

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PRIVADO DO INTERIOR PAULISTA

Suzele Cristina Coelho Fabrício¹
Grasiela Wehbe²
Flávia Bevilacqua Nassur³
José Ivan de Andrade⁴

Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; 12(5):721-6.

A Assistência domiciliar (*home care*), definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizadas na casa do paciente, abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional. Este estudo visa a transmitir a experiência do serviço de assistência domiciliar do Hospital São Francisco (HSF), de Ribeirão Preto, apresentando os resultados de 12 meses de atividades (período de setembro de 2001 a agosto de 2002). Durante o período analisado, o serviço prestou atendimento, em sua maioria, a mulheres (57%), com idade predominantemente entre 70-80 anos (30%), com diagnóstico prevalente de doença neurológica (27%) e neoplasias (17%). O setor possui, como coordenadoras, enfermeiras, também responsáveis pela captação do cliente. O trabalho é realizado por uma equipe interprofissional que realiza desde procedimentos, como coleta de exames laboratoriais, curativos, cuidados com sondas e ostomias, até internação domiciliar.

DESCRITORES: serviços de assistência domiciliar; cuidados integrais de saúde; instituições de saúde

HOME CARE: THE EXPERIENCE OF A PRIVATE HOSPITAL IN THE STATE OF SÃO PAULO

Home care is defined as a group of hospital procedures that can be developed at home, encompassing health actions developed by a multiprofessional team. This study aims at disseminating the experience of a home care service offered by São Francisco Hospital, located in the city of Ribeirão Preto, presenting the results of a 12-month period (from September 2001 to August 2002). During the analyzed period, the service provided care mainly to women (57%), with age between 70 and 80 years (30%), with diagnosis of neurological diseases (27%) and tumors (17%). The sector is coordinated by nurses, who are also responsible for bringing in clients. The work is performed by an interprofessional team that performs procedures of collecting material for lab examinations, dressing, deliver care with catheters and ostomies, as well as home hospitalization.

DESCRIPTORS: home care services; comprehensive health care; health facilities

ATENCIÓN DOMICILIARIA: LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO DEL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

La atención domiciliaria, definida como un conjunto de procedimientos hospitalarios que pueden ser realizados en la casa del paciente, engloba acciones de salud desarrolladas por un equipo interprofesional. Este estudio visa transmitir la experiencia del servicio de atención domiciliaria del Hospital São Francisco (HSF) de Ribeirão Preto, Brasil, presentando los resultados de 12 meses de actividades (período de septiembre de 2001 a agosto de 2002). Durante el período analizado, el servicio prestó atención a, en su mayoría, mujeres, (57%), con edad predominantemente entre 70-80 años (30%) y con diagnóstico predominante de enfermedad neurológica (27%) y neoplasias (17%). El sector cuenta con coordinadoras enfermeras, también responsables por la captación del cliente. El trabajo es realizado por un equipo interprofesional que realiza desde procedimientos como recolección de exámenes de laboratorio, curativos, cuidados con sondas y ostomías, hasta la internación domiciliaria.

DESCRIPTORES: servicios de atención de salud a domicilio; atención integral de salud; instituciones de salud

¹ Enfermeira, Mestre, e-mail: hospitalar@saofrancisco.com.br; ² Enfermeira, Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem; ³ Coordenador de Enfermagem; ⁴ Diretor Técnico. Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, São Paulo

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde⁽¹⁾.

Nos EUA (pioneiro nesta atividade), o hospital de Boston, em 1780, implantou o *home care*. Em grande parte, esses serviços foram formados por associação de enfermeiras visitadoras, fundada por mulheres, de cunho filantrópico⁽²⁾. Em 1885, com o aumento de trabalhos nessas perspectivas, houve estabelecimento da primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (Visiting Nurses Association - VNA)⁽³⁾. Em 1947, o Hospital de Montefiori, em Nova York, introduziu conceitos de *home care* como sendo uma extensão do atendimento hospitalar⁽⁴⁾. O número de serviços cresceu após a Segunda Guerra Mundial. Em contrapartida, as visitas domiciliárias realizadas por médicos começaram a declinar, ressaltando trabalhos de enfermeiras visitadoras (VNAs)⁽³⁾. Atualmente, nos EUA, a indústria de *home care* continua crescendo, existem dados de 18,5 mil serviços nos EUA⁽⁵⁾.

