadeza, atenção e outras expectativas sobre o tratamento, medicação e serviços. Portanto, os critérios utilizados pelos clientes para avaliar um serviço ou atendimento serão distintos”.

LOHR (1988), afirma que “o processo de cuidado engloba a competência técnica do provedor e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação provedor-paciente. A competência técnica envolve conhecimentos, habilidades, julgamento e, essencialmente, a “ciência” do cuidado à saúde. A dimensão humana do cuidado é a “arte” do cuidado, enfatiza integridade e compaixão por parte de quem dá o cuidado, assim como um respeito mútuo entre o médico e o paciente pela dignidade de ambas as partes”.

FITZPATRICK (1991) considera “A satisfação com o cuidado tem grande importância para determinar se o indivíduo procura orientação médica, adere ao tratamento e mantém contato constante com o provedor do cuidado. Portanto, a satisfação do cliente pode ser usada para prever se ele seguirá as recomendações dadas, se retornará para dar continuidade ao tratamento e se mudará de serviço de saúde”.

LINDER-PELZ (1982), define satisfação como:

“Múltiplas avaliações de diferentes aspectos do cuidado da saúde, os quais são determinados pelas percepções e atitudes individuais, bem como pelos processos de comparação. Nessa definição, identificaram-se cinco variáveis sócio-psicológicas como prováveis determinantes da satisfação com o cuidado da saúde: (1) ocorrência: evento que se caracterizará pela percepção do indivíduo; (2) valor: avaliação, em termos de bom ou ruim, de um atributo ou aspecto do cuidado; (3) expectativa: esperança fundada na probabilidade de certos atributos estarem associados com o evento ou o objeto e o provável resultado desta associação; (4) comparações interpessoais: comparação do encontro atual com todos os outros vivenciados pelo paciente ou relatados por conhecidos e (5) intitulação: crença que o

indivíduo possui de que tem o direito de procurar ou clamar por um determinado resultado”.

A avaliação da infra-estrutura, processo e resultados da Assistência Domiciliar realizada pelos pacientes beneficiados por essa modalidade de atenção são informações muito importantes, que devem ser coletadas e analisadas de maneira sistemática e aprofundada, com o objetivo de rever a consistência do trabalho, a postura dos profissionais, o fluxo e agenda de cuidados, o quanto é possível avançar e o quanto retroceder ou rever diante de algumas posturas e condutas.

- **Pesquisa de Gastos Hospitalares, Domiciliares e Familiares.**

Quanto ao estudo de gastos hospitalares, domiciliares e familiares, pode-se demonstrar diferenças significativas entre os valores das diárias hospitalar e domiciliar, reforçando o aspecto de redução de gastos da Assistência Domiciliar em relação à Hospitalar.

O gasto médio/dia informado pela família, apesar de reduzido comparado com o da internação hospitalar e domiciliar, pode ser considerável dependendo do referencial da renda familiar.

Em linhas gerais, o gasto total evitado para a fonte pagadora com os 64 pacientes em assistência domiciliar foi 69,9% menor do que se os pacientes tivessem permanecido o mesmo período de tempo em Internação hospitalar, no entanto há necessidade de estudo e instrumento específico para maior sensibilidade nesta relação.

Tendo em vista o que se propaga na sociedade e nos diferentes meios dos serviços de saúde, as constatações deste estudo de que a Assistência Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde coberta de benefícios, as fontes pagadoras destes serviços sentem-se compelidos a oferecê-lo e os usuários ou beneficiários a aceitá-lo ou reivindicá-lo. No entanto, se o comprador dos serviços não tiver

conhecimento do que está comprando ou se o que está sendo oferecido não está sendo realmente necessário, fica muito difícil avaliar se o produto é bom ou ruim. Por outro lado, se o usuário também não estiver plenamente esclarecido sobre o que consiste a Assistência Domiciliar, quais são os seus direitos e deveres, pode ocorrer uma relação bastante equivocada.

- **Referencial Teórico para Avaliação da Assistência Domiciliar**

Considerando o referencial teórico de Donabedian, citado neste estudo, no que diz respeito ao conceito de **domínio técnico** o Programa de Assistência Domiciliar da Volkswagen, através das informações obtidas no estudo de caso busca maximizar benefícios sem aumentar riscos ou gastos, uma vez que é praticado como estratégia de melhoria de atendimento e racionalização de recursos; no **domínio interpessoal**, que envolve aspectos éticos e morais, expectativas, aspirações e valores culturais, o Programa tem como proposta a humanização do atendimento e o fortalecimento do vínculo entre equipe multiprofissional e pacientes/familiares, objetivos que vêm sendo alcançados, pelo que pode se depreender na pesquisa de satisfação de seus usuários; e no **domínio das chamadas amenidades**, condições objetivas em que o cuidado de saúde ocorre, o Programa tem conseguido promover adequações e melhorias no ambiente físico, psíquico e social dos pacientes/família para o alcance dos resultados qualitativos alcançados.

A aplicação dos Sete Pilares da Qualidade para a avaliação dos Serviços de Assistência Domiciliar poderia ser assim esquematizada:

1 – **Eficácia**: o Serviço elabora o Plano de Atenção Domiciliar de maneira personalizada e desenvolve todas as ações propostas alcançando melhoria nas condições de saúde de seus pacientes.

2 – **Efetividade:** O Serviço oferece assistência compatível com as necessidades do paciente e o ajuda a superar déficits e/ou alcançar o maior grau de autonomia possível dentro de suas condições.

3 – **Eficiência:** Os pacientes evoluem para a estabilidade clínica, ausência de complicações, independência de cuidados técnicos, alto grau de satisfação, ausência de reinternações hospitalares e os custos domiciliares são menores do que os hospitalares.

4 – **Otimização:** A assistência domiciliar conta com equipe multiprofissional e a colaboração do paciente/familiares que auxiliam e aprendem os cuidados, princípios da autonomia e formas de racionalização de recursos.

5– **Aceitabilidade:** a oferta de atenção no domicílio é personalizada e toda a estrutura e processo de trabalho acordados (parâmetros técnicos, culturais, humanitários, sociais, psicológicos, econômicos) entre profissionais, pacientes, familiares e fonte pagadora.

6 – **Legitimidade:** a oferta de assistência domiciliar através de planos de atenção específicos deve guardar conformidade com as regras do Serviço, da fonte pagadora, do grau de necessidade do paciente/família e aprovação de todas as partes envolvidas no processo.

7 – **Equidade:** o Serviço tem clareza de sua estrutura e dos critérios para admissão, permanência e alta e os utiliza sem prejuízo de cobertura para os demais casos que se enquadram nos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos para assistência domiciliar.

Ainda no referencial teórico de DONABEDIAN analisado por MALIK (1996) para a análise dos elementos pertencentes à estrutura, ao processo e aos

resultados nos domínios técnico, interpessoal e de disponibilidade de amenidades, quando aplicados no Programa Home Care Volkswagen, pode-se concluir:

- Do **ponto de vista técnico**, o Serviço dispõe de tecnologia compatível para a oferta da Visita à Internação Domiciliar (**estrutura**), desenvolve o Plano de Atenção e apresenta condições de investigação diagnóstica no domicílio – RX, Eletrocardiograma, Coleta de exames etc. (**processo**) e os pacientes admitidos no Serviço apresentam evolução clínica compatível com o prognóstico, redução de reinternações hospitalares, superação de déficits, aprendizado para o autocuidado, etc. (**resultado**).
- Sob a **ótica interpessoal**, o Serviço promove adaptação de tecnologias hospitalares para o domicílio – administração de quimioterapia, realização de hemodiálise, nutrição parenteral, ventilação mecânica, entre outros. (**estrutura**), conta com atuação multiprofissional e participação do paciente/família nos cuidados (**processo**); documenta a satisfação dos pacientes e das famílias, readmissões após reinternações hospitalares e monitoramento pós-alta (**resultado**).

Quanto à **disponibilidade de amenidades**, o Serviço possui entre os critérios para admissão a facilidade de acesso geográfico, condições físicas e de higiene do domicílio, segurança do local para a atuação da equipe multiprofissional e para a assistência ao paciente (**estrutura**); Agilização do processo de captação, avaliação e admissão dos pacientes para Assistência Domiciliar – equipe específica (**processo**) e alcance de alto grau de satisfação dos pacientes e das famílias (**resultado**).

6.0 – Considerações Finais

Como demonstrado neste estudo, a Assistência Domiciliar, praticada desde a antigüidade em diferentes locais do planeta, no Brasil evolui de maneira sistematizada e assume papel/consistência de modalidade institucionalizada de atenção à saúde há pouco mais de uma década.

O desenvolvimento de Programas de Assistência Domiciliar pelos Serviços Públicos e Privados, a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, a proposta recente de regulamentação sobre o funcionamento dos Serviços de Assistência Domiciliar da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, remetem a modalidade para níveis mais elevados de profissionalização, dentro do Modelo de Atenção à Saúde vigente no Brasil.

Das ações básicas do Programa de Saúde da Família – PSF, do Ministério da Saúde, à oferta de Ventilação Mecânica Invasiva Domiciliar, pelas grandes Empresas de Home Care, o comum é a busca pela ampliação e diversificação de serviços para atender diferentes demandas públicas e privadas de atenção à saúde e racionalização de gastos assistenciais.

Apesar de o PSF ainda não contemplar a oferta sistematizada de Assistência Domiciliar em escala nacional, nas modalidades de Atendimento e Internação Domiciliar, esta discussão vem sendo realizada nos âmbitos do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e de Organizações da Sociedade Civil, que reconhecem a necessidade de estruturação de propostas para uma ampliação quantitativa e qualitativa das ações do Programa.

