



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Educação

ESCOLA ESTADUAL DE
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - EEEP
ENSINO MÉDIO INTEGRADO À EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CUIDADO DOMICILIAR



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Educação

Governador

Cid Ferreira Gomes

Vice Governador

Domingos Gomes de Aguiar Filho

Secretária da Educação

Maria Izolda Cella de Arruda Coelho

Secretário Adjunto

Maurício Holanda Maia

Secretário Executivo

Antônio Idilvan de Lima Alencar

Assessora Institucional do Gabinete da Seduc

Cristiane Carvalho Holanda

Coordenadora da Educação Profissional – SEDUC

Andréa Araújo Rocha

CUIDADO DOMICILIAR

DISCIPLINA 19

MANUAL DO (A) ALUNO(A)

Julho/ 2013
FORTALEZA/CEARÁ

Equipe de elaboração

Secretaria Educação do Estado do Ceará

Roberta Grangeiro de Oliveira. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada.

Vanira Matos Pessoa. Mestre em Saúde Pública. Especialista em Saúde da Família e Educação Comunitária em Saúde. Doutoranda em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Ceará.

Sumário

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. Apresentação..... | 04 |
| 2. Objetivos de Aprendizagem | 05 |
| 3. Conteúdo Programático..... | 06 |
| 4. Atividades Sócio afetivas..... | 07 |
| 5. Atividades Cognitivas..... | 07 |
| V. Referências bibliográficas | 58 |

Apresentação

Este é o décimo nono Manual Pedagógico correspondente à disciplina, Cuidado domiciliar, com carga horária de 40 horas/aula do segundo ciclo do curso, que é o ciclo intermediário. Este é o nono manual do segundo ano do Curso Técnico de Enfermagem e abordagem os temas específicos da formação do profissional técnico de enfermagem.

Contém os objetivos de aprendizagem referentes ao tema acompanhado do conteúdo, no intuito de deixar claro o que é esperado do aluno ao final da disciplina. Propõe atividades pedagógicas que focam as habilidades e o eixo cognitivo do processo de aprendizagem. Disponibilizamos uma bibliografia de referência do Manual.

Elaborado com o objetivo de qualificar o processo de ensino-aprendizagem, este Manual é um instrumento pedagógico que se constitui como um mediador para facilitar o processo de ensino-aprendizagem em sala de aula.

Esperamos contribuir para a consolidação do compromisso e envolvimento de todos (professores e alunos) na formação desse profissional tão importante para o quadro da saúde do Ceará.

Objetivos de Aprendizagem

Ao final da disciplina os alunos devem ser capazes de...

1. Conhecer os fundamentos da assistência domiciliar;
2. Identificar os aspectos éticos e legais da assistência domiciliar e dos cuidados paliativos;
3. Conhecer os cuidados específicos que visam a prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde no domicílio;
4. Descrever detalhadamente as responsabilidades de cada profissional da equipe de saúde na atuação domiciliar e com cuidados paliativos;
5. Saber atuar em situações de urgência em domicílio.

Conteúdo Programático

- 1.** Fundamentos da Assistência Domiciliar;
- 2.** Legislação na Assistência Domiciliar;
- 3.** Política nacional da Assistência Domiciliar no SUS;
- 4.** Cuidados Paliativos;
- 5.** Protocolos Assistenciais no domicílio.

Atividades Sócio afetivas

Atividades cognitivas e de desenvolvimento de habilidades

1. FUNDAMENTOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Sugestão de referência bibliográfica:

<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/manual-sad.pdf>

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. Em seu desenvolvimento intervém de forma diferenciada todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a composição da mesma e as condições proporcionadas à equipe pelo doente, família e domicílio.

É preciso resgatar e potencializar as ações desta modalidade de assistência injustamente desacreditada principalmente entre os médicos. E analisar em profundidade suas indicações concretas em razão das características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir as pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade de saúde como também em muitos casos, a realizar atividades cotidianas básicas.

A Organização Mundial da Saúde define 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 saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma

morte digna.

Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”.

As mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família tem repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual com conotações exclusivamente sanitárias, a ser parte de um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

As mudanças sociodemográficas, junto com outros fatores: novas técnicas assistenciais, o crescimento dos gastos por hospitalização e a busca por um cuidado mais humanizado mantendo a pessoa enferma sempre que possível em seu contexto familiar habitual tem reforçado a assistência domiciliar.

Apesar das mudanças e necessidades existem ainda dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento da assistência domiciliar.

Ainda que no âmbito da assistência domiciliar se preste atenção para qualquer tipo de enfermo, sejam crianças, adultos ou idosos, ao implanta-la devemos priorizar os grupos mais vulneráveis, com uma série de características em comum: idade avançada, doenças crônicas e evolutivas, dependência física ou psíquica, situações terminais e AIDS.

O processo de assistência domiciliar é complexo, dentre outras razões pelas seguintes:

1- Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo.

2- A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, e sim pelo sistema de saúde.

3- Requer em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois.

4- Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados pode ser necessária a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária com a Atenção Primária à Saúde.

5- É imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como

hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado.

6- Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade.

A participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterize pela integralidade, universalidade e equidade de suas ações. Portanto, a implantação da assistência domiciliar inclui:

- A reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, discussões sobre as diferentes concepções e abordagens à família,
- A articulação com os outros níveis da atenção para a construção de uma proposta integrada, e para aumentar a resolutividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A organização da assistência domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios organizativos da Atenção Primária à Saúde (APS) considerando que as ações a serem desenvolvidas são inerentes a ela.

As diferenças locais devem ser observadas e respeitadas uma vez que o número de profissionais que compõe a equipe e o número de famílias sob sua, podem ser determinantes do tipo e qualidade da atenção prestada.

Ao desenvolver um Programa de Assistência Domiciliar, é importante ter clareza dos objetivos que nortearão as ações e motivaram a implantação, assim compete ao gestor organizá-la dentro de objetivos definidos e claros. Como exemplo, no Quadro 1, descrevemos os objetivos estabelecidos pelo Programa de Assistência Domiciliar.

A realização do atendimento domiciliar continuado e longitudinal pelas equipes de APS em pacientes com problemas crônicos de saúde é muito importante. Esta atividade pode evitar a hospitalização e, por consequência, o stress e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental neste processo, diminuindo internações, reduzindo os riscos decorrentes das hospitalizações e humanizando o atendimento.

QUADRO 1 - OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO S.S.C.

Objetivo Geral

Proporcionar assistência e vigilância a saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, aos usuários do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, através do atendimento, da internação, do acompanhamento domiciliar, e da visita domiciliar.

Objetivos Específicos

- Capacitar os profissionais do Serviço de Saúde Comunitária para desempenhar atividades de assistência e vigilância a saúde no domicílio.

- Englobar todas as atividades do SSC realizadas à domicílio no Programa de Assistência

Domiciliar.

- Criar fluxo de recepção e avaliação das solicitações de VDs.

- Definir conceitos e critérios para inclusão e alta dos pacientes em atendimento, internação e acompanhamento domiciliar.

- Sistematizar a coleta de dados do programa para avaliar e organizar a assistência prestada.

Incentivar a participação de toda equipe de saúde no Programa de Assistência Domiciliar, delegando atividades conforme qualificação e níveis de competência, buscando um trabalho de equipe efetivo, continuado e de qualidade.

- Desenvolver no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua família;

- Assistir e apoiar a família, ajudando-a a assumir atribuições com o familiar doente, em conjunto e sob supervisão da Equipe de Saúde;

- Utilizar e estimular redes de apoio na comunidade, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde.

- Capacitar cuidadores domiciliares leigos para atenção a saúde no domicílio;

- Obter uma avaliação mais precisa da situação socioeconômica e estrutura familiar das pessoas atendidas com a finalidade de adequar a qualidade da assistência prestada;

- Estruturar um grupo permanente de estudos sobre a Assistência Domiciliar.

Para facilitar a sistematização e operacionalização da assistência domiciliar, possibilitando a comunicação efetiva e integração do trabalho nas equipes, é necessário estabelecer, uniformizar e socializar conceitos, tendo em vista serem instrumentos

imprescindíveis para que esta prática ocorra.

- ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

É caracterizada pela efetivação de todo e qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde. Pode ser dividida em algumas modalidades:

- Atendimento Domiciliar

É o cuidado prestado no domicílio, para pessoas com problemas agudos, e que em função disto estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS).

