

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

CLIVERLAND LIMA DA COSTA
DIEGO AROUCHE FONTOURA
ROSEANE MELO COSTA

A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE) POR PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

São Luís
2010

**CLIVERLAND LIMA DA COSTA
DIEGO AROUCHE FONTOURA
ROSEANE MELO COSTA**

A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE) POR PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família do Laboro – Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2010

Costa, Cliverland Lima da

A relação custo-benefício da internação domiciliar (Home Care) por planos de saúde: uma revisão de literatura. Cliverland Lima da Costa; Diego Arouche Fontoura; Roseane Melo Costa. - São Luís, 2011.

00 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Assistência domiciliar. 2. Internação domiciliar. 3. Atenção primária. 4. Saúde pública. I. Título.

CDU 614.2

ROSEANE MELO COSTA

A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE) POR PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família do Laboro – Excelência em Pós Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Orientadora Mônica Elinor Alves Gama

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

Profa. Arina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde e Ambiente

Universidade Federal do Maranhão- UFMA

“O ignorante afirma, o sábio duvida e o sensato reflete”.
Hipócrates

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus pela nossa existência e também por nos permitir mais essa conquista.

Aos nossos familiares, em especial nossos pais, pela dedicação incondicional, disciplina e pelos ensinamentos muito úteis em todas as etapas de nossas vidas.

Ao corpo docente da Laboro – Excelência em Pós-graduação, pelos momentos de conhecimento, conselhos e contribuições teórico-práticas para nosso aperfeiçoamento profissional.

Aos nossos amigos e colegas de curso, pelo convívio agradável e amizade nessa jornada.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta monografia e, de modo especial, a professora Doutora Mônica Elinor Gama, pelo incentivo constante e pela segura orientação.

RESUMO

As novas práticas de assistência à saúde são resultantes de uma reorientação na forma de conceber o processo saúde-doença, passando a observar o indivíduo e o contexto familiar e social em que o mesmo vive. A assistência domiciliária vem sendo reconhecida como efetiva modalidade de atenção e resultados, permitindo a redução nos custos finais do tratamento e uma melhor qualidade de assistência, especialmente quando comparada com a longa permanência de pacientes em atendimento hospitalar. O objetivo deste trabalho é estudar a relação custo-benefício da internação domiciliária por planos de saúde privados a partir da literatura especializada, como: livros, artigos, monografias, dissertações entre outros. Foi constatado mediante a literatura consultada que a internação domiciliária reduz o custo final para as prestadoras de saúde de forma considerável e também representa uma modalidade efetiva e de qualidade para os pacientes.

Palavras-chave: Assistência domiciliária. Internação domiciliária. Atenção primária. Saúde pública.

ABSTRACT

The new health care practices are the result of a shift in the way of conceiving the health-disease process, from observing the individual and the family and social context in which it lives. Home care has been recognized as an effective mode of care and outcomes, allowing the reduction in total costs of treatment and a better quality of care, especially when compared with the long stay of patients in hospital care. The goal is to study the cost-effectiveness of home health care by private health plans from the literature, such as books, articles, monographs, dissertations, among others. It was found through the literature that the domiciliary hospitalization reduces the final cost to the providers of health significantly and also represents an effective alternative and quality for patients.

Key-words: Home care. Home health care. Primare care. Public health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	11
3.1 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDADO DOMICILIAR	12
5 MODALIDADES DO CUIDADO DOMICILIAR	14
6 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA (COMPONENTES)	16
7 FATORES DE INCREMENTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	19
7.1 Mudanças Demográficas	19
7.2 Custos	20
7.3 Desenvolvimento Tecnológico	21
7.4 Interesse e aceitação dos profissionais	22
8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA O CUIDADO DOMICILIAR	22
9 A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DO CUIDADO DOMICILIAR	24
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde abrange dois modelos: o hospitalar e o domiciliar, sendo este último denominado de atenção domiciliar a saúde. O modelo domiciliar (re)surge em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde (LACERDA et AL; 2006).

Para Rehem; Trad (2005), as instituições financiadoras ou prestadoras de serviços de saúde no âmbito público ou privado têm-se preocupado com o crescimento dos custos desses serviços, especialmente na área hospitalar. Entre outros motivos, esse aumento decorre da incorporação de novas tecnologias assistenciais e do envelhecimento da população, o que aumenta a demanda por assistência de maior complexidade.

Além dos custos a ela associados, a assistência hospitalar tem sido freqüentemente questionada por apresentar uma abordagem tecnicista, descontextualizada da história de vida dos usuários. Esses aspectos têm reforçado a necessidade de implementação de ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada, em que se respeitem os direitos do usuário, com preservação de suas relações familiares e valores socioculturais (REHEM; TRAD, 2005).

Como proposta surge à assistência domiciliar, que é reconhecida como uma efetiva modalidade de atenção e de resultados, permitindo a redução nos custos finais do tratamento e uma melhor qualidade de assistência, especialmente quando comparada com a longa permanência de pacientes em atendimento hospitalar. Dessa forma, a Atenção Domiciliária vem se apresentando como uma poderosa ferramenta de gestão de saúde, tornando-se uma alternativa terapêutica largamente utilizada em vários cenários da saúde (prevenção, terapêutica e reabilitação) (DUARTE; DIOGO, 2005).

Os custos assistências crescentes e superiores a inflação em todo o mundo, as novas e caras tecnologias de investigação diagnóstica, o envelhecimento populacional, modificando intensamente o perfil demográfico em nossos país, bem como a lei 9656\ 98, que amplia a cobertura obrigatória dos planos de saúde, acelerou as iniciativas das operadoras de saúde e todos gestores dos setores público e privado, em busca de alternativas e complementos ao modelo gerencial existente, tentou-se compatibilizar custos e efetividades, em uma relação positiva para todos os usuários do sistema suplementar (BRASIL, 2001).

2 OBJETIVO

Estudar a relação custo-benefício da internação domiciliar por planos de saúde privados a partir da literatura especializada.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura.