Com a implementação do PSF no município de São Paulo, com todo o seu potencial estratégico de reorganização do Modelo de Atenção à Saúde Pública, o estabelecimento da rede assistencial nos diferentes níveis de atenção, através do acerto de referências e contra-referências, no âmbito das Subprefeituras e

Coordenadorias de Saúde, o desenvolvimento e oferta das diferentes modalidades de Assistência Domiciliar poderão ser uma opção bastante factível.

O grau de importância, que os gerentes das Instituições do município de São Paulo dão à Assistência Domiciliar, como modalidade de atenção à saúde, é máximo, por todas as considerações apresentadas nesse estudo, e, principalmente, pelo fato de terem optado pela oferta de Serviços nessa área, numa fase com poucos modelos a seguir, com um suporte tecnológico de recursos humanos em formação, tendo que negociar e gerenciar todo um processo assistencial descentralizado em um município com as características demográficas de São Paulo, e, ainda oferecer segurança total de atenção para pacientes com quadros clínicos cada vez mais complexos e dependentes de tecnologias cada vez mais sofisticadas.

Os entrevistados, apesar das manifestações de otimismo quanto às perspectivas da Assistência Domiciliar no Brasil, ressaltam que na área pública o setor carece de maior investimento e “vontade política” para a ampliação de atividades e na área privada há falta de regras para a “venda” de seus produtos. Em um setor em formação, e, com muitos Serviços lutando pela mesma fonte pagadora, sobra pouca margem de manobra inicial para comprovar o custo da qualidade. Muitos precisam investir na oferta de serviços para terem tempo de serem percebidos pelas diferenças e ganharem maior poder de negociação.

O mercado brasileiro da Assistência Domiciliar passa por um estágio de acomodação, ou seleção natural, e, pelas diferentes razões apresentadas, muitos Serviços que se organizaram na última década para atuar na área não conseguiram sustentabilidade técnica, política, administrativa, ou não conseguiram colher os resultados que esperavam, a curto ou médio prazo, e acabaram se retirando da prestação de serviços.

Atualmente, as empresas bem sucedidas no mercado da Assistência Domiciliar são aquelas que não engessaram suas propostas de oferta de serviços, e, pelo contrário, instrumentalizaram-se para proceder à leitura das necessidades de cada cliente e oferecer serviços diferenciados, parciais ou totais de forma a satisfazer os anseios, possibilidades e conseguir adaptação às diferentes demandas de compradores de serviços.

A proposta de aprofundar o enfoque da avaliação da Assistência Domiciliar através do estudo de caso de um serviço específico, o Programa de Assistência Domiciliar da Volkswagen, propiciou condições de entender melhor a estruturação de um Serviço, o perfil de elegibilidade de seus pacientes, o alcance da tecnologia para cuidados de portadores de quadros clínicos complexos e alto grau de dependência de cuidados especializados e tudo que pode ser oferecido no domicílio por equipe multiprofissional, tecnologia compatível e participação de pacientes e familiares nos cuidados.

Considerando o perfil de morbidade dos pacientes elegíveis para admissão no Programa Home Care VW, na modalidade de Internação Domiciliar, e os critérios seguros de alta, o estudo demonstrou, com exceção dos casos previstos de óbitos, a evolução clínica favorável com a alta para o acompanhamento ambulatorial e a estabilidade clínica compatível com a continuidade dos cuidados técnicos domiciliares. Outro resultado evidenciado no estudo é a redução significativa de reinternações hospitalares.

Os resultados da pesquisa de satisfação dos usuários do Programa Home Care VW, demonstram que 95% dos entrevistados sentem-se satisfeitos e seguros em relação à assistência recebida e 100% recomendariam o Serviço.

As principais vantagens do Programa Home Care VW na ótica dos entrevistados foram: segurança, conforto, personalização do atendimento e oferta de estrutura. A perda da privacidade, alta rotatividade de profissionais,

principalmente da área da enfermagem e a demora no atendimento de urgência/emergência foram os pontos críticos apontados para a melhoria do Serviço.

Os gastos hospitalares, domiciliares e familiares estudados são expressivos para demonstrar o montante geral economizado pela fonte pagadora e a incorporação das despesas familiares pelos entrevistados como algo não tão expressivo e fazendo parte do que consideram ser de sua responsabilidade. Em grande parte dos discursos registrados neste estudo, observa-se que o gasto familiar é minimizado em função da satisfação e do reconhecimento dos benefícios recebidos do Programa.

Os valores levantados ganham maior representatividade em função dos mecanismos de controle do Programa, que segue critérios claros de indicação, admissão, permanência e alta, evitando dessa forma equívocos de interpretação de que o tempo de Assistência Domiciliar poderia ser desnecessário, assim como seus gastos, e o paciente poderia ter permanecido tempo menor no hospital e ter recebido alta sem necessidade de ter sido admitido no Programa.

Em linhas gerais, o gasto total evitado para a fonte pagadora com os 64 pacientes em assistência domiciliar foi de 69,9% menor do que se os pacientes tivessem permanecido o mesmo período de tempo em Internação Hospitalar, no entanto há necessidade de estudo e instrumento específico para maior sensibilidade nesta relação.

Os pilares de sustentação da Política de Atenção à Saúde da Volkswagen do Brasil, que conta com um Plano Médico de Autogestão, são os seguintes: adequação da oferta de serviços de saúde em quantidade e qualidade, oferta de programas de saúde, satisfação dos usuários (funcionários e seus dependentes) e racionalização de recursos. As informações obtidas nesse estudo, através do Programa Home Care VW, denotam evidências da qualidade assistencial, com

resultados positivos de evolução clínica, satisfação expressa sobre a atenção recebida e racionalização de gastos.

Como a eficiência na utilização dos recursos, exige uma pré-condição de eficiência tecnológica, é fundamental a presença de qualidade interna na organização dos serviços. Quando se fala de qualidade interna está se falando de eficiência. Este tem sido o grande desafio do gerenciamento do Programa Home Care VW, ou seja, fazer jus à Política de Atenção à Saúde da empresa.

Tendo em vista o que se propaga na sociedade, e, nos diferentes meios dos serviços de saúde, as constatações deste estudo de que a Assistência Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde coberta de benefícios, os compradores desses serviços sentem-se compelidos a oferecê-lo e os usuários ou beneficiários a aceitá-los ou reivindicá-los. No entanto, se o comprador dos serviços não tiver conhecimento do que está comprando ou se o que está sendo oferecido não está sendo realmente necessário, fica muito difícil avaliar se o produto é bom ou ruim. Por outro lado, se o usuário também não estiver plenamente esclarecido sobre o que consiste a Assistência Domiciliar, quais são os seus direitos e deveres, pode ocorrer uma relação bastante equivocada.

Apesar de ser recente como modalidade formal de Atenção à Saúde, a Assistência Domiciliar está avançando de maneira considerável como estratégia complementar e instrumento de racionalização de recursos e melhoria da qualidade da atenção, beneficiando pacientes, familiares e fontes pagadoras públicas e privadas, quando bem indicada e operacionalizada dentro de parâmetros técnicos, sociais, administrativos e econômicos.

Diante das peculiaridades descritas neste estudo, com destaque para o papel que vem sendo dado a Assistência Domiciliar como ferramenta de gestão, estratégia para a melhoria da qualidade assistencial e de racionalização de recursos, a construção de indicadores sensíveis para a avaliação do processo

assistencial e desempenho do serviço, entre outros, é fundamental para a obtenção de informações para o planejamento, implementação de ações e consolidação profissional dessa modalidade de atenção.

7.0 . Referências Bibliográficas

Adami NP. **Acesso, utilização e aceitação dos Serviços de Dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos.** São Paulo; 1990. [Tese de Livre Docência. Escola Paulista de Medicina. São Paulo].

Aiken LH. Nursing priorities for the 1980's: Hospitals and Nursing Homes. **Am.J. Nurs.** 1981; 81(2): 324-330.

Aires JC, Venuto A, Batista CCV. O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação. **Rev Adm Pública.** 1996; 30(3):5-18.

Alan IF. Outcome of home care for technology dependent children: success of an Independent community based case management model. **Pediatric Pulmonology.** 1991; (5)11: 310-317.

Ali ES, Mahmoud EA. A study of patient satisfaction with primary health care services in Saudit Arabia. **J Community Health.** 1993; 18(1): 49-54.

Althouse HL. How OSHA affects Hospitals and Nursing Homes. **Am. J. Nurs.** 1975; 75(3): 405-8.

Andreoni S, Silva SH, Fernandes RAQ. Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. HU-USP.** 1994; (4) 1/2: 77-85.

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – **Resolução referente a Regulamento Técnico contendo as Normas de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar** – Consulta Pública – N 81 – DOU – 14/10/2003 – prazo de 150 dias – (www.anvisa.gov.br/consultapublica).

Araújo MRN, Sampaio LC, Carneiro MLM, Sena RR. Saúde da Família: Cuidado no Domicílio. **Rev Bras Enferm – Saúde da Família**. Brasília. 2000; 53(n.especial): 117-122.

Augusto I, Franco LHRO. Aspectos Históricos da Assistência de Enfermagem Domiciliar. **LAES/HAES**. 1980; 1(5):50-52.

Barros SMO, Marin HF, Miyazawa NS, Cozzupoli CA . Cuidados domiciliares ao paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enfermagem**. 1989; 2(1):30-2.

Bear M, Bower SC. Using a nursing framework to measure client satisfaction at a nurse-managed clinic. **Public Health Nurs** 1998; 15(1):50-9.

Bem-Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: a revised approach to social interaction theory. J Health Soc Behav 1976; 17(3):3-11.

Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. **J Fam Pract** 1991; 32(2): 175-81.

Berwick DM. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books; 1994.