Alguns estudos também se referem à existência de assistência domiciliar no sistema de saúde europeu⁽²⁾. Um dos motivos de implantação foi devido a fatores como envelhecimento, elevação de custos e novas políticas em cuidados à saúde. Mostram, também, que, entre os países europeus, há um *"pacto pela saúde entre os vários atores sociais e uma integração entre as estruturas pública e privada"*.

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⁽⁴⁾. 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⁽⁶⁾. Em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU).

Principais responsáveis por esse serviço foram os sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com o vigente atendimento de urgência. Qualquer médico do plantão saía em ambulâncias para o atendimento. A demanda era feita via telefônica, diretamente aos postos de urgência. Havia visitas domiciliares regulares por médicos a previdenciários com doenças crônicas⁽⁴⁾.

Nos anos 60, foi observada uma valorização dos âmbitos familiares comunitários, com espaço para atendimento de saúde, tendo ocorrido, no mesmo ano, a implantação do programa pioneiro de assistência domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPEP)⁽²⁾. A partir de então, foram surgindo vários outros serviços, privados e públicos, cada qual se moldando às necessidades de sua clientela. Foi um serviço criado para atender basicamente pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio, convalescentes que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros, portadores de enfermidades que exigiam repouso. Até dezembro de 1997, já haviam sido cadastrados, neste serviço, 11.144 doentes, com predomínio de patologias como neoplasias, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica⁽⁴⁾.

A partir da década de 90, várias outras implantações de serviços de assistência domiciliar surgiram, como, por exemplo, na Volkswagen do Brasil. Ainda houve implantações em prefeituras, hospitais públicos e privados, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros.

O que pode ser verificado é que muitos dos serviços de assistência domiciliar estão dividindo sua forma de assistência basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar.

Visita domiciliar pode ser entendida como atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente onde vive, para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio.

Por atendimento domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio, e a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com a complexidade do cuidado requerido.

Internação domiciliar são atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini-hospital). A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré-estabelecida (6, 12 ou 24 horas). Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio.

Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte para exames diagnósticos ou orientação (alguns serviços contam com esse suporte). A maioria dos serviços conta com uma central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário.

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⁽⁷⁻⁸⁾. 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.

Integra-se a uma boa e moderna administração hospitalar a busca por redução de custos, em conjunto com assistência mais humanizada, que proporcione melhor qualidade de vida, principalmente a pacientes crônicos, terminais e idosos⁽⁹⁾. A assistência domiciliar, sem dúvida, inclui-se nessa visão administrativa, e foi em busca dessa filosofia que o Hospital São Francisco (HSF) criou, em 2001, o seu serviço.

Durante a implantação, foi difícil a obtenção de estudos científicos brasileiros referentes ao tema. Frente a essa escassez e com a intenção de contribuir um pouco mais com estudos, os pesquisadores se propuseram a iniciar um trabalho com o objetivo de transmitir a experiência do serviço de assistência domiciliar do Hospital

São Francisco (HSF), apresentando os resultados de 12 meses de atividades.

MATERIAL E MÉTODO

O local de estudo foi o serviço de assistência domiciliar do Hospital São Francisco (HSF), entidade hospitalar privada, situada no município de Ribeirão Preto-SP.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise de arquivos eletrônicos que a equipe possuía, sobre a história da implantação do serviço. Também foram utilizadas informações que os próprios pesquisadores já possuíam, uma vez que eles são os idealizadores, coordenadores e fundadores do setor.

Foi utilizada estatística descritiva para análise dos dados.

RESULTADOS

Esse serviço foi implantado em agosto de 2001, por enfermeiras que, antes, atuavam no setor de emergência do referido hospital. Hoje conta com uma equipe interprofissional composta pela área médica, de enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia. Possui uma central telefônica em funcionamento 24 horas (executada por enfermeiras) e ambulância para atendimento de urgência e emergência e para transporte.