3.1 Revisão de literatura

Consideram-se como referencial para estruturação da presente revisão os passos propostos por Castro (2001).

- **Formulação da pergunta:** o que a literatura descreve sobre a relação custo-benefício da internação domiciliar?
- **Localização e seleção dos estudos:** serão considerados o estudo de publicações nacionais, internacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicos da área (livros, monografias, dissertações e artigos), sendo pesquisados ainda dados em base de dados eletrônica tais como: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde e Scielo.
- **Período:** 1989 a 2010.
- **Coleta de dados:** Serão coletados dados relativos ao custo-benefício da internação domiciliar, destacando suas diretrizes, modalidades e componentes. Descritores (palavras chave): internação domiciliar; internação domiciliária; *home care*; histórico, componentes e critérios de inclusão da internação domiciliar; relação custo-benefício da internação domiciliária.
- **Análise e apresentação dos dados (questões ou capítulos):**
 - Evolução histórica do cuidado domiciliar;
 - Modalidades do cuidado em domicílio;
 - Características da assistência domiciliária (componentes);
 - Fatores do incremento da assistência domiciliária;
 - Critérios de inclusão para o cuidado domiciliar;
 - Relação custo-benefício do cuidado domiciliar.

4 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CUIDADO DOMICILIAR

Atender doentes em domicílio é uma atividade que remonta aos tempos bíblicos. Tal atividade já era citada no Velho Testamento como uma forma de prestar caridade. Há ainda recomendações bíblicas aos hebreus para o cuidado de doentes e puérperas em seus locais de residência. Entre os judeus, encontram-se declarações dos rabinos quanto à incumbência dos primeiros de visitar os doentes para lhes demonstrar solidariedade e como forma de auxiliá-los a sair do sofrimento. No Novo Testamento, verificam-se referências aos que assistiam doentes e idosos em seus lares (DUARTE; DIOGO, 2001).

Amaral et al (2001) afirmam que as mais remotas referências em medicina descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (séc. XIII a. C.) atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio.

Na Grécia Antiga, o médico, por nome de Asklépios, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura, podendo, esses locais, ser considerados a primitiva estrutura que seria mais tarde denominada hospital (AMARAL et al., 2001).

Contudo, ao longo da história tem-se utilizado de diferentes estratégias no atendimento aos doentes. Os primeiros dados sobre internação domiciliar datam de 1796 do Boston Dispensary que prestava atendimento às pessoas carentes e enfermas, oferecendo um serviço diferenciado no domicílio (CARBAJAL apud SCHWONKE et al., 2008).

Naquela época o hospital acolhia todos os doentes de forma ilimitada e indiscriminada, o que provocou uma superlotação, chegando a alojar até oito pessoas em cada leito, o que causou condições indesejáveis para os tratamentos (SCHWONKE et al., 2008).

Já Falcão (1999), afirma que, o movimento de Home Care surgiu nos Estados Unidos em 1947 na era do pós-guerra. Foi quando várias enfermeiras se reuniram e passaram a atender e cuidar dos pacientes em casa. Somente na década de 1960 é que este movimento tomou mais vulto e a idéia da “desospitalização precoce”; começou a ser levada a sério. Os Hospitais viviam cheios, os leitos não eram suficientes, as filas para internação hospitalar começaram a surgir de todos os lados, a população aumentando cada vez, muitos doentes de guerras, os idosos estavam ficando mais longevos precisando cada vez mais de cuidados médicos e de enfermagem e novos Hospitais precisavam ser construídos (FALCÃO, 1999).

Não há muitos registros formais sobre a história da assistência domiciliar no Brasil; o que mais se encontra são depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo o desenvolvimento dessa modalidade. As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) (FABRICIO et al., 2004).

No início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (*home care*), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros. A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que contribuam para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde. Assim, mesmo sem haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais voltadas à desospitalização, inúmeras organizações de saúde vêm instituindo práticas baseadas na oferta de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário (FEUERWERKER; MEHRY, 2008).

Para Silva et al (2005), a discussão sobre o modelo assistencial requer dos profissionais de saúde a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Assim, a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado.

A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família, o PID (Programa de Internação Domiciliar) e os espaços para cuidados paliativos apontam-se como estratégias para a diminuição dos custos hospitalares, para a humanização da atenção, para a diminuição de riscos, bem como para ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde (SILVA et al., 2005).

No Brasil, a prática da Internação a Domicílio, constitui-se numa modalidade vinculada à proposta do SUS com base nos seus princípios doutrinários da integralidade, da equidade e da universalidade (SCHWONKE et al., 2008).

Assim, a atenção domiciliar foi regulamentada através da Legislação em Vigilância Sanitária, Resolução RDC nº 11 (ANEXO A), de 26 de janeiro de 2006. Ela dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar, Publicado no diário Oficial da União do Poder Executivo, de 30 de janeiro de 2006. A partir

dessa resolução, todas as instituições públicas e privadas que realizam este tipo de atendimento deverão adotar os padrões de funcionamento determinados através dessa resolução (SILVA, 2006).

5 MODALIDADES DO CUIDADO EM DOMICILIO

A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O termo “atendimento domiciliar” é utilizado por alguns autores para designar atividades nomeadas como assistência domiciliar ou, por outros autores, como cuidado domiciliar. Assim, consideram-se esses três termos sinônimos e representantes de uma mesma modalidade da atenção domiciliar à saúde. Segundo a Anvisa, assistência domiciliar (ou atendimento) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio (LACERDA et al., 2006). Por sua vez a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Assistência Domiciliar como:

A provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e a saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, e reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos (BELO HORIZONTE, 2008).

Duarte; Diogo (2001) afirmam que, por *Assistência Domiciliária* compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos (maior complexidade) são realizados pelos membros da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade de cada caso. Conta também com o cuidador, responsável pela continuidade da assistência em domicílio.

Para o ministério da saúde, no entanto a *Visita Domiciliar*, também chamada de “VD”, é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde (BRASIL, 2003).