Boehs, AE, Patrício, ZM. O que é este “cuidar/cuidado”? : uma abordagem inicial. **Rev Escola Enfermagem USP**. 1990; 24(1):111-116.

Boff L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

Braz MG. **Indicadores de Qualidade na Assistência Domiciliar – Uma proposta de Indicadores de Qualidade e Desempenho.** Monografia – Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 2000.

Brochero A.E. Um modelo alternativo de cuidado de salud para la población anciana en Argentina: program de cuidados de salud domiciliarios. **Rev Argent Enferm.** 1992; 30: 48-53.

Buller KM, Buller BD. Physicians communication style and patient satisfaction. **J Health Soc Behav** 1987; 28(4):375-88.

Cabral IE. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebe: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem.** Rio de Janeiro; 1997. [Tese de Doutorado em Enfermagem - UFRJ/EEAN].

Caldas CP. Org. **A Saúde do Idoso: a Arte de Cuidar.** Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

Carletti SMM, Rejani MI. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In: Papaléo NM. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu; 1996.

Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. **J Public Health Med** 1992; 14(3):236-49.

Carvalho VL, Pereira EM. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos: desafios e avanços. **Rev Bras Enfermagem** 2001; 54(1): 7-17.

Clark MJD. **Community Nursing Health Care for Today and Tomorrow.** USA: Seston Publishing Company, Inc.; 1984.

Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry** 1988; 25(1):25-36.

Colliere, MF. Invisible care and invisible women as health care providers. **International Journal of Nursing Studies** 1986; (23)2: 95-112.

Conselho Federal de Medicina – CFM – Resolução n 1.668/2003 – **Dispõe sobre normas técnicas necessárias à Assistência Domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência** – Brasília – DF, 7 de maio de 2003.

Coulter PP. The Nurse in the Public Health Program. **Van Rees Press**, USA; 1954.

Costa J. Visitação domiciliária – base para o ensino de enfermagem na comunidade. **Enf. Nov. Dimen** 1977; 3(2): 78-82.

Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Lopis González A. et al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Rev Panam Salud Publica** 2001; (10)1.

Cruz LP. **Assistência domiciliar: Estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – FGV/EAESP].

Cunha CS, Vasconcelos MPC, Barboza R. **Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT): Guia de Procedimentos em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

CUNHA SR. **A enfermeira e a mãe na terapia intensiva: a intermediação dos saberes**. Rio de Janeiro; 1997. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ/EEAN].

Cunha ICKO. **Organização de Serviços de Assistência Domiciliária de Enfermagem**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Dal Ben L.W. **Instrumento para Dimensionar Horas Diárias de Assistência de Enfermagem Residencial**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Debert GG. **A reinvenção da Velhice**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – Fapesp; 1999.

Dever GEA. **A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde**. São Paulo – Pioneira; 1988.

Dias ELF, Wanderley JS, Mendes RT. Orgs. **Orientações para Cuidadores Informais na Assistência Domiciliar**. Campinas – SP: Editora Unicamp; 2002.

DIECKMANN J. **Home Health Administration: An Overview In: Harris, M., D. Handbook of Home Care Administration**. USA : Aspen Publication; 1997.

DiMatteo MR, Hays R. The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. **J Community Health** 1980; 6(1): 18-34.

Dolan JA . **History of Nursing**. USA, W.B: Saunders Company; 1968.

Donabedian A. The definition of Quality: A Conceptual Exploration in **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Vol I The definition of Quality and Approaches to its Assessments, Ann Arbor, MI Health Administration Press, 1980.

Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **Qual Rev Bull** 1986a; 12(3): 99-208.

Donabedian A. Quality Assurance in our health care. **Qual Assur Util Rev** 1986b; 1(1): 6-12.

Donabedian A. **The seven Pillars of Quality** – Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 1990; 114: 1115 – 1118.

Donabedian A. Part II – Reflections on the effectiveness of quality assurance. In: **Palmer RH. Et al. Striving for quality health care: an inquiry into police and practice**. Ann harbor (MI), Health Administration Press, 1991. P. 59-129.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Ver Bull** 1992; 18:356-360.

Donabedian A, Wheeler JRC, Wiaski L. Quality, cost and health: an integrative model. **Med Care** 1982; 20(6): 975-992.

Donabedian A. La calidade de la Atención Médica – Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

Duarte, M.J.R.S. Cuidadores? Por quê e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. **Rev Enf UERJ** 1996; 126-130.

Duarte YAO. Diogo MJD. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

Faria HVM, Pereira MGM. A reabilitação no home care sob a ótica do cliente, da família, do convênio e dos prestadores. **Mundo Saúde** 2001; 25(4):384-388.

Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. **BMJ** 1991; 302(6779):887-8.

FLEMING J. Impact on the family of children who are technology dependent and cared for in the home. **Pediatric Nursing. New York**, 1994; (20)4: 491-498.

Freeman RB. Public Health Nursing Practice. USA. W.B: **Saunders Company**, 3^a ed.;1954.

Freeman RB., Holmes EM. Administración de los servicios de salud publica. México: **Interamericana**; 1962.

Fonseca, RMGS org. **Mulher e cidadania na nova ordem social. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero. São Paulo: NEMGE/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**; 1996.

Fortes PA de C. Ética e Saúde. Questões éticas deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do Paciente. **Estudo de Casos. São Paulo: EPU**, 1998.

Foucault M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.

Gardner MS. Public Health Nursing. New York: **McMillan Co.**, 3th. Ed.; 1936.

Gingerich BS, Ondeck DA. **Home Health Redesign – A Proactive Approach to Managed Care**. USA: AN ASPEN PUBLICATION; 1996.

Gonçalves EL. **As funções do hospital moderno e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira; 1983.

Gordon E. Pioneers of Nursing: the housewife nurse. **Nurs. Mirror** 1977; 144(18):62.

Gray HB., Grunski AB. Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Michigan's approach. **Pediatric Annals**, Michigan; 1997; (26)11: 611-618.

Greenley JR, Schenherr RA. Organization effects on client satisfaction with humaneness of service. **J Health Soc Behav** 1981; 22: 2-18.

Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with the time spent with their physician. **J Fam Pract** 1998; 47(2): 133-7.

Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM et al. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** 1994; 28(2):131-6.

Hartz, Z. M.A. Org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131p.

Havens, B. - **Home care issues and evidence.** Geneva, World Health Organization; 1999.

Havens B. **Home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective : a literature review.** Geneva: World Health Organization; 1999.

Hernández IT, Arenas MLM, Valde R.S. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana / Health care at home setting: social interaction and daily life. **Rev Saúde Pública** 2001; 35(5):443-450.

Hutten JBF, Kerkstra A. **Home Care in Europe – A country-specific guide to its organization and financing**. England: Arena; 1996.

International Conference Program. **Home Care Developments and Innovation**. Jerusalém; 1996.

International Compendium of Home Health Care – 2001 – (www.nahc.org/WHHO/WHHOcomtext.html) [2002 Mar 10].

Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos clientes. **Cad Fundap** 1996; (19):60-78.

Takehashi S. **Enfermagem pediátrica brasileira: produção científica de 1932 a 1995**. São Paulo; 1998 [Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP].

Kalish BJ, Kalish P. **The advance of American Nursing**. 2ª ed. Boston: Little Brown; 1986.

Lee FS. A renewed relationship. (nota do editor) **JAMA** 1994; 271(1):p.78.

Linder-Peltz S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med** 1982; 16(5):577-582.

Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad. Fundap** 1996; (19):7-24.

Malik AM, Schiesari LMC. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade Bol Of Sanit Panam de Saúde Pública; 1998. (Série: Saúde&Cidadania).

Mannes AH, Comitre, M, Brêtas, ACP, Ratto, M.L.R. Contribuição da enfermeira através da visita domiciliária no tratamento do diabético: relato de experiência. **Acta Paul. Enfermagem** 1993; 6(1/4): 3-10.

Marcelino SR, Radunz, V , Erdmann AL. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção? **Texto & Contexto enfermagem** 2000; 9(3): 9-21.

Marrelli TM. Welcome to home care: the health setting of the future. In: Marrelli TM. **Handbook of Health Orientation Mosby**, St. Louis; 1997.

Mazza MMPR. A Visita Domiciliária como Instrumento de Assistência de Saúde. **Revista Bras. Cresc. Des. Hum** 1994; (IV) 2.

Mello JB, Camargo MO. **Qualidade na Saúde – Práticas e Conceitos Normas ISSO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial**. São Paulo, Editora Best Seller; 1998.

Mello C. **A divisão social do trabalho de enfermagem**, São Paulo: Cortez Editora; 1986.

Mendes Jr WV. **Assistência Domiciliar: Uma modalidade de Assistência para o Brasil? Rio de Janeiro; 2000** [Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social].

Mendes PBMT. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hicitec-Abrasco; 1992.

Ministério da Saúde. **Programa Saúde em Casa: uma estratégia de reformulação do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal – Brasília;** 1998.

Ministério da Saúde. **Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) – Guia de Procedimentos em HIV/Aids.** Brasília, 1999.

NATIONAL ASSOCIATION FOR HOME CARE. **BASIC STATISTICS ABOUT HOME CARE** 2001. Disponível em <http://www.nach.org/consomer/hcstats.html/> [2002 abr 10].

Netto MP. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu; 1996.

Nogueira MJC, Serpa da Fonseca RMG. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. **Rev Escola Enfermagem USP** 1977; 11(1):28-50.

Nogueira RP. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** RJ; Qualitymark Ed.; 1994.

Oliveira, FJA de, Berger, CB. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualidade dos serviços. **Mom.& Perspec.Saúde** 1996; (9)2.

Orem DE. **Nursing: concepts of practice.** New York: McGraw-Hill; 1971.