- Internação Domiciliar

É o cuidado no domicílio de pacientes, com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Este atendimento não substitui a internação hospitalar.

- Acompanhamento Domiciliar

É o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem contatos frequentes e programáveis com os profissionais da Equipe. São exemplos de condições apropriadas para inclusão no Acompanhamento Domiciliar:

- Paciente portador de doença crônica que apresente dependência física;

- Pacientes em fase terminal;

- Pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos.

- Pacientes egressos do hospital, que necessitem acompanhamento por alguma condição que o incapacite à comparecer na Unidade;

- Pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, o qual determine dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde.

- Vigilância Domiciliar

É decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve, dentre estas podemos salientar:

Ações preventivas

- Visitas à Puérperas.

- Busca de Recém-nascidos.
- Busca ativa dos Programas de Prioridades.
- Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento.
- CUIDADOR

O cuidador pode ser um membro da família ou comunidade que, idealmente deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e a família, pois em geral não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente.

Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional específica se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; ou é pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal; ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade.

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. 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.

- VISITA DOMICILIAR (VD)

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

A Visita Domiciliar deve ser planejada, portanto antes de realiza-la, o visitador deve:

- Ter claro o(s) objetivo(s) da visita (assistencial, educativa, de avaliação, entre outros);
- Conferir se o paciente a ser visitado está cadastrado na Unidade de Saúde, tendo prontuário;
- Reunir todos os dados sobre o paciente ou a família que irá visitar, da seguinte maneira:

- Pesquisando com o solicitante através de anamnese: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta e condições atuais;
- Revisando o prontuário do paciente para inteirar-se de dados que podem ser úteis;
- Avaliar se há condições de manejar o problema em casa;
- A partir da anamnese inicial com o solicitante, estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (é urgente? Pode ser agendada?);
- Avaliar qual o profissional da equipe é indicado para avaliar a situação trazida, e se há necessidade de mobilizar outros recursos - da equipe ou externos;
- Anotar e confirmar o endereço antes da visita;
- Levar material e medicações apropriadas para o atendimento do caso, providenciando aqueles que não existem na maleta de atendimento domiciliar;
- Levar e preencher o formulário para registro do atendimento;
- Ao retornar do atendimento, o profissional deve:
- Registrar o atendimento no prontuário;
- Dar a equipe e aos colegas que atendem o paciente retorno sobre o atendimento.

FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

2. CINE DEBATE: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Coordenar a atividade a partir da seguinte orientação:

Vídeos sobre Assistência Domiciliar.

Sugestão de link para os vídeos:

http://www.youtube.com/watch?v=e_8w8tuhlfw

<http://www.youtube.com/watch?v=m7b6lMAQ8YQ&NR=1&feature=endscreen>

<http://www.youtube.com/watch?v=BRGNh3T3frk&feature=relmfu>

3. ESTUDO DIRIGIDO: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Referência bibliográfica para leitura

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. 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, p.77-90, 2008. Disponível em:

<<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/renc/article/viewPDFInterstitial/285/284>> Acesso em: 3 de nov. 2012.

INTERNAÇÃO DOMICILIAR E INTERNAÇÃO HOSPITALAR: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS NO OLHAR DO CUIDADOR FAMILIAR

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever como o cuidador familiar constrói as representações sociais da internação domiciliar na terminalidade, em relação à internação hospitalar. Tratou-se de um estudo qualitativo com 11 cuidadores familiares de doentes terminais, cadastrados no serviço de internação domiciliar de um hospital universitário do sul do Brasil. Para coleta de dados foram utilizadas entrevistas narrativas, analisadas por meio de análise de conteúdo com olhar nas representações sociais. Como a internação domiciliar é recente, os cuidadores a relacionam com a internação hospitalar, para poder assim representá-la. Ela significa acesso mais facilitado a recursos tecnológicos, e também à equipe de referência deste serviço. Além disso, a internação domiciliar representa mais liberdade e autonomia ao paciente, entretanto, para o cuidador, mais privação e responsabilização. A internação hospitalar representa privação para o paciente, e mais liberdade para o cuidador.

Descritores: Serviços hospitalares de assistência domiciliar. Assistência domiciliar. Enfermagem. Hospitalização.

INTRODUÇÃO

A internação domiciliar emerge como modalidade de cuidado para suprir as necessidades atuais de cuidados permanentes, tanto aos pacientes terminais, quanto aos doentes crônicos, evitando dessa forma as internações hospitalares que expõem esses indivíduos a riscos de infecções, bem como ao distanciamento de seu ambiente familiar. No início do século XXI, a Organização Mundial de Saúde (OMS) fez seu pronunciamento acerca da assistência domiciliar, justificando-se frente à necessidade de cuidados em longo prazo nas doenças crônicas, as quais aumentam em relação à transição demográfica e epidemiológica dos últimos anos.¹

A internação domiciliar pode promover o estímulo e a manutenção da autonomia do paciente, pois as tarefas no domicílio podem ser executadas no tempo dele, com o incentivo, apoio e possibilidade de maior desenvolvimento do vínculo entre o cuidador e o doente.²⁻⁴ Por outro lado, ela também se apresenta como uma forma de redução dos gastos no cenário hospitalar.⁵⁻⁶

Estudos recentes acerca de internação domiciliar ressaltam os benefícios proporcionados ao paciente, como autonomia e liberdade,² e como se organizam estes serviços para atender as demandas,³ direcionando, de alguma forma, para a consolidação dessa modalidade de cuidado. Outros estudos trazem os significados que ela tem para o cuidador familiar, como privações, sobrecarga⁷ e modificações na dinâmica familiar.^{2,8} Salienta-se que esses estudos não realizaram comparações entre a internação domiciliar e hospitalar, o que pode justificar de certa maneira que os achados sobre o tema sejam mais de benefícios do que de malefícios para os envolvidos, como o cuidador e o paciente, nessa modalidade de cuidado.

Dessa forma, a realização de um estudo identificando as Representações Sociais (RSs) acerca de internação domiciliar na terminalidade de vida, comparando-a com a internação hospitalar, faz-se pertinente, tendo em vista que essas representações vão sendo construídas à medida que os atores, os cuidadores familiares, vão construindo seus significados e interpretações em torno do objeto internação domiciliar, comparando-a com paradigmas anteriores, tais como a hospitalização. Justifica-se, ainda, a especificidade de internação domiciliar na terminalidade de vida, por todo o contexto que o cuidar de um paciente terminal envolve, desde o momento da informação de que ele está fora de possibilidades terapêuticas de cura, bem como na transferência de cuidados anteriormente realizados pela equipe de saúde, para os cuidados que serão realizados por algum familiar. Somando-se a essa nova dinâmica familiar, que modifica papéis, ressalta-se que a sociedade ocidental ainda se encontra em um contexto de cultura de negação da morte e valorização de avanços tecnológicos. Isso também desprepara o ser humano para aceitar sua finitude, bem como para o cuidar no processo de morte e morrer no domicílio.

Assim, este estudo tem por objetivo descrever como o cuidador familiar constrói as RSs da internação domiciliar na terminalidade, em relação à internação hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As RSs são construídas a partir das interpretações da realidade. Elas procuram reconhecer como os grupos constroem um mundo estável e previsível, a partir das diferenças, uma vez que há, como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos.⁹ Nessa direção, as representações de um objeto são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação.¹⁰ Elas também podem ser definidas como teorias do senso comum. No entanto, elas não são mais ou menos válidas do que as teorias dos cientistas, pois satisfazem e são plausíveis ao intelecto do mesmo modo que as segundas, embora sejam formadas com outros métodos e respondam a preocupações diferentes.¹¹

Para que as RSs sejam geradas, ou seja, de algo não familiar para familiar, são necessários dois processos: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que intriga, num sistema particular de categorias, e o compara com um paradigma de uma categoria considerada apropriada. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Na objetivação, une-se a ideia da não familiaridade com a realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade. Em outras palavras, seria pegar algo da memória e comparar com o objeto a ser interpretado.⁹

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com os cuidadores familiares, maiores de 18 anos, de pacientes terminais oncológicos vinculados ao Serviço de Internação Domiciliar (SID) de um hospital universitário do sul do Brasil. O período de coleta de dados foi de janeiro a junho de 2010. Foram entrevistados 11 cuidadores familiares, sendo que quatro eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. Destas mulheres, cinco eram filhas e duas esposas. Em relação aos homens, dois eram cônjuges, um era irmão e outro era pai.