Kawamoto et al (1995) conceitua a “Visita Domiciliar como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial”. Constituindo-se

numa atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade. A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Roese; Lopes (2004) destacam que essa prática é relevante quando se fala, especialmente, em prevenção da doença/riscos e promoção de saúde. A visita domiciliar é um instrumento que permite ao profissional da saúde interagir com o meio em que o indivíduo vive podendo-se observar e conhecer sua realidade.

Para Savassi (2006) a VD proporciona uma visão mais ampla das reais condições de vida da família e possibilita uma interação em ambiente tanto familiar, quanto social, através do conhecimento de seu cotidiano, de sua cultura, seus costumes, suas crenças, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos.

A partir desse pressuposto são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes (MAZZA, 2010).

Já o termo *Internação Domiciliar* refere-se mais ao cuidado intensivo e multiprofissional em casa. Envolve as ações de saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio de doentes com complexidade moderada ou alta. Para tornar o entendimento mais fácil, pode-se comparar esta modalidade de assistência ao “hospital em casa” (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

A internação domiciliar visa a desospitalização precoce, a diminuição das reinternações e proporciona um processo terapêutico mais humanizado. Compreende-se que a internação domiciliar representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização (SILVA, 2005).

Esta modalidade tem como característica a conciliação de tecnologia e recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para portadores de quadros clínicos mais complexos, fazendo assim um ambiente semelhante ao hospitalar (LORETTA, 2009).

Para Lacerda (2000) apud Lacerda et al (2006), a internação domiciliar é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, envolvendo a família e, podendo ou não, utilizar equipamentos e materiais. A autora pontua ainda que,

nessa modalidade, o cliente recebe cuidados e orientações sobre várias ações, pois está com o estado de saúde alterado, precisando de acompanhamento profissional.

A internação domiciliar é sinônimo da prestação de serviços de saúde, como coleta de exames laboratoriais, informações, orientações gerais e aconselhamento aos pacientes e seus familiares. Contempla ainda, tratamentos e/ou terapias de reabilitação ou medicamentosa; serviços médicos e de enfermagem; suporte de nutrição enteral e parenteral no domicílio do paciente que, após ultrapassada a fase aguda que ocasionou a internação hospitalar, pode receber seguimento do cuidado no ambiente domiciliar (MONTEIRO; MONTEIRO, 2000).

As vantagens com relação a essa modalidade de assistência são várias. Há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais (FABRICIO et al., 2004).

6 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA (COMPONENTES)

Estudos realizados por Sommerhalder (2001), sobre o cuidar, apontam que essa tarefa pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como satisfação, melhora no senso de realização, aumento do sentimento de orgulho e habilidade para enfrentar novos desafios, melhora no relacionamento com o usuário, retribuição etc., entretanto, o que prevalece é a sobrecarga, advindo do estresse emocional, do desgaste físico, de problemas de saúde, das limitações para as atividades de trabalho e lazer, além de conflitos familiares e incertezas e inseguranças quanto ao trabalho realizado.

Faz-se necessário, portanto, agir preventivamente ou precocemente em quaisquer situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do usuário em atenção domiciliar, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida (DIOGO, 1998).

Dessa forma, a assistência domiciliar, como descreve Lopes (2003), além de envolver o paciente é necessário compreender também o cuidador e a família e saber as responsabilidades de cada envolvido dentro do contexto domiciliar.

Sendo que, o importante é que as atribuições sejam definidas claramente entre equipe, família e cuidador, dentro de um processo continuado de trocas de saberes, poderes e responsabilidades (LOPES, 2003).

Paciente é o indivíduo portador de qualquer perturbação física ou mental, submetido aos cuidados médicos sendo, pois, objeto passivo da ação do sujeito alheio. Aquele que sofre a ação exercida por outra pessoa. Como adjetivo, entre outros, significa: aquele que tem

paciência, manso, pacífico, pessoa que padece ou vai padecer. É diferente de doente, muitas vezes utilizado como sinônimo “dolente”, que é o que tem doença, débil, fraco, defeituoso, vicioso (MICHAELIS, 1998).

No domicílio, mesmo que o paciente seja cuidado por um familiar, ou um leigo, ele não dispensa o acompanhamento da equipe de saúde. Porém, a diversidade que envolve esse processo necessita de reflexões por parte de toda a equipe multiprofissional, na tentativa de compreender, sensibilizar e direcionar a assistência e o cuidado, de forma que a troca de experiências, por parte da família e dos profissionais, ocorra de maneira contínua e personalizada (LOUREIRO, 2010).

Amaral (2001) expõe que, na assistência à saúde, o consentimento informado, segundo a concepção de autonomia, significa que o indivíduo é quem, de forma ativa, deve autorizar propostas apresentadas a ele e não meramente assentir a um plano de diagnóstico ou de tratamento, por atitude submissa às ordens dos profissionais.

Família é um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, destinados a participar das vidas uns dos outros (COSTA; CARBONE, 2004). Para Duarte; Diogo (2000), a família é quem eles (os próprios membros) dizem ser.

Na Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/42 e na Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria nº 1.395/99, observa-se a recolocação da família como espaço primordial para o cuidado ao idoso doente. Historicamente, no passado a família tinha como papel o cuidado com os seus, incluindo os idosos, e a figura do médico de família era muito frequente (LOUREIRO, 2010).

Na assistência domiciliar o familiar é o personagem coadjuvante. A sua atuação em conjunto com o doente e a equipe que o assiste promove um aprendizado significativo no que se refere a como cuidar do seu enfermo, conhecendo melhor a doença e suas complicações, principalmente, como evitar essas complicações a partir da prevenção pelo cuidado adequado, consciente e seguro. Quando o familiar compreende o objetivo da assistência domiciliar e consegue usufruir desse contato por intermédio do aprendizado, estando disposto ao aprendizado, o processo de cuidar torna-se mais fácil. Além do papel de aprendizado, o familiar também possibilita ao profissional que assiste ao seu enfermo a compreensão dos aspectos culturais, de visão de mundo e de contexto ambiental que envolve o doente (LOUREIRO, 2010).