Organização Pan-Americana da Saúde. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial/** Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília;, 2003. 255p.: il.

Okada LM, Feio NHP, Kerr-Corrêa F. Atendimento psiquiátrico domiciliar: vale a pena? **Rev ABP-APAL** 1994; 16(3): 94-8.

Oterino de la Fuente D, Peiró SM, Marchan Rodríguez C et al. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. **Rev Esp Salud Publica** 1998; (72)6.

Paixão W. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio Reis Livraria; 1979.

Parra MT, Moraes AEP, Domansky, RC. Alta Hospitalar: a família e o cuidado no domicílio. **Olho Mágico** – Londrina 2000; 6(22):19-22.

Pedro AD. **Memória do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual**. São Paulo; 1998. [Mimes].

Pilota SF, Vianna SM, Consuelo DV. **Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro – Estudo Delphi** . Brasília: IPEA; 2001.

Pitta AMF. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 3ª ed.;1999.

Prefeitura Municipal de São Paulo – SMS – **Implantando o PSF no Município de São Paulo – Balanço de 20 meses** – agosto/2002 – São Paulo.

Raffy-Pihan N. “**L’hospitalisation à domicile: Un tour d’horizon en Europe, aux Etas-Unis et au Canada**”. Centre de Recherche d’Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES). 1994.

Ramirez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. **Salud Publica Mex** 1998; 40(1):3-12.

Rawlinson HL. Planning Home Care Services. **Hospitals JAHA** 1975; 49(12):66-7, 70-1.

Ribeiro CA. Assistência Domiciliar: uma “nova” modalidade de Atenção à Saúde. **Rev Bras Home Care** 2000; (6)62: 38-42.

Rimed. **Manual do Home Care para Médicos e Enfermeiras**. São Paulo; 1999.

Rodrigues IG, Dellarozza MSG, Cordeiro BR. Estágio Curricular no Sistema de Internação Domiciliar: Ampliando Horizontes. **Olho Mágico** - Londrina – PR. 2000; 6(22): 26-28.

Rodrigues RAP, Diogo MJD. Org. **Como Cuidar dos Idosos**. Campinas, SP: Papirus; 1996.

Romm FJ, Hulka BS. Care process and patient outcome in diabetes mellitus. **Med Care** 1979; 17(7): 748-57.

Rosenthal GE, Shannon SE. The use of patient perceptions in the evaluation of the health care delivery systems. **Med Care** 1997; 35(11sup).

Roubicek J, Salvatore A, Kavka G. et al. Servicio de internación domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas. **Rev Panam Salud Publica** 1999 ; (6)3.

Santana JP. Desenvolvimento gerencial no SUS: demandas e perspectivas. **Rev Espaço Saúde** 1996; 5(5):13.

Segall A, Burnett M. Patient evaluation of physician role performance. **Soc Sci Med** 1980; 14 A:269-78.

Sena RR, Leite JCA., Santos FCO, Gonzaga RL. O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. **Rev Bras Enfermagem** 2000; 53(4): 544-554.

Siméant S. Capacidad resolutive de la demanda de atención morbilidad a nivel primario, Chile, 1981. **Bol Of Sanit Panam** 1984; 97(2):125-141.

Siméant S. Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atención de morbilidad a nível primario (área urbana). **Cuad Med Soc** 1983; 24(4): 156-69.

Silva FD, Cabral I.E. O cuidado de Enfermagem ao egresso da terapia intensiva: Reflexos na produção científica nacional de enfermagem pediátrica na década de 90. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial online], Goiânia, v.3, n.2, jul.-dez. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista> [2002 abr 7]

Simonton SM. **A Família e a Cura**. São Paulo: Summus; 1990.

Sitzia JS, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Soc Sci Med** 1997; 45(12):1829-43.

Sorochan, M. "Home Care in Canada." **Caring Magazine** 1995. Disponível: <http://www.cdnhomecare.on.ca/e-info.htm#ftihc> [2002 ago 2]

Sousa RKT, Scholtz MR. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde do município de Maringá – Paraná. **Saúde em Debate** 1996; (52):35-41.

Starfield B, Powe NR, Weiner JR, Stuart M, Steinwachs D, Scholle SH et al. Costs vs quality in different types of primary care settings. **JAMA** 1994; 272 (24):1903-8.

Stiles, R.A.; Mick, S.S. Classifying quality initiatives: a conceptual paradigm for literature and policy analysis. **Hospital and Health Services Administration** 1994 (39)309-326.

Tanaka, O.Y., Melo, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente. Um Modo de Fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

Tanaka OY, Rosenburg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev Saúde Pública** 1990; 24(1): 60-8.

Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do "Home Health Care" no Brasil. **Rev Adm. Saúde** 2000; 3(9): 15-18.

Tinkham CW, Voorhies EF. **Community Health Nursing: Evolution and Process**. New York: Appleton Century Crofts; 1972.

Turrini RNT, **Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo**. São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Vasconcelos, EM. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

Veras R. **País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará – UERJ; 1994.

Votroubek WL, Townsend JL. **Pediatric Home Care**. Second Edition. USA:AN ASPEN PUBLICATION; 1997.

Willians B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc Sci Med** 1994; 38 (4):509-16.

Willians SJ, Calman M. Key determinants of consumer satisfaction with general practices. **Fam Pract** 1991; 8(3):237-42.

World Health Organization. - **Community home-based care : action research in Kenya (September-October 2000)**. Geneva, World Health Organization, 2001.

World Health Organization. - **Community home based care : family caregiving : caring for family members with HIV/AIDS and other chronic illnesses : the Impact on older women and girls : a Botswana case study (March-April 2000)**. Geneva, World Health Organization, 2000.

Zimerman, G. I. Velhice – **Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2000.

Zaicner, R. **Satisfação da Clientela: Um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde**. São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

8 – Anexos

8.1 - Entrevista com Gerentes de Serviços de Assistência Domiciliar

1 - Quando e por que foi criado o Serviço de Assistência Domiciliar em sua Instituição?

2 - Qual modalidade de Assistência Domiciliar sua instituição oferece?

- Visitas Domiciliares pontuais
- Atendimento Domiciliar
- Internação Domiciliar
- Ventilação Mecânica
- Cuidados Paliativos

3 – Quem é responsável pelo financiamento da Assistência Domiciliar em sua instituição?

- SUS
- Convênios
- Particulares

4 - Quem é responsável pela captação de pacientes para a Assistência Domiciliar em sua Instituição?

- Médico
- Enfermeiro
- Outros -----

5 - Qual profissional é responsável pelo gerenciamento da Assistência Domiciliar em sua Instituição?

- Médico
- Enfermeiro
- Outros -----

6- Qual o perfil de faixa etária, morbidade e mortalidade mais frequentes entre os pacientes assistidos por sua Instituição?

7 - Qual o tempo médio de permanência dos pacientes com doenças crônicas em AD em sua Instituição?

() < 15 dias () 15 – 30 dias () 30 – 45 dias () 45 – 60 dias () > 60 dias

8 - Qual o tempo médio de permanência dos pacientes com doenças agudas em AD em sua Instituição?

() < 15 dias () 15 – 30 dias () 30 – 45 dias () 45 – 60 dias () > 60 dias

9- Quais os parâmetros para cobrança dos serviços de Assistência Domiciliar em sua Instituição?

10 – Quais são as principais dificuldades enfrentadas pelo seu serviço?

11 - Quais os indicadores que utiliza para avaliar os serviços prestados por sua instituição?

12 – Quanto ao uso da Informática o serviço de Assistência Domiciliar de sua Instituição está:

- () não informatizado
- () parcialmente informatizado
- () totalmente informatizado

13 - O que diferencia a AD de outras modalidades de atenção?

14 - Quais são os principais benefícios da Assistência Domiciliar?

15 - Quais são as perspectivas da Assistência Domiciliar no Brasil?

16 - Na sua opinião o que ainda falta para o avanço da AD no Brasil?

8.2 - Estruturação dos Casos Clínicos

- **Iniciais – idade - sexo**
- **Data de Admissão – Hospital de origem**
- **Diagnósticos Principais**
- **Objetivo da Assistência Domiciliar**
- **Estado Clínico Inicial**
- **Evolução Clínica**
- **Reinternações**
- **Evolução Familiar**
- **Custos/Gastos**
 - Hospitalares**
 - Domiciliares**
 - Familiares**
- **Alta – Monitoramento – Suporte – Ativo – Óbito**

8.3 - Avaliação Inicial e evolução dos pacientes em Assistência Domiciliar

1- Internações Hospitalares no último ano:

- Não Houve
- 1 – 2 internações
- 3 ou + internações

2- Tempo total de Permanência Hospitalar no último ano:

- Não houve.
- Menos de 10 dias
- 10 – 30 dias
- + de 30 dias

3- Profissionais Envolvidos na Assistência Domiciliar

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico/Auxiliar Enfermagem
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Assistente Social
- Psicólogo
- Outros -----

4- Consciência

- consciente/orientado(a)
- consciente e agitado
- confuso
- coma vigil

5- Comunicação

- fala sem dificuldade
- fala com dificuldade
- não fala
- coma vigil

6- Humor

- alegre/otimista
- calmo/colaborativo
- lábil
- agressivo
- deprimido(a)

7- Déficits Motores

- sem déficits
- déficits parciais
- déficits generalizados

8- Deambulação

- sem ajuda
- com ajuda
- não deambula

9- Estado Nutricional

- Nutrido
- Emagrecido
- Caquético
- Obeso

10- Alimentação

- () sem auxílio
- () com auxílio
- () uso de sondas
- () gastrostomia
- () NPP

11- Higiene

- () banho sem ajuda
- () banho de chuveiro com ajuda
- () banho no leito

12- Eliminações - diurese

- () Controle total das eliminações
- () Controle parcial das eliminações
- () sonda

13- Eliminação – fezes

- () Controle total das eliminações
- () Controle parcial das eliminações
- () Colostomia
- () uso de fraldas

14- Medicações

- () VO
- () Sondas
- () IM
- () SC
- () EV

15- Dependência de Equipamentos

- Independente
- Dependente de -----

16- Padrão Respiratório

- Eupnéico
- Períodos de dispnéia
- Dispnéia constante
- Períodos de Apnéia

17- Dependência de Oxigênio

- Ausente
- Parcial (resp. espontânea)
- Contínua (resp. espontânea)
- Vent. Mecânica Intermitente
- Vent. Mecânica Contínua

18- Enfermagem

- dias alternados
- 6 horas
- 12 horas
- 24 horas

19- Curativos

- Ausentes
- Pequenos
- Médios/Grandes Simples
- Complexos

20- Cuidador

- esposo(a)
- pai/mãe
- filho(a)
- irmão(ã)
- outros familiares
- contratado

21- Condições na Alta

- Independente de Cuidados
- Dependência parcial de cuidados
- Dependência total de cuidados

8.4 - Pesquisa de Satisfação

1- Como tomou conhecimento sobre a possibilidade de Assistência Domiciliar?