Utilizou-se o critério de saturação da amostra, no entendimento de que a saturação é alcançada quando a introdução de novas informações nos produtos da análise já não traz modificações nos resultados anteriormente atingidos.¹²

Na coleta de dados empregou-se a entrevista narrativa, que possibilitou a exposição das RSs por meio da vivência e experiência relatada. A entrevista narrativa permitiu reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes. Assim, o informante foi encorajado e incentivado a contar a história sobre algum acontecimento.¹³ Todos os informantes foram estimulados a relatar suas experiências e vivências relacionadas com o fato de cuidar de um paciente terminal no domicílio.

Para a realização da entrevista narrativa estabeleceram-se eixos norteadores, a fim de dar uma direção na conversa, tais como: internações hospitalares e internações domiciliares, semelhanças, diferenças, organização.

A visita ao domicílio do paciente terminal, para efetuar a entrevista com o cuidador familiar para a coleta de dados, foi agendada previamente por contato telefônico. As entrevistas se realizaram individualmente, com o cuidador familiar, no domicílio do paciente. Somente em duas situações, em que dois membros da família intitularam-se cuidadores, a entrevista se realizou em dupla. As entrevistas foram gravadas e transcritas para um documento e, a partir deste, procedeu-se à análise dos dados.

Para a etapa de análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, a qual se define pela explicitação do sentido contido num documento ou o modo em que pode ser transformado com a finalidade de oferecer um significado. Foi realizada uma preparação inicial do material, na qual as entrevistas transcritas constituíram o *corpus* da pesquisa. Após esse momento, iniciou-se a pré-análise, por meio das leituras flutuantes, as quais buscaram ultrapassar o evidente procurando desvendar o implícito, o contraditório, aquilo que, silenciado, se oculta entre as palavras. A flutuação permitiu enxergar o que não foi dito. Após essas várias leituras e releituras, ocorreu, então, a impregnação dos dados. A partir disso, iniciou-se a categorização, por meio de destacamentos dos assuntos, por relevância ou repetição, e eventuais reagrupamentos, transformando, assim, os dados brutos em dados lapidados ou organizados. Além disso, foram levadas em conta as contradições, o que permitiu originar as categorias, bem como possíveis subcategorias.¹²

Seguindo os princípios éticos e respeitando a Resolução 196/96,¹⁴ que orientam pesquisas em seres humanos, foi lido e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante. A identidade dos participantes do estudo foi preservada, por meio da adoção de códigos para identificação das falas, a fim de manter a sua privacidade. As letras que formam esses códigos são CF para cuidador familiar, seguidas de números e, ainda, com o acréscimo de F (feminino) ou M (masculino), para a identificação das falas. Por exemplo: CF1-M, CF2-F, CF3-F, CF4-M e, assim, sucessivamente.

A execução do projeto foi posterior à aprovação do Comitê de Ética da UFSM, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 23081.014219/2009-85.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de conteúdo, construíram-se duas categorias: internação domiciliar: potencialidades, facilidades e fragilidades; e internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças.

Internação domiciliar: potencialidades, facilidades e fragilidades

A internação domiciliar, em alguns casos, parece ser vista como uma forma de acesso facilitado a certos recursos, geralmente difíceis de conseguir de forma gratuita. Um desses recursos é o oxigênio, necessário para a manutenção da vida de alguns pacientes terminais. Isso pôde ser observado na fala do cuidador familiar: *ele ficou internado quatro dias na cama, só com O₂. Mas depois que ele tirou o O₂, que ele veio para casa, não conseguiu ficar sem. Daí eu aluguei, uns dois, três dias, oxigênio. Fui ao hospital para pegar a receita para ele e encontrei com uma enfermeira. Ela perguntou por ele, e eu disse: 'Ah está em casa, com*

oxigênio'. Mas está alugando? [a enfermeira perguntou] , e eu digo: 'estou'. Daí ela falou: 'Mas fala com o médico dele e fala com a internação domiciliar'. Falei com o médico e falei com uma das enfermeiras do [SID] . Olha, foi [um dia], [no outro] já estava o concentrado aqui em casa. Assim, eu tive uma sorte, que diz que é muito difícil, [...] porque geralmente tem que entrar na justiça. O aluguel é quatrocentos e cinquenta [reais] [...] eu tive sorte de conseguir, por lá pelo hospital. Essa internação domiciliar foi, olha, bah! Só de conseguir aquele concentrado ali, que é caríssimo para alugar, eu já consegui fácil (CF4-F).

A RS de que a internação domiciliar é uma forma de conseguir o acesso a equipamentos de maneira mais facilitada pode estar relacionada com o fato de que muitas vezes a disponibilidade de determinadas tecnologias está restrita ao ambiente hospitalar. Uma vez que a internação domiciliar é algo relativamente novo, ou seja, não familiar, os cuidadores familiares tendem a associá-la a coisas familiares como o acesso ao oxigênio, o qual facilmente se consegue no hospital.

Esse processo de construção das RSs relaciona-se com o ancoramento de ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, isto é, familiares, comparando um objeto à internação domiciliar, a um paradigma de uma categoria que se julga ser apropriada, no caso, os recursos ofertados no espaço hospitalar.⁹ De fato, a internação domiciliar é uma das modalidades mais específicas da atenção à saúde, envolvendo a presença contínua de profissionais no domicílio e o uso de equipamentos e materiais. Ela é uma forma de operacionalizar o atendimento, assim como utiliza a visita domiciliar como estratégia de realização desta atividade.⁵ Nesse sentido, os profissionais, além de proporcionarem aos cuidadores o maior número possível de informações e orientações sobre cuidados e sobre as possibilidades de evolução do quadro clínico do doente, possuem como atributo fornecer os equipamentos básicos para a manutenção da assistência no domicílio.¹⁵

Outras facilidades que a internação domiciliar possibilita é o acesso a medicamentos, fraldas, isentando a família de comprá-los: *ele tem toda a medicação, tem o oxigênio, [...] trouxeram um pacote de fraldas. Essa semana a gente comprou uma Sustagem, ontem quando eles [profissionais do SID] vieram, eles trouxeram outra. Isso tudo auxilia e saindo do regime de internação domiciliar [...] que dificulta mais (CF9-F).*

Percebe-se que as facilidades da internação domiciliar parecem proporcionar certa segurança aos cuidadores, pois eles têm acesso aos materiais presentes no espaço hospitalar. Sem a internação domiciliar, poderia ficar mais difícil a obtenção desses recursos, implicando na necessidade de aquisição dos mesmos. Diante disso, a internação domiciliar também inclui nesta oferta de materiais e recursos tecnológicos medicações, fraldas, insumos.¹⁶

A internação domiciliar também facilita o atendimento nas urgências, pois há a possibilidade de a equipe deslocar-se até a casa do paciente, ou de este ter acesso ao serviço hospitalar de forma mais rápida, evitando determinadas burocracias, já que possui a equipe do SID como referência, conforme as falas: *ele já está apresentando um inchaço na lateral ali, então, ao invés de deslocar para o PA [pronto atendimento] , o pessoal vem aqui e já vê o que é que é (CF6-M); eles disseram que se tivesse algum problema com ela, ela não passaria pelo pronto-socorro, já passaria direto, porque ela faz parte da internação domiciliar [...] então ela não passaria por aqueles negócios de maca. Teria um*

lugar certinho, isso é muito importante. Porque passar por todo aquele processo de pronto-socorro, aquilo ali só quem passou sabe (CF7-M).

A possibilidade de receber a equipe em casa em uma situação de emergência ou urgência, ou de possuir uma equipe de referência no espaço hospitalar, parece tranquilizar os cuidadores familiares, já que viabiliza o acesso e o atendimento rápido nesta situação. Nesse sentido, a eliminação dos deslocamentos do paciente, muitas vezes, com o próprio veículo da família, bem como a redução da longa espera em um serviço de pronto atendimento, devido à facilidade de acesso à equipe de saúde, por ela ser referência para o paciente, produzem de certa forma esta RS de facilidade no atendimento à emergência e urgência.