Dentre os propósitos da família, destacam-se os seguintes: mediar às necessidades individuais de seus membros com as necessidades da sociedade e “modelar” as pessoas,

educando seus membros individualmente e interligando-os com a sociedade de forma a promovera sobrevivência e o crescimento de ambos (DUARTE; DIOGO, 2001).

Cuidador é o indivíduo que assume os cuidados no contexto domiciliar e, nessa função, representa o elo entre o paciente, à família e a equipe multiprofissional. Em nosso meio, até recentemente, utilizava-se a denominação cuidador informal e formal. O cuidador informal era o elemento da família, ou agregado a ela, que assumia as funções do cuidado em domicílio e o cuidador formal era o indivíduo contratado pela família para substituir o cuidador informal em suas funções, podendo ser ou não um profissional ligado à área de enfermagem (DUARTE; DIOGO, 2005).

A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (Cuidador Comunitário) pode ser habilitada a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. Deve ser treinado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio (LOPES, 2003).

O cuidador familiar geralmente reside na mesma casa e incumbe-se de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias do ser cuidado dependente, como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e a outros serviços requeridos, como, por exemplo, bancos ou farmácias (YUASO, 2007).

Santos (2003), em seu estudo sobre a construção do papel do cuidador, fala sobre a reprivatização do cuidado, processo que tem como propósito garantir aos idosos a manutenção dos vínculos afetivos e o conforto do espaço da casa, em oposição aos espaços indiferentes das instituições. Para Volich (2004), o cuidar pressupõe se colocar ao lado do sujeito, inclinar-se diante de sua dor. O cuidar convoca à experiência primordial de nossa história, em que a superação do desamparo, da fragilidade e da desorganização depende primordialmente da presença de um outro humano.

De acordo com o ministério de saúde o cuidador possui atribuições importantes, tais como “observar e identificar o que a pessoa pode fazer por si, avaliar as condições e ajudar a pessoa a fazer as atividades”. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo.

Uma equipe multiprofissional de cuidados é composta, em geral, por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem e cuidadores (AMARAL, 2001).

A equipe multiprofissional deve assumir a responsabilidade de ser uma importante aliada do cuidador no aprendizado das atividades de cuidado a serem realizadas no domicílio, quando, além de fornecer informações e conhecimento técnico, ela também é portadora de esperança e alento para o enfrentamento da situação de enfermidade na família (BRONDANI; BEUTER, 2009).

Com muita propriedade o Ministério da Saúde se pronuncia dizendo que outras atribuições deverão ser assumidas por uma equipe multiprofissional em se tratando de assistência domiciliar por Atenção Primária, dentre as quais, cita:

- Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;
- Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente co-responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;
- Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família, sempre que solicitado;
- Monitorizar o estado de saúde do paciente facilitando a comunicação entre família e equipe;
- Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores;
- Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD;
- Otimizar a realização do plano de assistência estabelecido para cada pessoa;
- Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, e a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar;
- Garantir o registro no prontuário domiciliar e de família na Unidade de Saúde;
- Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas.
- Dar apoio a família tanto para o desligamento após alta da AD, quanto para o caso de óbito, através da sua disponibilidade profissional;
- Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
- Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;
- Pactuar concordância da família para AD, dentro de seus limites de prestação de cuidado.
- Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da assistência domiciliar (AD).
- Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio eficaz;
- Solicitar avaliação da equipe de referência ou encaminhar, sempre que indicado (BRASIL, 2003)

7 FATORES DO INCREMENTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA

7.1 Mudanças demográficas

A mudança da composição da população humana no mundo todo é uma das características marcantes do século XX. A transição demográfica nos países desenvolvidos transcorreu de forma mais lenta, acompanhando a melhoria das condições de moradia,

saneamento, educação, nutrição, saúde e de emprego. Nos países menos desenvolvidos o processo começou mais tarde, mas com maior rapidez (MENDES, 2001).

O processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se refere a suas implicações sociais e em termos de saúde pública. No período de 1980 ao ano 2000, paralelamente a um crescimento da população total de 56%, estima-se um aumento da população idosa do Brasil de mais de 100%. A faixa etária com 60 anos ou mais passará de 5% da população total, em 1960, para 14% em 2025, quando então o Brasil figurará com uma proporção de idosos semelhante ao que é hoje registrado em países desenvolvidos (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Mendes (2010) descreve que, uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas (MENDES, 2010).

Face às transições demográfica e epidemiológica observadas em nosso país nas últimas décadas, muitos autores têm discutido as alterações nos perfis de saúde-doença das populações e suas implicações para a atenção à saúde. O impacto social causado pela velocidade com que se processaram as mudanças demográficas traduz-se em grandes dificuldades para o Estado brasileiro, que precisa lidar com um novo perfil epidemiológico em que predominam doenças crônico-degenerativas, sem que se substitua o anterior, em que predominavam as doenças infecto-contagiosas (GASPAR et al., 2007).

A constatação deste cenário tem contribuído para o desenvolvimento de serviços públicos e privados destinados a essa clientela, entre eles destaca-se o atendimento domiciliário, o qual se mostra ser a perspectiva na área da saúde neste milênio (RODRIGUES; BRÊTAS, 2002).

7.2 Custos

Vários autores atribuem o crescimento dos Programas de Atenção Domiciliar à “mudança do perfil etário da população”, cujo aumento da população idosa impacta em necessidades e custos em relação aos serviços de saúde. Este é, portanto mais um dado que corrobora com a ideia geral de que as operadoras se veem compelidas a iniciarem um processo de reestruturação produtiva, que tem suas bases na busca por um novo modelo de

produção do cuidado no sentido de reduzir seus custos operacionais (FRANCO; MEHRY, 2008).

Conforme descreve Ferreira (1989), o cálculo das despesas com a saúde-doença, nos países em que é feito com alguma precisão, tem levado nas últimas dezenas de anos a concluir que à medida que aumenta a estruturação do sistema e a variedade e extensão dos serviços prestados com o objetivo de assegurar cuidados a todas as pessoas e se aperfeiçoam os seus meios técnicos e de formação de pessoal, maior é a despesa absoluta e relativa e a consequente dificuldade de conseguir o dinheiro necessário, mesmo ao nível médio do funcionamento habitual dos serviços.