São realizadas as seguintes modalidades de atendimento: visita domiciliária, atendimento domiciliar e internação domiciliária

A captação para inclusão do cliente é realizada por enfermeiras que, juntamente com o médico do cliente e família, estabelecem o plano de cuidado que será oferecido em casa. Possui, como critério de inclusão, ter indicação médica, ser acamado ou possuir dificuldade para deambulação, residir no município de Ribeirão Preto, possuir cuidador apto para dar continuidade aos cuidados e comprometer-se em aderir totalmente ao tratamento proposto.

Durante o período de setembro de 2001 a agosto de 2002, foram atendidos 240 clientes (média de 67 pacientes/mês), 139 (58%) eram mulheres, e 101 (42%), homens. A maioria (29,6%) possuía idade entre 70-80 anos, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos clientes atendidos pelo serviço de *home care* do HSF – Ribeirão Preto, segundo faixa etária, setembro de 2001 a agosto de 2002

Faixa etária	N	%
0-10	3	1,2
10-20	5	2,1
20-30	11	4,6
30-40	13	5,4
40-50	17	7,1
50-60	22	9,2
60-70	54	22,5
70-80	71	29,6
80-90	33	13,7
> 90	11	4,6
Total	240	100,0

Os diagnósticos foram agrupados em sistemas fisiológicos afetados e podem ser observados na Figura 1. Os mais comuns a esses clientes foram atinentes à doença neurológica (27%), predominando Alzheimer e Parkinson. As neoplasias (17%) ocuparam a segunda posição, sendo originárias, em ordem decrescente de, diagnósticos relacionados ao pulmão, intestino, pele e encéfalo. Deve ser observado que essa questão foi de resposta múltipla, ou seja, os clientes, principalmente idosos, possuíam mais de uma patologia a ser tratada. Todos os clientes possuíam um cuidador (formal ou informal, familiar ou não), obedecendo a um dos critérios para inclusão do cliente no serviço.