Essa construção dá-se tanto pela ancoragem, associação de situações familiares com a não familiar, quanto pela objetivação⁹, na qual o indivíduo relaciona as situações não familiares, como a internação domiciliar, com algo de sua memória, já vivenciado ou experienciado. A experiência e a vivência destes deslocamentos e as longas esperas pelo atendimento nos pronto atendimentos fazem parte da vida das pessoas portadoras de doenças crônicas e em situação de terminalidade, bem como de suas famílias. Outro estudo¹⁶ revela que uma das facilidades da internação domiciliar consiste na redução de encaminhamentos do paciente ao hospital e do enfrentamento da demora do atendimento em pronto-socorro de hospitais.

Por outro lado, talvez pelo fato do SID pertencer ao hospital, a referência aos recursos e outros serviços ofertados neste ambiente, como uma possível internação hospitalar, fica mais facilitada para o paciente. Isso pode proporcionar ao cuidador familiar uma forma de obter um atendimento especializado, evitando a entrada pelo pronto atendimento, o que acarretaria em uma nova avaliação do paciente. Presume-se, ainda, que esta imagem da internação domiciliar é construída pelo fato de essa modalidade de cuidado ser recente e, portanto, conduzir os cuidadores familiares a perceberem-na como uma continuidade do hospital. Assim sendo, acredita-se que o cuidador familiar, apegando-se às facilidades que a internação domiciliar proporciona, sentir-se-ia menos ameaçado frente aos possíveis sentimentos de cuidar de um ente querido em situação de fim de vida no domicílio, sem o amparo dos recursos hospitalares.

A forma de organização da internação domiciliar, como as orientações ao cuidador, os registros de acontecimentos e do controle dos sinais vitais, parece facilitar o preparo dele para realizar as ações para o paciente: *eu fui lá na parte da administração da internação domiciliar, explicaram direitinho, deram pasta. Cada visita que eles fazem, eles colocam como é que está a pressão arterial dela. Isso aí é muito importante, porque, se tiver alguém aqui, uma pessoa pra verificar a pressão dela, eu vou na pasta e digo: 'a pressão dela está aqui' [...]. Esse controle é importante, não adiantaria eles virem aqui e ir embora sem deixar algo (CF7-M).*

A organização da internação domiciliar parece proporcionar aos cuidadores familiares uma melhor instrumentalização para a observação do paciente, frente a esta experiência nova do cuidado no domicílio. Assim como os registros dos sinais e sintomas manifestos pelos pacientes permitem aos enfermeiros e equipe de saúde um acompanhamento mais próximo do que de fato aconteceu com o paciente, já que este, em situação de internação domiciliar, está de certa forma longe dos "olhos" dos profissionais de saúde.

Essa organização aproxima-se com a da unidade de cuidados paliativos de outro

estudo, em que o cuidador familiar recebe orientações sobre como registrar os cuidados realizados para fornecer subsídios à equipe de saúde no momento da visita.¹⁷ O caderno de anotações ou prontuário, que fica no domicílio do paciente, também é utilizado em um serviço de assistência domiciliar de Minas Gerais, com o intuito de a equipe acompanhar a evolução do tratamento do paciente.¹⁵

Esse modo de organização relaciona-se também com o ambiente hospitalar, favorecendo ainda mais que as RSs da internação domiciliar sejam construídas a partir do cuidado realizado em uma internação hospitalar. Desse modo, esta ancoragem que transforma algo estranho em familiar ocorre quando determinado objeto ou ideia, neste caso, a internação domiciliar, é comparada ao paradigma de uma categoria, podendo ser o hospital, fazendo com que adquira características dessa categoria, reajustando-se para que se enquadre nela.⁹

A internação domiciliar também é vista como a confirmação de que não há mais nada a fazer pelo paciente, uma vez que ele está indo para casa. Isso pôde ser evidenciado na fala do cuidador familiar: *quando eu fui lá na internação domiciliar, falei com a moça, mas [ela] nunca disse: 'vai porque não tem mais solução aqui [hospital]'. Isso eu procurei não botar [na cabeça], porque a própria mãe dela me perguntou, mas eu tenho um livrinho ali, [e disse]: não, essa aqui é em função do sistema de hospital, que às vezes não tem leito [...] . Porque não é chega e joga pra casa lá, e eles tão vindo aqui [...]. O que ficou no ar é como se acabou as munições, pela função da internação domiciliar (CF7-M).*

Nessa representação da internação domiciliar, fica implícito que o ambiente hospitalar representa uma atmosfera de cura, pelos tratamentos curativos ofertados, e o ambiente domiciliar, um espaço que pode proporcionar controle de sinais/sintomas e acompanhamento, significando, dessa forma, que o paciente encontra-se fora de possibilidades curativas, portanto em situação terminal.

Essa perspectiva da internação domiciliar tende a produzir uma relação frágil, porque demonstra que o ambiente domiciliar não seria um lugar, no olhar do cuidador familiar, favorável para o paciente, visto que não possui a tecnologia dura e os recursos que o ambiente hospitalar garante, ficando inevitavelmente explícito que o paciente de fato se encontra fora de possibilidades terapêuticas. Além disso, a internação domiciliar implicaria em um caráter meramente substitutivo, pois o ambiente domiciliar ocuparia o espaço do ambiente hospitalar, e o cuidador, possivelmente, o lugar da enfermagem. Implicitamente, ficaria entendido que o cuidador familiar não vê a equipe como facilitadora para o processo de terminalidade. Entende-se que essa perspectiva não depende somente da equipe de internação domiciliar, mas também da equipe que atendeu o paciente durante seu tratamento curativo.

Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças

Muitos cuidadores familiares, primeiramente, destacaram as vantagens da internação domiciliar, entre elas, a representação de que o cuidado na casa significa mais liberdade para o paciente, além de este sentir-se mais à vontade, conforme as falas: *ele não aguenta mais o hospital. Ele quer vir para casa, ele quer estar no quarto dele, assistindo TV (CF6-M); 'estou cem vezes melhor aqui na minha casa do que no hospital' [...]. E aqui vêm as visitas, os conhecidos, ele senta na cadeira que ele quer, ele tem o lugar dele pra comer. Lá ele tinha que tomar banho todos os dias, aqui a gente faz como ele já estava nos últimos cinco*

anos acostumado. Ele decidiu que ele ia tomar banho um dia sim e outro não porque ele 'não faz safadeza pra se sujar' (CF9-F).

Diante das falas dos cuidadores, percebe-se que a internação no espaço domiciliar parece proporcionar certo conforto, liberdade, por ser o próprio espaço do paciente, e, também, com as regras e normas singulares de cada membro da família. Essa perspectiva difere do hospital, que possui organização e normas próprias, as quais direcionam as ações de todos os envolvidos nesse espaço, sejam profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes familiares, ou visitantes. Isso implica que, no espaço domiciliar, a família e o paciente parecem possuir mais autonomia para decidir sobre seus horários e o tipo de alimentação, o momento da higiene, a possibilidade de sair de casa. Já, no hospital, essa autonomia fica diminuída, pois a organização da instituição impõe horários para alimentação, higiene e visitas.

Desse modo, as ações de cuidado no lar, espaço de referência do paciente, podem desenvolver-se conforme as necessidades e singularidades do enfermo e de sua família.¹⁸ Em outras palavras, podem ser planejadas conforme as demandas e hábitos de cada paciente. Nessa linha de pensamento, a internação domiciliar faz com que os sujeitos sejam percebidos como singulares em suas culturas, histórias de vida e subjetividades. O cuidado no domicílio é feito levando-se em consideração as preferências e gostos do paciente.¹⁹ Em outro estudo, ressalta-se que para os cuidadores, mesmo referindo o atendimento do hospital como satisfatório, a preferência pelo ambiente domiciliar é maior, porque este lhes oferta conforto, liberdade e maior apoio familiar.²⁰

A casa, para alguns cuidadores, representa apoio de outras pessoas, com a possibilidade de rodízio entre elas, além de evitar o deslocamento para a realização de visitas e a permanência em um ambiente diferente, como é o do hospital, conforme a fala da cuidadora familiar: *e o fato do pai não estar internado é muito melhor. Porque nós temos mais gente aqui. Aqui é longe, no momento que quisesse internar ele lá fora [no hospital], é muito mais difícil. A pessoa fica lá presa, e até que tu vais para lá, tem que ter horário e tudo. E aqui dentro de casa não. É diferente. Reveza, ficam duas. Vai e volta, ninguém deixa de se alimentar por causa disso. Fica muito mais fácil. Internado, é muito mais difícil (CF10-F).*

Mais uma vez, percebe-se que as normas e as regras do hospital podem isolar o paciente de seu ambiente confortável, ou seja, a sua casa, bem como de seus familiares. Assim como, em algumas situações, os familiares conseguem fazer um revezamento entre si, para realizar o cuidado, não implicando em se abster, totalmente, de suas funções cotidianas.