O aumento em flecha dos custos com a doença é, porém problema dos nossos dias, que os políticos e os economistas consideram extremamente difícil de resolver e não analisaram ainda em profundidade, porque para além dos aspectos contabilísticos, resultante dos fatores oferta (serviços) e procura (utentes) em desequilíbrio, haverá que considerar outro fator desprezado, até agora, e que é possibilidade de fazer diminuir o número de doentes ou de pessoas que procuram os serviços médicos, através da prevenção e promoção em saúde, ou seja, promovendo a mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico (FERREIRA, 1989).

Do ponto de vista das seguradoras e planos de saúde, o sistema de *home care* é capaz de reduzir custos de tratamento consideravelmente. Sendo assim, é cada vez mais viável se responsabilizar financeiramente pela internação domiciliar. Principalmente no caso de pacientes crônicos e que podem usufruir de uma expectativa de vida elevada com maior qualidade (SCHAHIN, 2010). Contudo, é importante ressaltar, que isso não significa que a assistência domiciliária seja "barata", mas que, comparativamente ao sistema hospitalar, seu custo é significativamente inferior (DUARTE; DIOGO, 2001).

7.3 Desenvolvimento tecnológico

Segundo Veras (2003), o aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que freqüentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado.

Enquanto em todos os ramos da economia a incorporação de novas tecnologias vem reduzindo custos e melhorando produtos e serviços, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo, ou seja, no caso da saúde, a cura e a melhora efetiva da qualidade de vida (VERAS, 2003).

Na última década, o atendimento em saúde passou por tremendas mudanças. O sistema todo vem se beneficiando não apenas com as inovações tecnológicas em termos de equipamentos, mas principalmente com os avanços da indústria farmacêutica, com a acurácia dos diagnósticos e com técnicas minimamente invasivas que abreviam sobremaneira a estada do paciente no ambiente hospitalar. Procedimentos que antes exigiam algumas semanas de convalescença agora requerem apenas alguns dias (SCHAHIN, 2010).

O desenvolvimento tecnológico também permite a simplificação dos equipamentos, tornando-os cada vez mais portáteis e de fácil manipulação, o que aumenta a possibilidade de o paciente continuar seu tratamento ou ser mantido em seu domicílio (DUARTE; DIOGO, 2001).

7.4 Interesse e aceitação dos profissionais

Atualmente, no cenário da atenção domiciliar, vê-se que ela tem despertado interesse em muitos profissionais de varias categorias; tem feito a economia crescer; a formação profissional para atuar na área está aumentando; existem cada vez mais artigos científicos sobre esta modalidade; a indústria farmacêutica tem investido no cuidado em domicílio; os hospitais estão desenvolvendo programas próprios para o suprimento de suas demandas; e o paciente tem apresentado melhoras na sua qualidade de vida (SANTOS, 2007).

8 CRITERIOS DE INCLUSÃO PARA O CUIDADO DOMICILIAR

Carletti; Rejani (2002) destacam que na implantação de um serviço de atenção domiciliária é imprescindível o estabelecimento de critérios de elegibilidade, onde se deve levar em consideração a infra-estrutura oferecida pelo mesmo e pelos equipamentos de retaguarda.

Esses critérios devem visar à equidade entre os pacientes a serem beneficiados, ou seja, os usuários com o mesmo tipo e grau de incapacidade são enquadrados ou não da mesma forma, sempre que se fizer necessário (CARLETTI; REJANI, 2002).

Para Brasil (2006) cada gestor deverá estabelecer os critérios que deverão ser seguidos pelo seu serviço de Internação Domiciliar. Sugerem-se como critérios de priorização no Serviço de Internação Domiciliar os seguintes itens:

Critérios clínicos:

- idosos, pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas agudizados clinicamente estáveis, pessoas que necessitam de cuidados paliativos, e pessoas com incapacidade funcional provisória ou permanente, com internações prolongadas ou reinternações, que demandam atenção constante.

Critérios administrativos:

- apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do usuário;
- residir na área coberta pelo serviço;
- Ter cuidador/responsável, que deverá assinar um termo de compromisso e responsabilidade.

Critérios assistenciais:

- possuir um responsável que exerça a função de cuidador;
- possuir no domicílio recursos mínimos de infra-estrutura;
- ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

Monteiro; Monteiro (2000) relatam que a empresa prestará seus serviços para pacientes nos seguintes casos:

- a) Pacientes pós-operados e clínicos:
 - Cardiopatias;
 - Vasculopatias;
 - Pneumopatias;
 - Geriatria;
 - Nefropatias;
 - Neoplasias;
 - Doenças crônicas e degenerativas;
 - Ortopedia;
 - Imunodeprimidos.
 - Moléstias infectocontagiosas;
 - Pediatria;
 - Transplantados.
- b) Terapias específicas:
 - Oxigenoterapia;
 - Fototerapia;
 - Fisioterapia;
 - Terapia medicamentosa (antibioticoterapia, quimioterapia etc.);
 - Terapia nutricional;
 - Tratamento da dor crônica;
 - Diálise peritoneal e CAPD;
 - Cuidados e orientação com cateteres, sondas etc.
 - Ostomias.

9 A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DO CUIDADO DOMICILIAR

O conceito de “Home Health Care” relacionado à internação domiciliar surgiu nos EUA na década passada, como uma alternativa aos altos custos de internação hospitalar, e logo revelou-se eficiente não somente na redução dos custos finais de infecções adquiridas em ambientes hospitalares, proporcionando assim inegáveis vantagens para o paciente e seus familiares, para o médico titular e para os seguros de saúde (MONTEIRO; MONTEIRO, 2000).