- Médico do Hospital
- Médico do Convênio
- Já conhecia e solicitou o Serviço
- Outra forma -----

2- Qual foi sua primeira impressão quando ficou sabendo da possibilidade de receber atendimento médico em casa?

- Receoso
- Desconfiado
- Recusou antes de aceitar
- Aceitou de imediato

3- As explicações que lhe foram oferecidas sobre como seria a Assistência Domiciliar foram:

- Satisfatórias
- Incompletas
- Ausentes

4- Como foi a chegada do paciente no domicílio?

Estava tudo preparado e havia um profissional da equipe esperando

- Sim Não

5- Os materiais, medicamentos, equipamentos sofreram algum atraso na entrega.

- Sim Não

6- Os profissionais se apresentaram corretamente e ofereceram informações seguras.

() Sim () Não

7- Foi necessário realizar mudanças no domicílio para adaptar o paciente.

() Sim () Não

8- Quem cuida (ou) do paciente é (foi) alguém da família

() Sim () Não

9- Alguém de sua família precisou deixar o emprego para cuidar do paciente.

() Sim () Não

10- Foi necessário contratar um cuidador para o paciente

() Sim () Não

11- Paciente e Família sentiram segurança com o trabalho da equipe

() Sim () Não

12- Qual a sua opinião sobre os seguintes profissionais:

Médico () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório

Enfermeiro () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório

Auxiliar de Enfermagem () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório

Fisioterapeuta () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório () não recebeu

Assistente Social () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório () não recebeu

Nutricionista () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório () não recebeu

Fonoaudiologia () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório () não recebeu

Psicologia () Ótimo () Bom () Regular () Insatisfatório () não recebeu

13- Os profissionais ensinaram/treinaram paciente e familiares

() Sim () Não

14- Qual a diferença entre o atendimento domiciliar e o atendimento hospitalar?

() Melhor () Igual () Pior

15- Houve necessidade de atendimento de urgência no domicílio?

() Sim () Não

16- Se houve necessidade, como foi o atendimento?

- () Rápido e Seguro
- () Demorou mas resolveu
- () Demorou e não resolveu o problema
- () Houve necessidade de hospitalização

17- Se houve necessidade de ligar para a central de atendimento:

- () Foi rapidamente atendido e recebeu orientações seguras
- () Foi rapidamente atendido mas não recebeu orientações seguras
- () Houve demora no atendimento, ficou esperando pelo profissional
- () Mal atendimento e insatisfação

18- Você recomenda Assistência Domiciliar?

() Sim () Não

19- Quais as principais vantagens da Assistência Domiciliar?

20- Quais as principais desvantagens da Assistência Domiciliar?

**21- O que chamou mais a atenção na evolução do paciente no domicílio?
Houve melhora ou piora?**

22- Como você se sente agora em relação à assistência domiciliar?

- () Satisfeita e Segura
() Satisfeita e Insegura
() Insatisfeita

23- Você recomenda a Assistência Domiciliar?

() Sim () Não

8.5 – Legislação Brasileira – Assistência Domiciliar

Portaria federal 2.416, de 23 de Março de 1998.

ASSUNTO: Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital, e

Considerando que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares, resolve:

Art. 1º - Incluir na Tabela do SIH-SUS o Grupo de Procedimentos Internação Domiciliar:

85.100.xx-x - Internação Domiciliar

85.500.xx-x - Internação Domiciliar com equipe hospitalar

85.300.xx-x - Internação Domiciliar com equipe hospitalar

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
6,40	2,70	3,70	12,80	018	00	001

Art. 2º - Estabelecer os seguintes critérios para a realização da internação domiciliar:

1 - A internação domiciliar somente poderá ser realizada se autorizada pelo órgão Emissor de AIH, seguindo-se a uma internação hospitalar.

2 - A causa da internação domiciliar, definida pela CID 10º Revisão deve obrigatoriamente ser relacionada com o procedimento da internação hospitalar que a precedeu.

3 - A internação hospitalar que precedeu a internação domiciliar deve ter duração mínima de pelo menos a metade do tempo médio estabelecido para o procedimento realizado.

4 - É vedada a internação domiciliar quando a internação hospitalar que a precedeu ocorrer por diagnóstico e/ou primeiro atendimento ou qualquer outro procedimento com tempo médio de permanência inferior a quatro dias.

5 - A internação domiciliar só será realizada após avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio, sendo precedida de avaliação das condições familiares e domiciliares e do cuidado ao paciente, por membro da equipe de saúde que expedirá laudo específico que condiciona a autorização da internação.

6 - O paciente sempre que possível e o seu responsável deverão explicitar em documento a anuência à internação domiciliar, devendo a documentação ficar anexada ao prontuário médico do paciente.

7 - O hospital onde ocorreu a internação prévia à internação domiciliar será considerada a Unidade Hospitalar responsável para os efeitos desta Portaria.

8 - São condições prioritárias para a internação domiciliar: pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação; pacientes portadores de neoplasias malignas.

Art. 3º - São requisitos para credenciamento de Hospital para a realização de internação domiciliar:

1- Dispor de serviço de urgência/emergência em plantão de 24 horas ou referência de serviço hospitalar emergencial equivalente na área de abrangência do domicílio do paciente.

2 - Garantia de remoção em ambulância.

3 - Prover todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e equipamentos necessários ao paciente em internação domiciliar.

4 - Contar com equipe multidisciplinar, para atendimento máximo de 10 pacientes/mês por equipe, composta por profissionais de medicina, enfermagem, assistência social, nutrição, psicologia, própria do hospital ou de Unidade Ambulatorial com a qual o hospital responsável tenha estabelecido sistema de referência e contra-referência.

5 - Colocar à disposição da equipe outros profissionais para o cuidado especializado de que necessite o paciente em internação domiciliar.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Parágrafo 1º - A equipe multidisciplinar deverá realizar visita semanal programada, para dispensar os cuidados médico-assistenciais e avaliar o estado do paciente para fins de continuação ou alta da internação.

Parágrafo 2º - Em caso de óbito durante a internação domiciliar, o hospital responsável deverá adotar todas as providências necessárias à emissão da declaração correspondente.

Art. 4º - Operacionalização da internação domiciliar:

1 - O hospital público ou privado prestador de serviços ao SUS solicitará à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, caso a condição de gestão do município assim o possibilite, autorização para a realização do procedimento demonstrando estar apta a cumprir todos os requisitos.

2 - A SES ou SMS realizará vistoria da Unidade, com posterior encaminhamento de ofício ao GTSH/DATASUS autorizando a realização do procedimento.

3 - A SES ou SMS estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e o apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nessa modalidade.

4 - A cobrança da internação domiciliar será feita através de Autorização de Internação Hospital - AIH, com lançamento do procedimento específico, preenchimento do CPF do paciente em campo próprio com lançamento obrigatório das consultas médicas realizadas.

5 - Deverá ser lançado no campo serviços profissionais da AIH o quantitativo de diárias utilizadas no período de tratamento, não podendo ultrapassar os limites previstos para o procedimento.

6 - A internação domiciliar não poderá exceder a 30 dias e nem ter duração inferior a 15 dias, exceto em caso de óbito ou transferência para Unidade Hospitalar.

7 - Não será permitida cobrança de permanência à maior no procedimento internação domiciliar.

8 - Quando houver necessidade de continuidade da internação domiciliar por mais de 30 dias deverá ser preenchido o campo motivo de cobrança com 2.2 - permanência por intercorrência e emitida nova AIH, constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH posterior.

Art. 5º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR ALBUQUERQUE
Diário Oficial da União, 26-03-98, Seção I, Pág. 106.

**Lei 10.424,
de 15 de abril de 2002.**

(D.O. 16/04/2002)

Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo VI e do art. 19-I:

"CAPÍTULO VI

**DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO
DOMICILIAR**

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de abril de 2002; 181º da Independência e
114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Barjas Negri

RESOLUÇÃO CFM nº 1.668/2003

Ementa: Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a premente necessidade de normatizar o atendimento domiciliar como modalidade de assistência em regime de internação, em razão do crescimento deste sistema no Brasil;

CONSIDERANDO a inexistência de critérios e disciplinamento ético para esta assistência;

CONSIDERANDO as atividades desenvolvidas por empresas que têm se especializado nesta modalidade;

CONSIDERANDO que a internação domiciliar visa atender os portadores de enfermidades cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;

CONSIDERANDO que o trabalho do médico, como membro da equipe multidisciplinar de assistência em internação domiciliar, é imprescindível para a garantia do bem - estar do paciente, nos termos do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina a responsabilidade legal de disciplinar esta atividade profissional, bem como o funcionamento das empresas que prestam assistência à saúde;

Continua...