Essas afirmações vão ao encontro de um estudo realizado com cuidadores familiares, em que foi revelado que ir ao hospital é difícil, restringindo a quantidade e o revezamento de visitantes. Isso porque o deslocamento em transporte coletivo para longas distâncias é oneroso, além de demandar muito tempo, o que nem sempre permite assiduidade do cuidador familiar durante a internação.¹⁵ Além desse fator, destaca-se a importância do apoio social no cuidado domiciliar.⁴

Por outro lado, percebeu-se que muitos argumentos da equipe de saúde do SID são repetidos pelos cuidadores, deixando de certa forma nas entrelinhas certa insegurança em relação ao cuidado realizado em casa, e um desejo pela internação hospitalar, que representa maior segurança pelo fornecimento de tecnologia e mais

recursos para os pacientes. Todavia, o cuidador familiar demonstra que percebe os benefícios que a internação domiciliar proporciona à paciente: *em casa é uma coisa, e no hospital é outra. Embora em casa a gente não tenha toda a tecnologia que eles têm pra correr e fazer, mas em casa a gente não vê aquilo tudo que a gente vê no hospital[...] no hospital, ela tava lá, mas já queria vir pra casa. Eles cansam do hospital [...] em casa, se ela está com sono ela vai e deita. No hospital, entra um, sai um. [Ela] está um pouquinho melhor em função disso, isso foi o que eles [equipe do SID] mesmos falaram. [...] ela sentiu uma melhora. Mas a gente não sabe se a melhora é porque está em casa. E aquele ambiente do hospital prejudica as pessoas, embora sejam tratadas para o bem(CF7-M).*

Pode-se notar que os argumentos da equipe de internação domiciliar são repetidos pelo cuidador familiar de forma muito positiva, ressaltando que em casa o paciente, além de apresentar melhora em relação ao seu estado de saúde, fica mais à vontade, o que de certo modo pode suspender o pensamento de que o paciente está indo para casa porque não há mais o que fazer no hospital. Por outro lado, apesar de o ambiente hospitalar prejudicar o paciente, esse espaço ainda representa um local para fazer o bem, ou seja, curar. Já a internação domiciliar parece gerar dúvidas sobre se a melhora da paciente de fato é por estar em seu lar.

O hospital é um lugar artificial em que o ser humano corre o risco de perder suas características.²¹ Complementando essa ideia, destaca-se que o ambiente hospitalar despersonaliza o indivíduo, pois os corpos se tornam despojados daquilo que lhes confere uma determinada identidade e que os insere na história.²² De fato, o ambiente hospitalar ocupa um lugar de acumulação e de desenvolvimento do saber, no qual se pode ter acesso à tecnologia e a um atendimento rápido, mas é também um ambiente onde muitas vezes se perde a individualidade, pois os costumes e hábitos não são respeitados e as rotinas são impostas. Dessa forma, o processo de internação é doloroso em vários aspectos para quem está internado. O afastamento da família e dos amigos resulta, muitas vezes, em um sentimento de abandono e de tristeza.¹⁵

Outra perspectiva também se refere ao cuidador se sentir sozinho no cuidado no domicílio, o que gera certa insegurança no membro da família que vai assumir o papel de cuidador. Sendo assim, o cuidador familiar relata ter solicitado que a paciente ficasse mais um tempo internada no hospital, até que ela estivesse melhor: *eu não tinha condições, como é que, se lá [no hospital] em três enfermeiras, mais eu ajudando. Aqui, eu estava sozinho, e para virar ela na cama tem que ser reto [movimentação em bloco], tem que ser três pessoas para virar. Então foi por isso que eu pedi [para ficar mais um tempo no hospital] (CF2-M).*

Nessa fala, verifica-se mais uma vez que, pelo fato de o espaço hospitalar fornecer equipamentos e recursos humanos, torna-se mais fácil o cuidado ao doente. Assim, o hospital pode representar mais suporte, enquanto que em casa a representação para o cuidador seria de sobrecarga e responsabilidade solitária.

Sendo o hospital um local com equipamentos, insumos, recursos humanos, logicamente, ele fornece um suporte técnico maior do que no espaço domiciliar. Por outro lado, reconhece-se ser intencional a internação domiciliar para a redução de custos no espaço hospitalar.⁶

Outra modificação no papel do cuidador nestes dois espaços, isto é, o domiciliar e o

hospitalar, conforme a fala de uma cuidadora, refere-se à responsabilidade pelo paciente. Em casa, a cuidadora familiar é responsável pelo cuidado do paciente e pelas situações que podem acontecer. Já, no hospital, o médico é responsabilizado: *no hospital tu tens um médico, e em casa aqui tu fazes teus cuidados [...] se na hora do banho der uma parada nele, e eu estou sozinha, então tu reanima, ou tu não sabe o que tu faz. Então te dá aquela angústia, aquela insegurança, não é que nem no hospital. No hospital, se o paciente, na hora dos cuidados acontecer alguma coisa, o médico vem, chama o médico, a enfermeira ali, te dão apoio [...]. Lá no hospital eu acho que não é tanto. Que lá eles [a família] vão para cima do médico. E em casa eles vão para cima de mim* (CF4-F).

Diante disso, o hospital representa um suporte e apoio maior, pois a responsabilidade é transferida aos profissionais de saúde dessa instituição em caso de falecimento do paciente, reduzindo, assim, a culpa e a responsabilidade do cuidador familiar. Já o domicílio significa para o cuidador maior responsabilização pelo paciente e possibilidades de sentimentos de culpa, em caso de o paciente vir a falecer, pois há cobranças por parte dos outros membros da família. Enfim, a independência que a internação domiciliar proporciona apresenta algumas facetas. Para o paciente, mais liberdade em suas ações e possibilidade de participação nas decisões terapêuticas. Para o cuidador, maior responsabilização, trazendo angústia, quando este não se sente tão preparado para o cuidado do paciente terminal no domicílio.

Alguns cuidadores familiares destacaram o que visualizavam sobre os aspectos negativos no espaço hospitalar, como o pouco tempo da visita, os riscos de aquisição de outras doenças, o desconforto de estar com outros pacientes em um mesmo quarto, o isolamento do paciente, entre outros: *no hospital é um gemendo, é outro lendo. Dificilmente tu pegas um quarto que tem uma pessoa. Tu pegas um quarto com mais quatro ou cinco pessoas. Fora os riscos todos que tu corres de estar internado, infecção hospitalar* (CF6-M).

Diante disso, percebe-se que alguns cuidadores familiares veem o hospital como um local de solidão e angústia para o paciente, além do risco de exposição a infecções. A hospitalização prolongada provoca grande alteração nos hábitos de vida do paciente, afastando-o de sua rede social e de seus objetos pessoais, além do risco de infecção hospitalar.²³

No ambiente hospitalar, alguns desconfortos também surgiram com a questão da rotina de alimentação. Todavia, os questionamentos da cuidadora familiar produziram a mudança, já que o paciente não estava aceitando o tipo de alimentação: *em casa vem o que a gente quer e lá [no hospital] não. Aquelas misturas que vêm aqueles preparados [...]. Ela [nutricionista] disse assim: 'mas ele precisa, porque ele tem que ganhar peso'. Aí eu [...]disse: 'olha, eu sei que o teu trabalho é esse, mas nós sabemos que ele não vai ter cura, então não vai resolver para ele aumentar um quilo ou dois. Dá pra ele a gelatina, o iogurte comum que ele quer' [...]. E de vez em quando nós levávamos uma sardinha pra ele comer com pãozinho d'água, que morre não, eu sei que não pode*(CF9-F).