Cálculos feitos recentemente com planilhas de custos de seguradoras e planos de saúde revelaram números que, com o paciente em Internação Domiciliar a redução de custos em certas doenças atinge valores entre 20% e 60% comparativamente aos custos hospitalares da mesma enfermidade. Assim a decisão dos planos de saúde de entrar neste segmento se responsabilizando financeiramente pelas despesas tornou o Home Care uma alternativa realista e definitiva. Hoje a maioria destes planos cobrem quase integralmente os custos de Internação Domiciliar. O raciocínio que se segue é que o Home Care ao reduzir os custos para as seguradoras e planos de saúde estas poderiam até repassá-los para seus clientes ou no mínimo não reajustar suas mensalidades com frequência e o quantitativo que costumam fazer (FALCÃO, 1999).

Existem quatro grandes clientes das instituições que prestam assistência domiciliar: os pacientes e seus familiares, os médicos, os financiadores da saúde e os hospitais. As vantagens para os pacientes e familiares são as que mais se destacam no *Home Health Care*. Enquanto internados no hospital, os doentes vivenciam a doença e também o afastamento do seu lar, do círculo social e do trabalho. Experimentam sentimentos de medo, insegurança, receio pelo futuro e pela doença, que são exacerbados pelo fato de estarem em um ambiente alheio, onde são feitas ações de saúde que não têm o seu controle (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Muitos estudos realizados recentemente descrevem em detalhes essas vantagens, que são: evitar internações e suas conseqüências; diminuir o tempo de internação, manter o paciente em seu hábitat e no convívio com os seus familiares, dividir a responsabilidade dos cuidados do paciente com a família a qual está envolvida no planejamento e execução dos cuidados, suprir a dificuldade de locomoção do paciente, otimizar leitos e recursos hospitalares e minimizar o estresse e o desgaste familiar. A assistência domiciliar melhora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. A redução do risco de infecção hospitalar

também é um assunto muito abordado. O procedimento favorece a valorização da imagem institucional e é uma forma de se prestar assistência por um custo compatível (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009; FERREIRA; CANAVEZ, 2010).

Catib (2009) pontua que, as vantagens com relação a essa modalidade de assistência são várias. Há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais. Ainda pode ser levado em consideração outro benefício muito importante, porém de difícil mensuração, que seria a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar.

Morsch; Bordin (2009) destacam que a satisfação dos usuários de determinado serviço de saúde é um dos resultados a serem alcançados no processo de atenção à saúde, pois cada vez mais a opinião das pessoas é valorizada, para a realização adequada das ações em saúde. A qualidade do serviço de saúde prestado está intimamente ligada às mudanças no estado de saúde dos pacientes.

Ao realizem uma avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, de Venâncio Aires (RS), foi constatado um alto grau de satisfação entre seus pacientes e seus cuidadores, sendo assim possível verificar sua aceitação positiva entre os usuários (MORSCH; BORDIN, 2009).

Navarro et al (1993) apud Rehem; Trad (2005), realizou um estudo em Cuba sobre a qualidade da assistência prestada no domicílio, em que foram analisados os casos de internação em domicílio, comprovando-se que 88% dos casos assistidos evoluíram de forma satisfatória e 100% dos pacientes e familiares mostraram-se satisfeitos com esta modalidade de atenção.

Assim, percebe-se que a estrutura hospitalar convencional em termos de suporte médico, de enfermagem, fisioterápico e medicamentoso, é oferecido ao paciente, em seu domicílio, com segurança, comodidade, contribuindo ao seu bem-estar e aceleração de sua recuperação (MONTEIRO; MONTEIRO, 2000).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado domiciliário ressurgiu como uma das possibilidades de promover mudanças na qualidade da atenção à saúde, pautado na reversão do modelo assistencial centrado no hospital e no profissional médico, privilegiando a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da assistência. Portanto, cabe aos profissionais atentar para esta nova concepção e buscar atualização e qualificação profissional, para atuar nesse campo de trabalho, espaço que trará grandes perspectivas para o profissional, visto os fatores que favorecem a implementação desse modelo.

Face a esta crescente fase de custo/benefício, com real adaptação dos profissionais de saúde, paciente e família, no acompanhamento domiciliar, permite prever-se um potencial futuro para esta modalidade efetiva e de resultados na área da saúde. Este sucesso traz uma grande alternativa para a medicina moderna.

REFERÊNCIAS

AMARAL, N. N. do et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, v.9, n. 3, São Paulo, 2001.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência domiciliar** – documento preliminar. Brasília, DF, 2001.

_____. _____. Grupo Hospitalar Conceição Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

_____. _____. CONASS. (Nota técnica 02). Política Nacional de Internação Domiciliar. Brasília, DF, 2006. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2002-06.pdf>> Acesso em: 30 set. 2010.

_____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=0642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

CARLETTI, S. M. M.; REJANI, M. I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Netto, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

CASTRO, A.A. Formulação da pesquisa. In: CASTRO, A.A. **Revisão sistemática com e sem metanálise**. São Paulo: AAC, 2001. Disponível em: <<http://www.metodologia.org>>. Acesso em: 5 ago. 2010.

CATIB, T. A. Inclusão na internação domiciliar: o impacto da desospitalização para o paciente. P. 21-28. In: _____; **Prata da casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida**. São Paulo: Oboré, 2009.

COELHO FILHO, J. M. RAMOS, L.R.. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 1999.

DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

_____. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

FABRICIO et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, 2004.

FALCÃO, H.A. Home Care: uma alternativa ao atendimento da saúde. **Revista Virtual de Medicina**, v. 2, n. 7, 1999.

FERREIRA, F. A. G. **Sistema de saúde e seu fundamento**. Lisboa: FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 1989.

FERREIRA, J.M; CANAVEZ, M.F. Assistência domiciliar: um estudo reflexivo. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, v. 2, n. 2, abr/jun, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; MEHRY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Pan Americana de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, 2008.

FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação positiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008.

GASPAR et al. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo PSF no município de São Paulo. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, 2007.

GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Texto & Contexto**, v. 15, n. 4, out/dez, 2006.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, maio./ago, 2006.

LORETTA, S. A importância da Assistência domiciliar no atual cenário da saúde. In: _____; **Prata da casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida**. São Paulo: Oboré, 2009. P. 18-20.