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.627/2001;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 7 de maio de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º - Todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam.

Parágrafo 1º - Este cadastro/registo deve ser acompanhado da apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, o qual deverá ser homologado pelo Conselho Regional.

Parágrafo 2º - As empresas, hospitalares ou não, devem ter um diretor técnico, necessariamente médico, que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento.

Parágrafo 3º - As empresas, hospitalares ou não, responsáveis pela assistência a paciente internado em regime domiciliar devem ter, por força de convênio, contrato ou similar, hospital de retaguarda que garanta a reinternação nos casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente.

Art. 2º - As empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um médico de plantão nas 24 horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas.

Art. 3º - As equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia.

Parágrafo único - As equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo o médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

Art. 4º - A assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico.

Continua...

Art. 5º - A atribuição dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente.

Art. 6º- As normas de funcionamento às quais refere-se o parágrafo primeiro do artigo primeiro, devem contemplar os protocolos de visitas e o número de pacientes internados sob a responsabilidade de cada equipe.

Parágrafo 1º - Os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio.

Parágrafo 2º - O número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze.

Art. 7º - O médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar e que quer submeter-se à internação domiciliar tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio.

Parágrafo único - Em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Art. 8º - O hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizadas por:

I - Ambulância para remoção do paciente, equipada à sua condição clínica;

II - Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários;

III - Cuidados especializados necessários ao paciente internado;

IV - Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda, nos termos do parágrafo 3º do artigo 1º e do artigo 2º desta resolução.

Art. 9º - Em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração.

Continua...

Art.10 - A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário.

Art.11 - O profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente quanto ao artigo 30 do Código de

Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 12 - Esta resolução entra em vigor na data de sua aprovação em Plenário, revogando todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de maio de 2003.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (SAD) - DIRETRIZES GERAIS

1. ABRANGÊNCIA DO REGULAMENTO

As medidas definidas por este Regulamento Técnico aplicam-se a todos os Serviços de Assistência Domiciliar que oferecem atendimento e/ou internação domiciliar nas setores público e privado.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

Atenção Domiciliar: termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas no domicílio.

Atendimento Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais com participação de equipe multiprofissional.

Crterios de Elegibilidade: conjunto de informações que permite avaliar o enquadramento do paciente na modalidade de Assistência Domiciliar disponível pelo SAD.

Cuidador/Acompanhante: pessoa com ou sem vínculo familiar com o paciente, que não faz parte da Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar - EMAD, porém se responsabiliza por seus cuidados, atuando também como canal de comunicação entre o paciente e a EMAD.

Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da Assistência Domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial a pacientes em seus domicílios.

Internação Domiciliar: conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para pacientes com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte.

Plano de Atenção: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

Captção: processo de identificação de pacientes em ambiente hospitalar ou domiciliar que se encontram dentro de critérios de elegibilidade para admissão em Assistência Domiciliar.

Serviço de Assistência Domiciliar – SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de atendimento e/ou internação domiciliar.

Tempo de Permanência em Assistência Domiciliar: período compreendido entre a data de admissão e a data da alta atendendo aos parâmetros contidos no plano de atenção.

3. CONDIÇÕES GERAIS

O SAD deve ser planejado e implementado a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais.

Os Serviços que prestam Assistência Domiciliar nos setores público e privado devem ser licenciados na vigilância sanitária (VISA) competente e registrados nos conselhos profissionais que tenham esta prerrogativa na forma de resolução ou lei.

O SAD deve possuir um regimento interno que defina as diretrizes básicas que norteiam seu

funcionamento, contendo: definições, beneficiários, serviços prestados, responsabilidades, termo de adesão, fluxos de captação, admissão e da assistência no domicílio, protocolos técnicos, hospitais e apoios diagnósticos de retaguarda, responsabilidades, dimensionamento do n° profissionais X n° pacientes, características da assistência a ser prestada, recursos, medidas disciplinares, entre outras de acordo com as características de instituição.

Caberá ao SAD elaborar manuais e protocolos necessários a implantação das boas práticas de procedimentos e a prevenção e o controle das infecções na assistência domiciliar, de acordo com a especificidade técnica de cada SAD;

O SAD deve fornecer aos familiares dos pacientes orientações verbais e escritas na forma de “Manual para Pacientes e Familiares”, que deve conter informações sobre o serviço oferecido, durante o período de Atendimento ou Internação Domiciliar.

O SAD deve possuir profissionais específicos para controle e estabelecimento de rotina/fluxo de abastecimento domiciliar de materiais e medicamentos conforme prescrição/indicação/necessidade de cada paciente, assim como mecanismos ágeis para atendimento à solicitações emergenciais.

O SAD deve garantir o transporte/remoção compatível com a necessidade/gravidade do paciente para seu retorno à internação hospitalar ou realização de exames e/ou avaliações especializadas.

O SAD deve garantir serviços de entrega, treinamento, assistência técnica e fornecimento de equipamentos e gases medicinais para suporte ventilatório domiciliar sempre que solicitado pelo cuidador/acompanhante/paciente.

4. REQUISITOS PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O SAD deve ser integrado à rede de atenção à saúde, contando com recursos de referência ou complementares para otimizar sua atuação.

4.1-Admissão - Processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, captação e plano de atenção para o início de prestação dos cuidados em domicílio.

Indicação - O atendimento e a internação domiciliar devem necessariamente ter indicação médica, e seguir os seguintes critérios de elegibilidade: consentimento informado do paciente/família, estrutura física do domicílio compatível com a infra-estrutura necessária para os cuidados profissionais e instalação de equipamentos médico-hospitalares e acesso geográfico.

Captação - processo subsequente a etapa de indicação da assistência. Caracteriza-se pelo levantamento das necessidades do paciente e elaboração do plano de atenção

Plano de Atenção – documento descritivo, específico para cada caso, sendo prescrito no ato da admissão pelo médico responsável pela internação hospitalar e/ou pela equipe responsável pela assistência domiciliar.

Deve contemplar a estrutura de recursos humanos, infra-estrutura mínima do domicílio do paciente, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento.

Deve ainda contemplar o tempo de permanência do paciente no SAD, o qual será estimado considerando à evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais.

O Plano de Atenção deve ser periodicamente revisado pela EMAD, de acordo com a evolução/acompanhamento do paciente, datado e assinado.

4.2-Assistência Domiciliar- AD

Termo genérico que representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o Atendimento e a Internação Domiciliar.

O registro da AD deve acompanhar todas as fases da atenção, desde a indicação, captação, admissão até a alta ou óbito do paciente. O registro das atividades deve garantir no mínimo:

- *Prontuário Domiciliar*: deve conter cópia do termo de adesão, telefones de contatos do SAD, orientações para chamados e fluxo de atendimento de Urgência/Emergência, folhas de evolução multiprofissional, controles de enfermagem, resultados de exames e prescrições. Deverá ser preenchido com letra legível e ser assinado por todos profissionais envolvidos diretamente na assistência do paciente. O Prontuário deverá ser mantido no domicílio e ser arquivado após a alta ou óbito do paciente na sede do SAD por um período mínimo de 20 anos.
- *Relatórios de Evolução/Acompanhamento*: devem ser elaborados com periodicidade estabelecida no Plano de Atenção (Semanal, Quinzenal, Mensal, etc.) e sempre que a gravidade do caso ou a necessidade gerencial assim o exigir.

O SAD deve garantir os seguintes serviços básicos de retaguarda:

- referência para atendimento de urgência/emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida de acordo com a necessidade/gravidade de cada paciente.
- equipe ou Serviço de referência para a realização de coletas de exames domiciliares, transporte de materiais e fornecimento de resultados em tempo compatível com a necessidade de cada paciente.
- referência ambulatorial para o encaminhamento de pacientes para avaliações especializadas, realização de procedimentos específicos e acompanhamento após a alta
- transporte/remoção (ambulância simples e UTI) de pacientes compatível com a necessidade/gravidade do caso para seu retorno à internação hospitalar ou realização de exames e/ou avaliações especializadas. Estes veículos devem estar em conformidade com o estabelecido na norma da ABNT NBR 14.561 – Veículos para atendimentos a emergências médicas e resgate.

Deve ainda garantir os seguintes suportes terapêuticos:

- **suporte hemoterápico** realizado de acordo com a prescrição médica, atendendo o estabelecido na RDC/ANVISA nº 343, de 13 de dezembro de 2002.
- **suporte quimioterápico** realizado de acordo com a prescrição médica, atendendo Resolução específica. Somente poderá ocorrer a administração de quimioterápicos, não sendo permitida a diluição e/ou preparo da mesma em domicílio. Fica sob a responsabilidade do SAD, o descarte resultante deste procedimento, de acordo com a resolução ANVISA RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003.
- **suporte de Terapia Renal Substitutiva - TRS** que obedeça as determinações da Portaria GM/MS nº 82/2000 ou a que vier substituí-la; com prescrição e avaliação periódicas pelo médico nefrologista do SAD ou do serviço contratado. O SAD deve supervisionar o cumprimento do esquema de imunização previsto no Programa Nacional de Imunização do MS dos pacientes sob seus cuidados e o controle sorológico, bioquímico e sérico dos pacientes submetidos ao tratamento deverá ser registrado no prontuário do paciente em domicílio e seguir a periodicidade adotada pela portaria.

A realização de hemodiálise será permitida apenas na modalidade de internação domiciliar e deve obedecer às determinações da Portaria GM/MS nº 82/2000, sendo proibido o reuso de capilares.