Percebe-se que no ambiente hospitalar fica mais difícil o exercício da autonomia, tanto do paciente quanto do familiar, sendo necessárias muitas discussões com os profissionais de saúde, para que seus argumentos sejam valorizados. Apesar das normas e regras hospitalares, os familiares sempre buscarão uma forma de contorná-las, para proporcionar um pouco mais de conforto ao paciente, já que ele

não está no seu espaço.

A dificuldade do paciente e do familiar exercerem sua autonomia no ambiente hospitalar também é encontrada em outro estudo, o qual aponta esse aspecto como um dos maiores desafios, pois a rotina hospitalar com suas normas e regras dificulta a efetivação desse princípio bioético.²⁴ Além disso, a internação hospitalar suprime as características pessoais do paciente e de sua família para moldá-las ao ambiente hospitalar, descaracterizando-as.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas e políticas públicas acerca da internação domiciliar ressaltam os benefícios que ela proporciona ao paciente por este se encontrar em seu lar, próximo da família, sendo cuidado por um ou mais membros dela, bem como a possibilidade de organizar seus horários em relação à alimentação, medicação, higiene, lazer, entre outros. Essa narrativa foi fortemente observada nas falas dos cuidadores familiares, em especial, no início das entrevistas. Eles acreditam que a internação domiciliar representa para o paciente mais liberdade, mais conforto, mais qualidade de vida e mais convívio social. Todavia, ao longo das falas, percebeu-se que, para o cuidador, a internação domiciliar representa mais responsabilidade, mais privação, mais sobrecarga, decorrentes, muitas vezes, da falta de apoio social. Salienta-se que a representação da internação hospitalar é construída exatamente ao contrário disso, pois, apesar de entender o benefício que esse espaço proporciona trazendo cura ou recuperação, o cuidador familiar aponta que, para o paciente, o hospital apresenta-se de forma desfavorável, porque o despersonaliza, isola-o de seu contexto e o submete às rotinas hospitalares. Entretanto, a internação hospitalar, para o cuidador, possibilita mais liberdade, pois ele pode conciliar as visitas ao doente no hospital com suas atividades rotineiras, não sentindo-se tão responsável pelos cuidados, como no caso do cuidado no domicílio.

Ainda, percebe-se que o espaço domiciliar como possibilidade de cuidado, no olhar do cuidador familiar, proporciona um acesso mais facilitado a recursos materiais e humanos, como a equipe de saúde, bem como o controle de sinais/sintomas e acompanhamento. Todavia, ele foi associado ao significado de que o paciente encontra-se fora de possibilidades curativas, portanto, em situação terminal. Já, para a internação hospitalar, a representação é de uma atmosfera de cura, pelos tratamentos curativos ofertados.

Entender como os cuidadores familiares constroem suas RSs em torno da internação domiciliar pode promover uma comunicação mais efetiva entre os envolvidos no processo de cuidado, além de auxiliar enfermeiros e equipes de saúde a elaborar e realizar práticas de acolhimento efetivas ao paciente e família nesta modalidade de cuidado. Frente a isso, a equipe de enfermagem e a de saúde necessitam estar atentas e perceber a ansiedade e angústia do cuidador familiar, devido ao encaminhamento do paciente à internação domiciliar. Em muitas situações, as justificativas de decisão por esta modalidade de cuidado não são esclarecidas pelos profissionais, fazendo emergir dúvidas e inquietações nos familiares.

FONTE: SCHWONKE, C. R. G. B. et al. 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, p.77-90, 2008.

4. LEGISLAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E POLITICA NACIONAL DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO SUS

Referência bibliográfica para leitura do texto:

http://www.hospitalgeral.com.br/1_prof/assit_dom/aspectos.htm

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: ASPECTOS ÉTICOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Desde os tempos antigos, a Medicina toma por referência o pequeno universo comunitário por excelência, que é a família, e por extensão, o lar — lugar natural para nascer, viver e morrer. O domicílio, portanto, tem sido até pouco tempo o ambiente de maior tradição em assistência ao enfermo. De fato, os hospitais surgiram bem mais tarde, como uma resposta da sociedade aos pobres e sem-teto.

A relação terapêutica se dá sempre dentro de um contexto, tanto temporal quanto espacial. No caso da A.D. (Assistência domiciliar), encontramos-nos diante do desafio de recuperar a noção do lar como lugar propício para compreender melhor as condições de saúde dos pacientes. Além disso, alguns especialistas acreditam que não é possível elaborar, em profundidade, a história clínica do paciente (isto é, suas aflições e seus recursos) sem conhecer o contexto em que vive. Trata-se de considerar o domicílio como um espaço vital e de saúde, o que proporciona uma "fotografia" de cada pessoa e suas relações.

Da mesma forma que em uma consulta convencional sabe-se quem detém e exerce o poder, também o lar está naturalmente associado a um tipo de protagonismo: o do paciente e de sua família. Sabe-se quem manda na casa, quem está investido de poder, com a consequente perda do controle pela outra parte. Uma breve reflexão destina-se a incentivar a abordagem do lar como uma maneira de promover o sujeito moral, o protagonista por excelência da relação terapêutica: o paciente e/ou a família. Os médicos e demais profissionais são hóspedes, "intrusos" que precisam chegar com um respeito enorme ao espaço privado, reduto e prolongamento do caráter e personalidade do ser humano; um contexto, portanto, de respeito moral obrigatório.

A ética tem como objetivo guiar esta tarefa que é a construção do homem, e a partir deste momento valorizar seu agir e sua maneira de estar e habitar no mundo. A casa é um espaço arquitetônico que se faz na medida do indivíduo; é um espaço simbólico em que, longe das aparências, ele encarna sua própria realidade; é o reduto de acolhida para este homem pós-moderno sem raízes e sem meta, que vai em busca de suas origens, de um lar; um ambiente de liberdade em que se pode por algum tempo arrancar a máscara e a função social. É também o espaço da história, memorial de acontecimentos, pois uma casa tem recordações — aquelas de quem a habita. É, enfim, o lugar do encontro, no qual o essencial são as presenças, e não as paredes.

Para que o homem cria uma casa? Para habitar, isto é, para reduzir distâncias e estabelecer proximidade com a terra, o céu, os mortais; para aproximar-se da realidade, acolhendo-a, identificando-se com ela e, a partir daí, transformá-la e chegar a convertê-la em um espaço moral. De uma maneira dinâmica, cada um se identifica com sua casa, e esta ajuda a construir a própria identidade do sujeito. Sendo o lar uma extensão natural — e moral —

do ser humano, a partir de que justificativa se pode continuar renegando a casa com espaço terapêutico de intervenção?

Aqui estabelecemos uma análise bioética que exige uma fundamentação e uma expressão racional (não empírica), autônoma (não sujeita à vontade externa), civil (não religiosa) e múltipla. Esta análise defende dois tipos de definição: uma delas é relativa aos parâmetros mínimos exigidos para todos, abaixo dos quais se pode falar em imoralidade. Estes mínimos independem de religião, ideologia e cultura; têm como fonte os costumes, senão a convicção da dignidade absoluta do ser humano. Normalmente, tais mínimos são exigidos por meio de leis. É o caso, por exemplo, da negação da assistência por parte de um profissional de saúde a um paciente domiciliar em estado grave. No entanto, existe outro tipo de critérios, máximos, que não se impõem, mas se oferecem, propostos pelas morais religiosas, filosóficas ou profissionais como ideais de virtude ou de felicidade e que, logicamente, não podem contradizer a ética civil — pelo contrário, visam a aprofundá-la.

Queremos tão somente apontar que esta fundamentação também serve como suporte para uma metodologia de tomada de decisões. Se ninguém ousaria diagnosticar um melanoma simplesmente através do "olho clínico", da mesma forma não se deveria fazer um julgamento ético das situações cotidianas próprias da assistência domiciliar por simples "olfato moral", isto é, pela mera impressão que certos acontecimentos possam provocar. De fato, o costume do meio médico está impregnado de um enorme paternalismo, dificilmente justificável deste ponto de vista moral.

Esta metodologia racional leva em conta alguns princípios deontológicos hoje comumente admitidos, com diferentes pesos morais: nível I, ou de mínimos (proteção contra danos físicos e morais, e justiça), e nível II, ou de máximos (autonomia e benefício). Além destes princípios, a análise ética deve considerar também as consequências de toda decisão. Em função das consequências que se

podem prever em um determinado caso é que são determinadas as exceções aos princípios, porém sempre com devida justificativa e somente para tal situação concreta. Aí sim, quem agir fora dos padrões será obrigado a demonstrar por que foi necessário fazê-lo.