MAZZA, M. M. P. R. **A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>>. Acesso em: 10 set. 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UNERJ, UnATI, 2001.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MONTEIRO, C. P.; MONTEIRO, J. L. Internação domiciliária. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MONTEIRO, C. P.; MONTEIRO, J. L. Atendimento domiciliar: um enfoque multidisciplinar de atenção ao idoso. In: CALKINS, E.; FORD, A. B.; KATZ, P. **Geriatría prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MORSCH, P.; BORDIN, R. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do programa de assistência domiciliar do Hospital São Sebastião Mártir, Sul do Brasil. **Revista HCPA**, v. 29, n. 3, 2009.

REHEM, T. C. M. S. B; TRAD, L. A. B.; Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, 2005.

RODRIGUES, M. R.; BRÊTAS, A. C. P. O significado da assistência domiciliária para o idoso e/ou seu cuidador familiar matriculados em um programa público de assistência domiciliária ao idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2002.

ROESE, A; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2004.

SANTOS, T. S. **Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Rio de Janeiro, 2007.

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. **Visita domiciliar: Grupo de Estudos em Saúde da Família**. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em: http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm. Acesso em: 15 set. 2010.

SCHAHIN, G. **Home Care: possibilidade real em saúde**. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=65709>>. Acesso em: 15.set.2010.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al., 2008. Internação Domiciliar: Reflexões sobre a participação do cuidador/família/ enfermeiro no cuidado. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 12, n. 1, 2008.

SILVA, J. R. S. **Sistema Único de Saúde: modalidades de atendimento e suas interações: um olhar da enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

SILVA, K.L.; et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TAVOLARI, C.E.L.; FERNADES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, v. 3, n. 9, out./dez., 2000.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n.3, 2003.

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

ANEXO

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006

D.O. de 30/01/2006

*Dispõe sobre o Regulamento
Técnico de Funcionamento de
Serviços que prestam
Atenção Domiciliar*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da Anvisa aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea “b”, § 1º, do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 23 de janeiro de 2006, considerando a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar; considerando que os serviços de saúde que oferecem esta modalidade de atenção são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito; considerando a necessidade de disponibilizar informações aos serviços de saúde, assim como aos órgãos de vigilância sanitária, sobre as técnicas adequadas de gerenciamento da atenção domiciliar e sua fiscalização; adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, constante do Anexo desta Resolução.

Art. 2º Determinar que nenhum Serviço de Atenção Domiciliar pode funcionar sem estar licenciado pela autoridade sanitária local, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico de que trata o Art. 1º desta RDC e demais legislações pertinentes.

Art. 3º As Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, visando o cumprimento do Regulamento Técnico, poderão estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º Todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos devem ter a referencia automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977, suas atualizações, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Esta Resolução da Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

ANEXO

Regulamento Técnico para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar

1. Objetivo

Estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar.

2. Abrangência do Regulamento

Esta resolução é aplicável a todos os Serviços de Atenção Domiciliar, públicos ou privados, que oferecem assistência e ou internação domiciliar.

3. Definições

3.1 Admissão em Atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas:

indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

3.2 Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

3.3 Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

3.4 Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

3.5 Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

3.6 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

3.7 Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

3.8 Plano de Atenção Domiciliar - PAD: 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.

3.9 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

3.10 Tempo de Permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

4. Condições Gerais

4.1 O SAD deve possuir alvará expedido pelo órgão sanitário competente.

4.2 O SAD deve possuir como responsável técnico um profissional de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional.

4.3 O SAD deve estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4.4 O SAD deve possuir um regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento.

4.5 O SAD deve elaborar manual e normas técnicas de procedimentos para a atenção domiciliar, de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada.

4.6 A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente.

4.7 O profissional de saúde que acompanha o paciente deve encaminhar ao SAD relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências.

4.8 A equipe do SAD deve elaborar um Plano de Atenção Domiciliar - PAD.

4.9 O PAD deve contemplar:

4.9.1. a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente;

4.9.2. requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento;

4.9.3. o tempo estimado de permanência do paciente no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais;

4.9.4 a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento.

4.10 O PAD deve ser revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso.

4.10.1 A revisão do PAD deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do SAD.

4.11 O registro dos pacientes em atenção domiciliar e o PAD devem ser mantidos pelo SAD.

4.12 O SAD deve manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

4.12.1 O prontuário domiciliar deve conter identificação do paciente, prescrição e evolução multiprofissional, resultados de exames, descrição do fluxo de atendimento de Urgência e Emergência, telefones de contatos do SAD e orientações para chamados.

4.12.2 O prontuário deve ser preenchido com letra legível e assinado por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente.

4.12.3 Após a alta ou óbito do paciente o prontuário deve ser arquivado na sede do SAD, conforme legislação vigente.

4.12.4 O SAD deve garantir o fornecimento de cópia integral do prontuário quando solicitado pelo paciente ou pelos responsáveis legais.

4.13 O SAD deve fornecer aos familiares dos pacientes e/ou cuidadores orientações verbais e escritas, em linguagem clara, sobre a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta.

4.14 O SAD deve prover por meio de recursos próprios ou terceirizados, profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

4.15 O SAD deve observar, como critério de inclusão para a internação domiciliar, se o domicílio dos pacientes conta com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

4.16 O SAD deve controlar o abastecimento domiciliar de equipamentos, materiais e medicamentos conforme prescrição e necessidade de cada paciente, assim como meios para atendimento a solicitações emergenciais.

4.17 O SAD deve assegurar o suporte técnico e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

4.18 O SAD deve estabelecer contrato formal, quando utilizar serviços terceirizados, sendo que estes devem ter obrigatoriamente Alvará Sanitário atualizado.

4.19 O SAD deve elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visando a redução da incidência e da gravidade desses eventos.

4.20 O SAD deve possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e emergência.

4.21 O SAD deve garantir aos pacientes que estão em regime de internação domiciliar, a remoção ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e emergência.