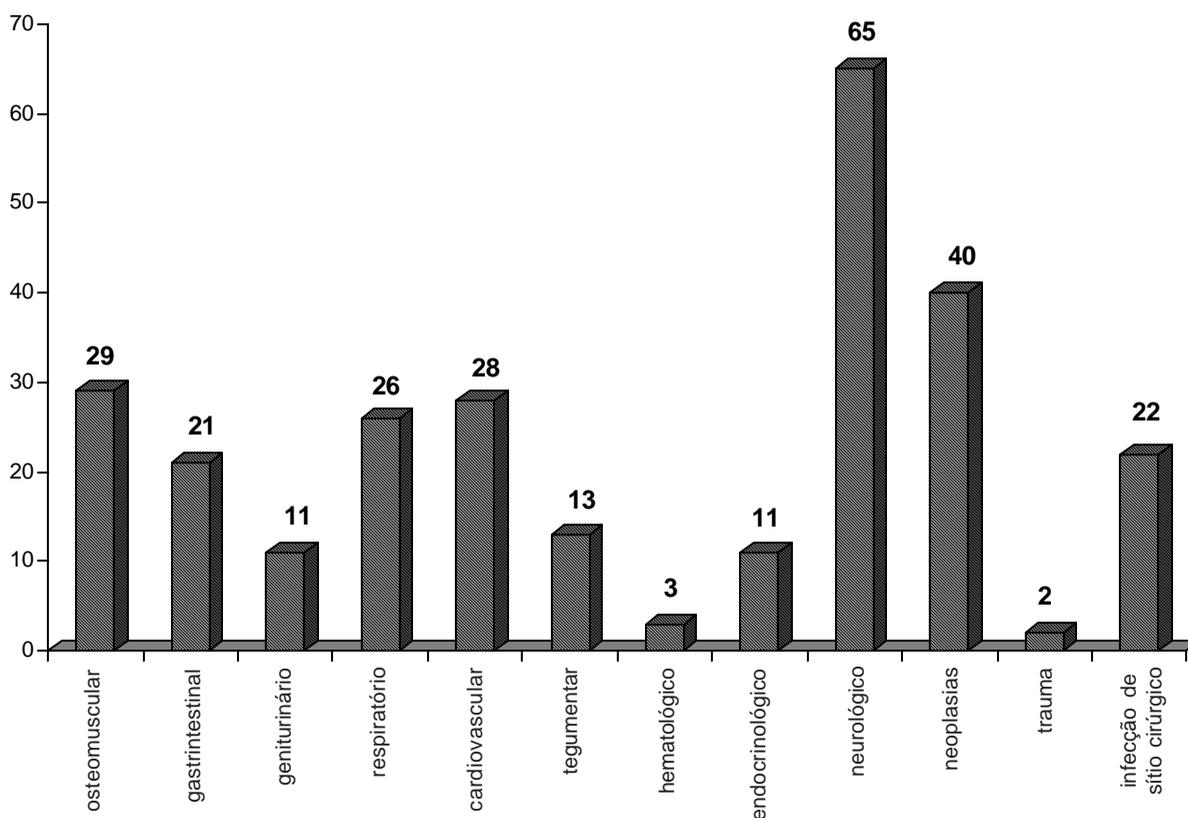


Figura 1 - Doenças mais freqüentemente encontradas nos clientes atendidos pela equipe, segundo sistema fisiológico afetado. Ribeirão Preto, setembro de 2001 a agosto de 2002

O atendimento a todos os clientes foi executado por uma equipe interprofissional. Foram realizadas 7174 visitas de enfermagem (por enfermeiras e auxiliares de enfermagem). As enfermeiras gerenciavam todo o atendimento, realizando planejamento do cuidado e solicitando avaliação de outros profissionais. A freqüência dessas visitas foi estabelecida conforme necessidade do cliente, imposta por sua patologia e tratamento. Os procedimentos mais realizados foram curativos, antibioticoterapia, hidratação parenteral, internação

domiciliar, monitoramento de pacientes em oxigenoterapia, lavagens intestinais, cuidados com traqueostomias e sondas. O tempo de atendimento de enfermagem variou de 30 minutos a internação 24 horas.

As visitas de fisioterapia totalizaram 2874 atendimentos. Nesses momentos, foram orientados e realizados exercícios motores e respiratórios, procedimentos com traqueostomia e aspiração nasotraqueal, entre outros. Esses profissionais também acompanharam clientes em ventilação mecânica. A

nutrição somou 108 atendimentos, o profissional responsável pela área foi contratado posteriormente ao início do serviço, conforme demanda. Não há dados de atendimento psicológico porque o profissional para esse atendimento foi contratado posteriormente à data deste estudo.

DISCUSSÃO

Pôde ser verificado que, durante a análise de um ano de funcionamento do atendimento domiciliar do HSF, houve predominância de atendimento a mulheres (58%) e pessoas com idade superior a 60 anos (70%). No Programa de Visita Domiciliária do Idoso (PROVIDI), 57% dos pacientes eram do sexo feminino⁽¹⁰⁾. No Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), durante 24 meses, também foi observada predominância de assistência domiciliária a mulheres (60%) e a pessoas com idade superior a 60 anos (73%)⁽¹¹⁾. O número maior de mulheres pode ter explicação na expectativa de vida de cinco anos, superior no sexo feminino, em relação ao masculino⁽¹²⁾. O fato de a maioria dos clientes serem idosos pode ter relação com o aumento da expectativa de vida e com a prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, tornando-os mais propensos à necessidade de cuidados domiciliares, principalmente pela grande dificuldade de locomoção que muitos apresentam, devido à senescência e à senilidade.

Com relação aos diagnósticos mais encontrados nos clientes do *home care* do HSF, foi verificado que 65 (27%) necessitaram de atendimento por problemas neurológicos, sendo Alzheimer e Parkinson as doenças mais freqüentes, e 40 (17%), por neoplasias, igualando-se à realidade de outros estudos^(11,13). Na prática, o que se nota é que problemas neurológicos e neoplasias debilitam muito o cliente e abalam demais os familiares e/ou cuidadores. Os clientes requerem muita ajuda, principalmente com a evolução de sua doença. A maioria tornou-se acamada, ou, em pouco tempo evoluiu para tal. A prevalência dessas doenças pode, mais uma vez, estar relacionada ao fato de a maioria dos clientes serem idosos, o que coincide com a prevalência das doenças crônico-degenerativas na terceira idade⁽¹⁴⁾.