A bioética médica moderna nasceu em torno de vários eixos; um dos mais definitivos é a intervenção especializada nos casos complexos, que representa a inovação tecnológica, muitas vezes sugerindo dilemas dramáticos: é permitido desligar o respirador? Deve-se alimentar uma pessoa que leva doze anos em estado vegetativo permanente? etc. Isto tem levado a uma bioética muito procedimentalista e com grande poder de decisão. Contudo, os problemas éticos que se apresentam na assistência primária, e por extensão na domiciliar, costumam fazer referência a situações simples e cotidianas nas quais também entra em jogo a decisão ética e nas quais contam como extremamente importantes os hábitos, as atitudes, e nossa disposição ética para tomar decisões no dia-a-dia (como a distribuição o tempo de assistência ou a que família deve-se dar preferência, por exemplo).

Seguem-se os princípios mínimos e máximos, brevemente resumidos apenas a título de informação.

▶ **Princípio da proteção contra danos físicos e morais**

Como o próprio nome já diz, este princípio está relacionado ao dever profissional de não fazer mal ao paciente, e se traduz na obrigação de propor e executar medidas adequadas e, naturalmente, não sugerir nem desenvolver medidas contraindicadas. Isto se refere não só ao âmbito das provas diagnósticas ou das intervenções terapêuticas, mas também ao campo emocional, relativo ao paciente e à família.

▶ **Princípio da justiça**

Em bioética, entende-se por princípio de justiça uma distribuição equitativa das cargas e dos benefícios, e a não discriminação das pessoas por nenhuma causa que tenha a ver com sua condição econômica, sexual, racial, e outras. Neste sentido, a justiça está relacionada à igualdade de oportunidades.

▷ **Princípio da autonomia**

O princípio da autonomia obriga a considerar que todas as pessoas são, a priori e enquanto não se prove o contrário, capazes de tomar decisões a respeito da aceitação ou não de tudo o que afete seu projeto de vida. Algumas especificações deste princípio são marcadamente relevantes na assistência domiciliar, como é o caso da privacidade. É preciso ter em mente que, quando uma pessoa permite voluntariamente acesso à sua intimidade, não está renunciando ao princípio da autonomia, mas exercendo-o, e a única razão que autoriza a "invasão" desta intimidade é a possibilidade de se diagnosticar e tratar a doença com competência profissional e sensibilidade humana.

▷ **Princípio do benefício**

Este princípio impõe que se faça o bem ao paciente; deve-se procurar o maior benefício possível, tentando diminuir ao máximo os riscos ou prejuízos físicos e morais, mas sempre tendo em mente o que o interessado entenda por *benéfico*. Portanto, este princípio está intimamente relacionado ao da autonomia.

▷ **Conclusão**

Hoje é comumente aceito que não há decisão técnica sem o componente ético. Os profissionais da assistência domiciliar devem estar cada dia mais conscientes desta realidade. A partir da incorporação consciente dos valores à prática diária, é possível aperfeiçoar as habilidades (melhora do processo de consentimento informado), conseqüentemente melhorando nas atitudes, na luta por

colaborar para devolver a saúde, a vida e a morte ao ambiente natural dos indivíduos — o lar.

5. CONHECENDO UM POUCO MAIS A LEGISLAÇÃO

Referência bibliográfica para leitura do texto:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html

PORTARIA Nº 2.029, DE 24 DE AGOSTO DE 2011

Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único, do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art.198 da Constituição de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de

janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 -Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2008; e

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu funcionamento.

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II - Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e

III -cuidador como a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e a Rede de Atenção à Saúde, a partir do Plano de Ação Regional, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 5º A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes:

I - ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação;

III -ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Do Serviço e Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 6º O SAD deverá estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 7º A EMAD deverá atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde tais como hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo estar vinculada administrativamente ao SAD.

Art. 8º Não serão admitidas superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional de 100.000 habitantes.

Art. 9º Para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar quando clinicamente indicadas, será designada 1 (uma) EMAD para, no mínimo, 3 (três) EMAD.

Art. 10. Para admissão do usuário no SAD, deverá haver concordância do usuário e familiar, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 11. O SAD se organizará em três modalidades, de acordo com os níveis de complexidade e frequência de atendimento: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Seção II

Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 12. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde.

Art. 13. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

Parágrafo único. As equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família que executarão as ações na AD1 serão apoiadas

pelos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

Art. 14. Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos pacientes atendidos na modalidade AD1 deverão estar instalados na estrutura física das próprias Unidades Básicas de Saúde.

Art. 15. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD1, a existência das seguintes situações:

I - apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

Art. 16. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável à presença de um cuidador identificado.

Art. 17. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas regulares, no mínimo, uma vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

Art. 18. Na modalidade AD2 deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 19. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD2, a existência de, pelo menos, uma das seguintes situações:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; XII- necessidade de cuidados paliativos;

XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou

XIV- necessidade de fisioterapia semanal.

Art. 20. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Parágrafo único. Para admissão de usuários nesta modalidade é indispensável à presença de um cuidador identificado.

Art. 21. A prestação de assistência à saúde nesta modalidade é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana.

§ 2º A EMAP realizará visitas em domicílio a critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

Art. 22. Na modalidade AD3 deverá ser garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 23. São critérios de inclusão para cuidados na modalidade AD3, as seguintes situações:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O₂);

b) diálise peritoneal; e

c) paracentese.

Art. 24. São critérios para não inclusão no SAD, em qualquer das três modalidades, a presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Parágrafo único. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderão acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro tipo de serviço adequado ao seu caso.

Art. 25. Uma EMAD poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e deverá ter a seguinte composição mínima:

I - 2 médicos (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 médico (a) com carga horária de 40 horas semanais;

II - 2 enfermeiros (as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 enfermeiro (a) com carga horária de 40 horas semanais;

III - 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) ou assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e

IV - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

Art. 26. O SAD deverá organizar o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia e garantir o cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar, nesses casos, o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção.

Art. 27. Cada EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes, utilizando como parâmetro de referência uma equipe de EMAD para 60 (sessenta) pacientes.

Art. 28. Uma EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a pacientes inseridos nas modalidades de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3 e será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. O SAD que não contar com EMAP e que optarem pelo Assistente Social na Equipe Multiprofissional de Atenção

Domiciliar EMAD deverá garantir reabilitação aos usuários por meio dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família e /ou ambulatorios de reabilitação.

Art. 29. As modalidades de AD2 e AD3 deverão contar com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento, que contemple: equipamentos, material permanente e de consumo, aparelho telefônico e veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

Parágrafo único. Os equipamentos e os materiais citados no caput, bem como os prontuários dos pacientes atendidos nas modalidades AD2 e AD3 deverão ser instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor.

Art. 30. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I -trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;

II -identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando limites e potencialidades de cada um;

III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;

V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;

VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;

VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores; e

IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito.

CAPÍTULO III

DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 31. Para a organização da Atenção Domiciliar como componente da Rede de Atenção às Urgências serão obedecidas as fases para a sua constituição, previstas na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 2011 da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 32. Para a Habilitação dos Serviços, criação de equipes e/ou ampliação de equipes de serviços já habilitados nas modalidades AD2 e AD3, o gestor deverá enviar ao Ministério da Saúde o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com os seguintes requisitos:

I - especificar o número de serviços e/ou equipes EMAD e EMAP, que estão sendo criados ou ampliados com o impacto financeiro, observando o critério populacional de 100.000 habitantes para cada EMAD e, no mínimo, 300.000 habitantes para cada EMAP;

II - descrever a inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar a retaguarda de especialidades, métodos complementares de diagnóstico, internação hospitalar e remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU);

III - apresentar a proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;

IV - informar o estabelecimento de saúde inscrito no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) em que cada EMAD deverá estar alocada;

V - descrever o funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

VI - informar o programa de qualificação do cuidador;

VII - informar o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP; e

VIII - descrever as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço, tomando como referência indicadores da literatura nacional e internacional, incluindo aqueles estabelecidos pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - nº 11, de 26 de janeiro de 2006.