- **suporte ventilatório domiciliar** com oferta de equipamentos, materiais e gases medicinais compreendendo procedimentos de diferentes graus de complexidade; de inalação até ventilação mecânica invasiva.
a ventilação mecânica invasiva só é permitida na modalidade de internação domiciliar, com permanência de profissional de enfermagem por período integral.
o domicílio de pacientes em ventilação mecânica invasiva deve ser cadastrado na companhia de fornecimento de energia elétrica local;
o SAD deve efetuar vistoria prévia domiciliar para indicar as adequações necessárias de instalações físicas, para instalação de ventilação mecânica invasiva.

- **Suporte de Assistência Odontológica Domiciliar – AOD**, com realização de procedimentos preventivos, curativos, restauradores e de urgência e emergência.
- **Suporte Nutricional**: O fornecimento e administração domiciliar de Nutrição Parenteral deve estar de acordo com a Portaria SVS/MS nº 272/98 - Boas Práticas de Administração da NP e de Nutrição Enteral com a Resolução RDC Anvisa nº 63/00- Boas Práticas de Administração da NE.

Deve garantir a realização de suporte diagnóstico:

- **Exames radiológicos** : com equipamentos móveis em domicílios será permitida apenas com indicação médica, que comprove a impossibilidade de transferência do paciente para um estabelecimento assistencial de saúde que disponha de serviço de radiodiagnóstico; deve atender as determinações estabelecidas pela Portaria SVS/MS nº 453/98 ou a que vier substituí-la, em especial no que diz respeito a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), medidas de segurança do ambiente.
- **Exames por métodos gráficos**: a realização está restrita a procedimentos não invasivos. Os exames que dependam de procedimentos invasivos devem ser realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar.

4.3 Alta: processo que se caracteriza pela avaliação do conjunto de informações que demonstram o alcance de resultados definidos pelo Plano de Atenção.

A alta deve estar vinculada a estabilidade clínica, independência de cuidados técnicos, condições de freqüentar ambulatório e presença de suporte familiar.

5. Recursos necessários para o SAD

O SAD deverá ser provido de recursos humanos e possuir infra-estrutura física mínima em sua edificação sede e no domicílio do paciente, além de possuir equipamentos médico-hospitalares necessários para o perfil de necessidades de cada paciente e ou modalidade de assistência.

5.1-Recursos humanos

O SAD deve possuir um responsável técnico habilitado e registrado no conselho de classe.

O SAD deve possuir uma equipe mínima de profissionais composta por médico, enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem. A inclusão de outros profissionais, próprios ou terceirizados, na EMAD deve atender a necessidade de cada caso, conforme o plano de atenção.

A EMAD deve receber capacitação específica nas diversas áreas de atuação.

As capacitações realizadas para e pela EMAD devem ser registrados com o nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e tempo de duração das atividades.

5.2-Infra-estrutura física:

5.2.1-Domicílio do paciente

O domicílio do paciente deve possuir condições seguras para a recepção, armazenamento e utilização de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para a assistência ao paciente;

Na modalidade de Internação Domiciliar, o domicílio deve possibilitar a realização dos procedimentos prescritos no Plano de Atenção contando com:

- facilidade de acesso geográfico para carros e ambulâncias;
- saneamento básico, instalações telefônicas internas ou de fácil acesso e instalações elétricas;
- ambiente específico designado para o paciente com dimensões mínimas para um leito e condições para acesso da equipe e de equipamentos; janela com ventilação direta para o exterior; iluminação geral e luminária móvel para exame no leito e lavatório no ambiente do paciente ou no mesmo pavimento deste;

- rede elétrica com aterramento em ambientes quando houver uso de equipamentos por tempo indeterminado;
- sistema alternativo de energia elétrica diretamente ligado no equipamento com acionamento automático em no máximo trinta centésimos de segundos, quando houver uso de ventilação mecânica invasiva;
- rede de gases medicinais canalizada de acordo com a norma da ABNT NBR 12.188 - Sistemas centralizados de oxigênio, ar comprimido, óxido nitroso e vácuo para uso medicinal em estabelecimento de saúde, quando houver indicação de uso por tempo indeterminado;

O SAD deve vistoriar as instalações do domicílio do paciente e elaborar relatório de inspeção contendo a orientação para realização reformas e adaptações necessárias à adequação dos ambientes para possibilitar:

- a eliminação de barreiras físicas internas que dificultem a circulação do paciente e a assistência dos profissionais e acompanhantes do paciente;
- a instalação dos equipamentos e gases medicinais necessários para o atendimento do paciente, segundo o estabelecido no Plano de Atenção;
- o atendimento aos requisitos mínimos de instalação recomendados para cada equipamento;
- O SAD deve efetuar o acompanhamento dos serviços de adequação e vistoria final para sua validação e efetuar visitas periódicas para monitoramento da instalação.

5.2.2-Edificação sede do SAD

Deve possuir, no mínimo, os seguintes ambientes:

- Recepção;
- Área de trabalho da equipe administrativa, com arquivo para a manutenção de documentos administrativos do serviço;
- Área de trabalho para a equipe multiprofissional de assistência domiciliar com arquivo específico para guarda de prontuários de pacientes;
- Instalações de conforto e higiene de acordo com a norma do Ministério do Trabalho NR 24 – Condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho;
- Almoxarifado para guarda de materiais e equipamentos;
- Farmácia para armazenamento, preparo e dispensação de medicamentos, conforme RDC/ANVISA nº 50/2002. A farmácia poderá ser *in loco* ou não.

O SAD que executar alguma outra atividade assistencial, de apoio técnico ou logístico, deve atender ao disposto na RDC/ANVISA nº 50/2002;

A edificação do SAD deve:

- ser dimensionada de acordo com a necessidade de armazenamento de materiais, equipamentos, número de profissionais, processo interno de trabalho, horário de funcionamento do SAD;
- possuir "Habite-se" e demais documentações necessárias para funcionamento emitidas pelos órgãos competentes;
- possuir sistema de comunicação dimensionado para garantir comunicação entre a sede do SAD, membros da equipe de assistência e entre pacientes/familiares/acompanhantes em seus domicílios.

5.3-Equipamentos assistenciais, medicamentos e materiais

O SAD deve possuir medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares necessários para o perfil de necessidades de cada paciente e ou modalidade de assistência, definidos em função do Plano de Atenção.

Os medicamentos e materiais utilizados pelo SAD devem estar em conformidade com o estabelecido na legislação sanitária no que se refere ao registro no Ministério da Saúde e validade do produto.

O SAD deve possuir profissional específico para controle e estabelecimento de rotina/fluxo de

abastecimento domiciliar de materiais e medicamentos conforme prescrição/indicação/necessidade de cada paciente, assim como mecanismos ágeis para atendimento às solicitações emergenciais.

O SAD deve possuir um sistema de controle que permita a rastreabilidade dos medicamentos, materiais e equipamentos utilizados na atenção ao paciente.

O SAD deve efetuar a manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, possuir procedimentos escritos de manutenção corretiva e preventiva e garantir assistência técnica para cada tipo de equipamento médico-hospitalar utilizado.

Os equipamentos utilizados na assistência aos pacientes devem ser transportados em veículos equipados com suportes e sistemas de fixação.

Todos os equipamentos médico-hospitalares fornecidos pelo SAD devem estar calibrados por empresa que cumpra os requisitos da norma ABNT NBR ISO 17025, garantindo:

- A realização de visitas periódicas para monitoramento do funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares;
- Os dispositivos médicos a serem utilizados com os equipamentos médico-hospitalares devem ser aqueles preconizados pelo fabricante do equipamento a ser utilizado.
- Na instalação dos equipamentos no domicílio, são atribuições do SAD:
- verificar as condições mínimas necessárias para a instalação e utilização para cada um dos equipamentos a serem utilizados, de acordo com o manual de operação do fabricante do produto.
- efetuar a instalação e todos os testes de funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares na residência do paciente;
- fornecer capacitação completa sobre o manuseio e funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares aos familiares/cuidador, principalmente para as situações de emergência;
- fornecer baterias dos equipamentos médico-hospitalares para eventual funcionamento na falta de energia elétrica residencial, quando não houver um sistema de energia elétrica de emergência no domicílio;
- substituir prontamente os equipamentos médico-hospitalares com problemas de operação.
- O uso de cilindros de gases medicinais no interior do domicílio é limitado a dispositivos com no máximo 6 m³. Devem ser transportados na posição vertical em carrinhos específicos utilizados para transporte de cilindros de gases medicinais dentro do domicílio do paciente equipados com sistemas de suporte e fixação do cilindro, de forma a evitar quedas.

6. Procedimentos específicos de suporte técnico/logístico:

Procedimentos de diferentes complexidades podem ser efetuados no domicílio, levando em consideração a modalidade/complexidade da atenção oferecida.

6.1-Esterilização e desinfecção de materiais

As normas e rotinas de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos utilizados na Assistência Domiciliar devem seguir o Manual de Processamento de artigos e Superfícies do MS de 1994 ou o que vier a substituí-lo;

Caberá ao SAD avaliar as condições do domicílio, determinar um local adequado para descarte dos fluidos, limpeza dos artigos e acondicionamento dos mesmos para transportá-los ao local onde serão feitas a desinfecção e esterilização dos mesmos;

O SAD deve fornecer a sua equipe, manuais, protocolos e capacitação necessários à implantação das normas uniformizadas de limpeza e desinfecção;

Na contratação de empresa para realizar desinfecção e esterilização dos artigos, o SAD deve exigir o fornecimento de laudos contendo a eficácia da esterilidade dos indicadores químicos e biológicos, o número do lote, data de esterilização e data de validade do artigo.