Todo o atendimento prestado aos clientes foi, em sua maioria, realizado por uma equipe interprofissional. Atuando dessa forma, o cuidado ao cliente pôde ser

planejado como um todo e não com segmentação de especialidades. Cada profissional realizou seu trabalho de forma integrada à equipe, realizando reuniões semanais e contatos até diários para sanar as necessidades que surgiram. Pôde ser percebido que esse trabalho ajudou na recuperação e reabilitação do doente e propiciou uma melhor integração entre a equipe e o cuidador e/ou família. Esses parecem confiar melhor no tratamento proposto e, dessa forma, tornam-se mais colaborativos. A família e/ou cuidador têm papel fundamental no cuidado ao cliente em seu domicílio.

Atualmente, há muita discussão sobre a situação do sistema de saúde do Brasil. A assistência domiciliar, sem dúvida, é uma realidade de trabalho que pode ajudar a sanar um pouco da deficiência encontrada na assistência à saúde do país. Resgatou-se a grande importância do cuidado prestado no domicílio e de um profissional de saúde mais atuante em todos os níveis de assistência. Com essa modalidade, o profissional pode proporcionar não apenas cuidados ao cliente, mas também realizar um intenso trabalho de educação com cuidadores e/ou familiares, tornando-os aptos e seguros para continuidade do cuidado.

CONCLUSÃO

Durante os doze meses de atividade do serviço de *home care*, houve predomínio de atendimento a clientes com faixa etária entre 70-80 anos, sexo feminino, com doenças neurológicas. O programa possui uma equipe interprofissional composta por profissionais de enfermagem, de psicologia, de nutrição, de fisioterapia e de medicina. A coordenação de todo o setor é de responsabilidade de enfermeiras, as quais são, também, as responsáveis pela captação e inclusão do cliente no programa.

No decorrer do período estudado, o setor não teve nenhuma notificação do serviço de atendimento ao cliente (SAC), referente a reclamações sobre o trabalho, fato que pode ser considerado um indicativo de satisfação dos clientes atendidos com relação ao atendimento.

Deve ser ressaltado que a assistência domiciliária, quando realizada com responsabilidade, competência e supervisão, pode trazer muitos benefícios ao cliente e à sua família. A recuperação e a reabilitação podem ser realizadas de forma mais segura e eficaz, proporcionando

um cuidado embasado na realidade em que vive o cliente e, por conseguinte, uma melhor avaliação de suas reais necessidades.

Prestar assistência domiciliar não é apenas concretizar uma nova modalidade de assistência à saúde,

mas, sim, tornar possível às pessoas experienciarem uma nova forma de atenção à saúde, aliada a conhecimento e tecnologia. É realizar assistência baseada na realidade de cada indivíduo, proporcionando cuidado individualizado e mais humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carleti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.
2. Albuquerque SMRL de. Assistência domiciliar: diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2001.
3. Rice R. Home care nursing practice: historical perspective and philosophy of care. In: Rice R. Home care nursing practice: concepts and application. St^a Louis: Mosby (USA); 2001. p. 3-14.
4. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001.
5. Duarte YA de O, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
6. Cunha ICKO. Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1991.
7. Jones J, Wilson A, Parkes M, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Parker G. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care cost minimisation analysis of data from randomised controled trial. *BMJ* 1999; 319:1547-50.
8. Landi F, Gambassi G, Pole R, Tabaccanti S, Cavinato PV, Bernabei R. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr* 1999; 47(12):1430-4.
9. Andreoni S, Silva SH, Fernandes RAQ. Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo. *Rev Med HU-USP* 1994;4:77-85.
10. Duarte YA de O, Jacob W Filho, Domingos MA, Izzo H. Programa de visita domiciliária ao idoso - PROVIDI. In: Duarte YA de O, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.519-38.
11. Jacob W Filho, Chiba T, Andrade MV. Assistência domiciliária interdisciplinar em uma instituição de ensino. In: Duarte YA de O, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.539-44.
12. Papaléo Netto M, Tieppo A. Serviço de assistência domiciliária da clínica geronto-geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. In: Duarte YA de O, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.549-64.
13. Nakano CCU, Mende HCB, Pereira AHJAR, Nakano MV, Baldo R, Carvalho LG, et al. Estudo da evolução clínica de pacientes em atendimento domiciliar: análise de 100 pacientes. *Rev Bras Clin Terap* 2001 março; 27(2):60-2.
14. Forratini OP. *Epidemiologia Geral*. São Paulo (SP): Edgard Bluchei; 1976. p.30-31