5.5 Condições Específicas

5.1 O SAD deve assegurar os seguintes serviços básicos de retaguarda de acordo com a necessidade de cada paciente e conforme estabelecido no PAD:

5.1.1 referência para atendimento de urgência e emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida;

5.1.2 referência ambulatorial para avaliações especializadas, realização de procedimentos específicos e acompanhamento pós alta.

5.2 O SAD deve assegurar os seguintes suportes diagnósticos e terapêuticos de acordo com o PAD:

5.2.1 exames laboratoriais, conforme RDC/ANVISA nº. 302 de 2005;

5.2.2 exames radiológicos, conforme Portaria SVS/MS nº. 453 de 1998;

5.2.3 exames por métodos gráficos;

5.2.4 hemoterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 153 de 2004;

5.2.5 quimioterapia, conforme RDC/ANVISA nº. 220 de 2004;

5.2.6 diálise, conforme RDC/ANVISA nº. 154, de 2004;

5.2.6.1 na realização da hemodiálise o dialisador deve ser de uso único.

5.2.7 assistência respiratória com oferta de equipamentos, materiais e gases medicinais compreendendo procedimentos de diferentes graus de complexidade;

5.2.7.1 a ventilação mecânica invasiva só é permitida na modalidade de internação domiciliar com acompanhamento do profissional da Equipe Multiprofissional de Atenção domiciliar - EMAD;

5.2.7.1.1 caso o equipamento seja acionado por energia elétrica o domicílio deve ser cadastrado na companhia de fornecimento de energia elétrica local;

5.2.7.1.2 deve haver sistema alternativo de energia elétrica ligado ao equipamento com acionamento automático em no máximo 0,5 segundos;

5.2.7.2 quando houver instalação de sistema de suprimento de gases medicinais canalizada, esta deve estar de acordo com a NBR 12.188;

5.2.7.3 O enchimento dos cilindros de gases medicinais não deve ser realizado no domicílio do paciente.

5.2.8 Nutrição Parenteral conforme Portaria SVS/MS nº 272 de 1998;

5.2.8.1 compete a EMAD verificar e orientar as condições de conservação da nutrição seguindo as exigências do regulamento do item 5.2.8.

6. Recursos humanos

6.1 O SAD deve possuir EMAD que atenda ao seu perfil de demanda e ser dimensionada para o atendimento de cada paciente conforme o PAD.

6.2 O SAD deve garantir educação permanente para a EMAD.

6.2.1 As capacitações devem ser registradas contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e tempo de duração das atividades.

6.3 O SAD que mantiver em estoque medicamentos sujeitos ao controle especial deve contar com farmacêutico habilitado, conforme Portaria SVS/MS nº. 344 de 1998.

6.3.1 caso o SAD esteja inserido em um serviço de saúde, pode contar com o apoio do profissional da farmácia do mesmo.

6.4 O SAD deve garantir o fornecimento e orientar o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme as atividades desenvolvidas.

7. Infra-estrutura física

7.1. O domicílio do paciente deve possibilitar a realização dos procedimentos prescritos no PAD.

7.2 Infra-estrutura da Sede do SAD

7.2.1 O SAD deve possuir infra-estrutura física conforme a RDC/ANVISA nº. 50 de 2002; com os seguintes ambientes:

7.2.1.1 recepção;

7.2.1.2 área de trabalho para a equipe administrativa com arquivo;

7.2.1.3 área de trabalho para a EMAD;

7.2.1.4 almoxarifado;

7.2.1.5 instalações de conforto e higiene;

7.2.2 O SAD que estiver inserido em um serviço de saúde pode compartilhar os ambientes descritos no item 7.3.1.

8. Equipamentos, medicamentos e materiais

8.1. O SAD deve prover equipamentos, medicamentos e materiais conforme definido no PAD.

8.2 Os equipamentos, medicamentos e materiais devem estar regularizados junto à ANVISA/MS, conforme legislação vigente.

8.3 O SAD deve possuir um sistema de controle que permita a rastreabilidade dos equipamentos, dos medicamentos e dos materiais.

8.4 O transporte de equipamentos, medicamentos e materiais deve ser efetuado conforme orientação do fabricante, de forma a garantir sua integridade.

8.5 Os equipamentos devem ser calibrados periodicamente, conforme instruções do fabricante.

8.6 O SAD deve garantir a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e manter registros das mesmas.

8.7 Para a instalação dos equipamentos no domicílio, o SAD deve:

8.7.1 Verificar as condições de instalação conforme manual de operação do fabricante;

8.7.2 Realizar os testes de funcionamento dos equipamentos;

8.7.3 Orientar o paciente, os familiares e cuidadores quanto ao manuseio dos equipamentos e os riscos a eles associados.

8.8 O SAD deve substituir prontamente os equipamentos com problemas de operação.

8.9 O SAD deve fornecer baterias dos equipamentos de suporte a vida.

9. Procedimentos de suporte técnico e logístico

9.1 O SAD deve garantir a implantação das normas e rotinas de limpeza e desinfecção de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente, sob supervisão do responsável pelo PCPIEA.

9.2 O responsável técnico do SAD deve elaborar e implantar o plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde - PGRSS, conforme RDC/ANVISA nº. 306, de 2004.

10. Avaliação da assistência domiciliar

10.1 Compete ao SAD a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global.

10.2 A avaliação referida no item 10.1 deve ser realizada levando em conta os indicadores abaixo:

Nº	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção nadomiciliar modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	mensal
2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100 [%]	mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que domiciliar atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	mensal

4	Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar	(Número de pacientes em assistência domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade assistência domiciliar no mês) * 100 [%]	mensal
5	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	mensal

1 – Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.

10.3 O SAD deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior em todos os meses de janeiro e julho.

10.4 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA.

11. Disposições transitórias

11.1 O SAD já em funcionamento têm prazo máximo de 365 dias após a publicação, para se adequar aos disposições deste regulamento.

11.2 Para o início ou reinício das atividades os serviços devem atender na íntegra as disposições deste regulamento.