6.2-Gerenciamento de resíduos sólidos

O Gerenciamento dos Resíduos gerados a partir dos Programas de Assistência Domiciliar é de responsabilidade dos dirigentes dos mesmos, devendo ser elaborado um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde conforme a Resolução ANVISA RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003.

A responsabilidade do gerenciamento de resíduos se aplica única e exclusivamente aos resíduos decorrentes do atendimento propriamente dito. Resíduos gerados pelo paciente em função de prescrições médicas e/ou procedimentos terapêuticos não executados pela equipe que presta o atendimento domiciliar, não são de responsabilidade da empresa prestadora.

O SAD deverá orientar os pacientes quanto ao correto manejo dos resíduos, principalmente em relação aos resíduos perfurocortantes e medicamentos que oferecem risco em seu manuseio, devendo inclusive disponibilizar os recipientes necessários para o acondicionamento dos mesmos, de acordo com a norma ABNT NBR 13.853 – Coletores para resíduos de serviço de saúde perfurantes ou cortantes.

O veículo da equipe que faz o atendimento pode recolher também os resíduos gerados pelo atendimento para descarte em sua sede, não necessitando de qualquer licenciamento, seja de operação ou ambiental, para realizar o transporte dos resíduos do atendimento à sede da empresa. Devem ser atendidas as condições de transporte seguro previstas na Resolução ANVISA RDC nº 33.

O SAD deve proceder ao descarte dos resíduos gerados pelo atendimento, observando as necessidades específicas de cada tipo de resíduo, em conformidade com a Resolução ANVISA RDC nº 33.

7. Avaliação da assistência domiciliar – indicadores

O processo de mensuração quantitativa e qualitativa da Assistência Domiciliar deve ser praticado pelo SAD. Entre os indicadores sensíveis para a avaliação da oferta das modalidades de Atendimento e Internação Domiciliar estão:

7.1-Medida de Incapacidade Funcional – MIF

É um instrumento que mede o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas. Sua principal vantagem é oferecer parâmetros confiáveis para avaliar o paciente no período de internação na fase aguda da lesão até a estabilidade clínica.

7.2-Pesquisa de Satisfação

Utilização de método próprio do SAD ou aplicação de instrumentos validados no meio científico. Estabelecer periodicidade e formas de aplicação.

7.3-Reinternações Hospitalares

Monitoramento do número de internações hospitalares antes, durante e depois da admissão e/ou alta do SAD.

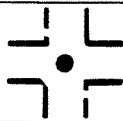
8. Referências bibliográficas

Andreoni S, Silva SH, Fernandes RAQ. Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev. Med. HU-USP*. 1994; (4) 1/2: 77-85.

Barros SMO, Marin HF, Miyazawa NS, Cozzupoli CA. Cuidados domiciliares ao paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Acta Paul Enfermagem*. 1989; 2(1):30-2.

Battistella LR. Medidas de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. Vol. 8. Nº 1 – Abril - 2001

Brochero, A.E. Um modelo alternativo de cuidado de salud para la población anciana en Argentina: program de cuidados de salud domiciliarios. *Rev Argent Enferm*. 1992; 30: 48-53.



Carletti SMM, Rejani MI. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In: Papaléo NM. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu; 1996.

Chang, WC, Chan C. Rasch Analysis for Outcome measures: some methodological consideration. **Arch Phys Med Rehabil** 1995. 76: 934-9.

Conselho Federal de Medicina – **Resolução CFM nº 1.668/2003** – Dispõe sobre normas técnicas necessárias à Assistência Domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de Assistência – Brasília-DF, 7/05/2003.

Costa J. Visitação domiciliária – base para o ensino de enfermagem na comunidade. **Enf. Nov. Dimen** 1977; 3(2): 78-82.

Cruz LP. **Assistência domiciliar: Estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo**. São Paulo; 1999. [Dissertação de Mestrado – FGV/EAESP].

Cunha CS, Vasconcelos MPC, Barboza R. **Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT): Guia de Procedimentos em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Cunha ICKO. **Organização de Serviços de Assistência Domiciliária de Enfermagem**. São Paulo; 1991. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Dal Ben L.W. **Instrumento para Dimensionar Horas Diárias de Assistência de Enfermagem Residencial**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Dias ELF, Wanderley JS, Mendes RT. Orgs. **Orientações para Cuidadores Informais na Assistência Domiciliar**. Campinas – SP: Editora Unicamp; 2002.

Dieckmann J. **Home Health Administration: An Overview In: Harris, M., D. Handbook of Home Care Administration**. USA : Aspen Publication; 1997.

Duarte YAO, Diogo MJD. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

Faria HVM, Pereira MGM. A reabilitação no home care sob a ótica do cliente, da família, do convênio e dos prestadores. **Mundo Saúde** 2001; 25(4):384-388.

Fleming J. Impact on the family of children who are technology dependent and cared for in the home. **Pediatric Nursing** 1994; (20)4: 491-498.

Fortes PA de C. Ética e Saúde. Questões éticas deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do Paciente. **Estudo de Casos**. São Paulo: EPU, 1998.

Gray DB, Henderhot GE. The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. **Arch Phys Med Rehabil**. Vol 81 – Suppl 2. December 2000.

Havens, B. - **Home care issues and evidence**. Geneva, World Health Organization; 1999.

Havens B. **Home care issues at the approach of the 21st century from a World Health Organization perspective: a literature review**. Geneva: World Health Organization; 1999.

Hutten JBF, Kerkstra A . **Home Care in Europe – A country-specific guide to its organization and financing**. England: Arena; 1996.

International Conference Program. **Home Care Developments and Innovation**. Jerusalém; 1996.

Marcelino SR, Radunz, V, Erdmann AL. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção? **Texto & Contexto enfermagem** 2000; 9(3): 9-21.

Marrelli TM. Welcome to home care: the health setting of the future. In: Marrelli TM. **Handbook of Health Orientation** Mosby, St. Louis; 1997.

Material utilizado no 1º Fórum Brasileiro sobre Assistência Domiciliar – Organizado pela Abemid - 22/05/02 – Brasília.

Mazza MMPR. A Visita Domiciliária como Instrumento de Assistência de Saúde. **Revista Bras. Cresc. Des. Hum** 1994; (IV) 2.

Mendes Jr WV. **Assistência Domiciliar: Uma modalidade de Assistência para o Brasil?** Rio de Janeiro; 2000 [Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social].

Mendes PBMT. **Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano**. São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids. **Assistência Domiciliar Terapêutica – ADT – Guia de Procedimentos em HIV/Aids – Brasília 1999**.

National Association For Home Care. **Basic Statistics About Home Care 2001**. Disponível em <http://www.nach.org/consomer/hcstats.html/> [2002 abr 10].

Oterino de la Fuente D, Peiró SM, Marchan Rodríguez C et al. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. **Rev Esp Salud Publica** 1998; (72)6.

Parra MT, Moraes AEP, Domansky, RC. Alta Hospitalar: a família e o cuidado no domicílio. **Olho Mágico – Londrina** 2000; 6(22):19-22.

Pedro AD. **Memória do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual**. São Paulo; 1998. [Mimeo].

Piola SF, Vianna SM, Consuelo DV. **Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro – Estudo Delphi**. Brasília: IPEA; 2001.

Rawlinson HL. Planning Home Care Services. **Hospitals JAHA** 1975; 49(12):66-7, 70-1.

Resoluções : incluir as citadas no Regulamento.

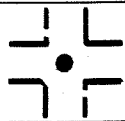
Ribeiro CA. Assistência Domiciliar: uma “nova” modalidade de Atenção à Saúde. **Rev Bras Home Care** 2000; (6)62: 38-42.

Rodrigues IG, Dellarozza MSG, Cordeiro BR. Estágio Curricular no Sistema de Internação Domiciliar: Ampliando Horizontes. **Olho Mágico - Londrina – PR**. 2000; 6(22): 26-28.

Roubicek J, Salvatore A, Kavka G. et al. Servicio de internación domiciliar para pacientes con enfermedades agudas. **Rev Panam Salud Publica** 1999 ; (6)3.

Sorochan, M. "Home Care in Canada." **Caring Magazine** 1995. Disponível: <http://www.cdnhomecare.on.ca/e-info.htm#ftihc> [2002 ago 2]

Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. **Rev Adm. Saúde** 2000; 3(9): 15-18.



**Agência Nacional
de Vigilância Sanitária**

**Regulamento Consulta Pública Anvisa
Documento de Circulação Restrita
Não Divulgar**

Votroubek WL, Townsend JL. **Pediatric Home Care**. Second Edition. USA:AN ASPEN PUBLICATION; 1997.

World Health Organization. - **Community home-based care: action research in Kenya (September-October 2000)**. Geneva, World Health Organization, 2001.

World Health Organization. - **Community home based care : family caregiving : caring for family members with HIV/AIDS and other chronic illnesses : the Impact on older women and girls : a Botswana case study (March-April 2000)**. Geneva, World Health Organization, 2000.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Na qualidade de usuário do Programa Home Care da Volkswagen do Brasil, concordo em participar da pesquisa sobre Evolução de Quadro Clínico, Gastos Familiares e Satisfação com a Assistência Domiciliar recebida, realizada pela Dra Christina Aparecida Ribeiro. Recebi informações sobre os objetivos de tal estudo e autorizo a utilização dos dados por mim fornecidos para a realização do mesmo.

Fui informada e esclarecida sobre o caráter científico deste trabalho e declaro que participo de maneira voluntária e ciente de que não sofrerei nenhuma sanção ou prejuízo caso me recuse a participar. Estou ciente também que todas as informações fornecidas serão tratadas neste estudo de forma anônima e sigilosa.

Nome Completo

Assinatura

São Paulo, de