Parágrafo único. Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o detalhamento do Componente Atenção Domiciliar (AD) do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do município no qual o SAD em questão estará alocado.

CAPÍTULO IV

DOS ESTABELCIMENTOS COM HABILITAÇÃO EM INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 33 Os Estabelecimentos de Saúde credenciados no serviço 13.01-internação domiciliar até a data da publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Parágrafo único. Após a publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde na modalidade internação domiciliar (Código 13.01).

Art. 34 Somente os estabelecimentos públicos, atualmente habilitados em internação domiciliar (Código 13.01), poderão optar pela adequação aos critérios previstos nesta Portaria, tornando-se um serviço de atenção domiciliar, habilitado pelo Código 13.02.

Parágrafo único. A adequação dos serviços de internação domiciliar para serviços de atenção domiciliar, de acordo com o disposto no caput deste Artigo, deverá seguir o trâmite e requisitos dispostos no capítulo III desta Portaria.

CAPÍTULO V

DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 35. O SAD que preencher os requisitos constantes nesta Portaria estará apto a receber os recursos financeiros de custeio para sua manutenção, por meio de transferência fundo a fundo.

§ 1º O Ministério da Saúde repassará os recursos na forma de incentivo mensal no valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD que prestar

atendimento nas modalidades AD2 e AD3 e o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP, após recebimento de documentação pelo Ministério da Saúde enviada pela CIB, que comprove a aprovação da habilitação do serviço e a criação de cada equipe.

§ 2º O valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) previsto no parágrafo anterior corresponde a 80% (oitenta por cento) do valor de referência para custeio da EMAD.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. Deverá ser incluída na Tabela de Habilitações do SCNES, a habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar conforme a tabela 1 disposta no Anexo a esta Portaria.

Art. 37. Deverá ser incluído no Serviço Especializado, 113 -Serviço de Atenção Domiciliar, no módulo de Serviço Especializado do SCNES, as classificações conforme tabela 2 disposta no Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Os serviços de Atenção Domiciliar aos quais se refere esta portaria somente serão cadastrados em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias municipais de saúde, ou secretarias estaduais de saúde, ou o Distrito Federal.

Art. 38. Os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável, quando o proponente for uma Secretaria Municipal de Saúde ou a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde para procedimentos de Média e Alta Complexidade, quando o proponente for uma Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 39. As definições dessa Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a pacientes oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 40. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 41. Fica revogada a Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 202, de 20 de outubro de 2006, Seção 1, páginas 145-148.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

6. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Sugestão de referência:

http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_8_Internacao.pdf

**INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO SUS: BREVE HISTÓRICO E
DESAFIOS SOBRE SUA IMPLEMENTAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

RESUMO

A internação domiciliar é uma modalidade de atenção domiciliar à saúde caracterizada pela assistência continuada com oferta de recursos humanos e equipamentos para pacientes com condições clínicas complexas. Trata-se de uma modalidade de assistência praticada desde o final dos anos 50 e com crescimento impulsionado pela necessidade da diminuição de custos e de humanização da assistência à saúde. Relata-se um breve histórico da implantação da internação domiciliar no âmbito do SUS no Distrito Federal e os obstáculos à extensão do serviço aos pacientes de alta complexidade. Destaca-se o reflexo que o retardo desta implantação tem sobre a disponibilidade de leitos de terapia intensiva no Distrito Federal, estratégicos para o SUS local.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Cuidados domiciliares de saúde; SUS (BR); Planos e programas de saúde.

7.OS DESAFIOS DO HOME CARE NO BRASIL

Coordenar a atividade a partir da seguinte orientação:

1. Convidar a turma para realizar uma leitura coletiva do texto: **Os Desafios do Home Care no Brasil**
2. Realizar uma leitura levantando os conceitos, pontos chaves, dúvidas.

Sugestão de referência:

<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/desafios-da-modalidade-no-brasil>

OS DESAFIOS DO HOME CARE NO BRASIL

O Internamento Domiciliar de Saúde, portanto, não pode ser visto apenas como um serviço de longa permanência, assim como a hospitalização, também não o é. Quando o paciente encontra-se estabilizado em sua condição de saúde, os cuidados de longa permanência podem ser ministrados por meio de serviços especializados, pelos próprios cuidadores informais (familiares, amigos) ou, ainda, por atendentes profissionais (área de enfermagem).

Contudo, a meta principal de uma hospitalização ou internamento domiciliar é estabilizar e, quando possível, curar o paciente da enfermidade ou condição patológica em que se apresenta. Sabemos que, em medicina, nem todas as enfermidades ou condições de saúde são passíveis de cura. Muitas condições ou enfermidades jamais obterão cura. Quando isso acontece, muda-se então a meta da gestão do caso, que passa a ter enfoque nos cuidados de manutenção. Esses cuidados visam à sustentação da melhor condição de vida possível. Exemplos dessas condições ou enfermidades são as distrofias musculares e as doenças degenerativas crônicas, entre outras.

Temos que considerar, ainda, as condições ou traumas que originam danos às estruturas ósseas, musculares e ao sistema nervoso central. Nesses casos a hospitalização/internamento domiciliar pode ser utilizada para estabilizar o paciente, tirando-o do quadro de risco, proporcionando-lhe, assim, a oportunidade de transferência para outras modalidades de serviço em saúde, como a fisioterapia e até mesmo o atendimento domiciliar na modalidade particular.

Quando o paciente hospitalizado atinge um quadro estável, deve receber alta hospitalar com um plano específico de acompanhamento, que pode incluir uma recomendação para serviços de reabilitação, dentre outros. Porém, em qualquer caso, quando o paciente hospitalizado atinge um quadro estável e recebe alta, ele próprio ou seu cuidador, assume a responsabilidade pelos cuidados. No Internamento Domiciliar de Saúde não pode ser diferente, pois a proposta e os critérios para alta são os mesmos.

O Home Care existe no mundo há mais de 120 anos. Nos EUA, desde 1798, e no Brasil, aproximadamente, há 16 anos. No Brasil, o sistema de internamento domiciliar, um dos serviços do Home Care, ainda está na adolescência, enfrentando inúmeras barreiras e desafios, muitos dos quais originados pela falta de uma melhor compreensão sobre o uso desse serviço.

A noção errônea de que o Home Care é somente internamento domiciliar, leva certos pacientes e cuidadores a pensar que o Plano de Saúde é obrigado a custear todos os serviços de Home Care, inclusive após a alta do internamento. Muitas dessas incompreensões às vezes são alimentadas pelos próprios profissionais da área que, pelo emprego indevido da terminologia, geram, não intencionalmente, expectativas falsas aos beneficiários.

Existem ainda aqueles que prestam serviços de "saúde em casa" e, enganosamente, se apresentam como empresa de Home Care. Esses serviços prejudicam o melhor conhecimento da modalidade, por não ter e não aplicar a metodologia correta, inerente à verdadeira prática do Home Care. Trabalham sem nenhuma preocupação com o risco que estão transferindo à fonte pagadora e sem ter um plano de alta específico, visando apenas explorar indevidamente as fontes pagadoras, que, muitas vezes, não possuem profissionais encarregados pelos serviços de Home Care devidamente habilitados e que possam ter uma noção real de como o paciente deve ser gerenciado em um ambiente extra-institucional.

Essas empresas, conscientes ou inconscientemente, exploram Planos de Saúde por intermédio de internamentos meramente sociais, induzindo as fontes pagadoras a subsidiar serviços de saúde que deveriam ser custeados de forma particular. Ora, este serviço em particular, visa apenas a dar repouso e minimizar o custo dos cuidadores.

Entretanto, embora as barreiras criadas pela má interpretação, pelo uso indevido da terminologia, pela falta de adoção de um critério rígido de credenciamento de empresas de Home Care, e pela invasão de serviços ilegítimos sejam prejudiciais, não chegam a ser tão danosas, quanto certas interpretações judiciais distorcidas.

Algumas decisões judiciais estão facilitando a prática de pacientes que, após terem sido notificados da alta do internamento domiciliar, recorrem ao Poder Judiciário (infelizmente, com êxito na obtenção de liminares), para obrigar a fonte pagadora a custear os serviços por tempo indeterminado, mesmo após terem legalmente recebido alta do internamento domiciliar.

Entendemos que, se tais situações não forem urgentemente revistas, e que se todos os pacientes resolverem recorrer ao que pensam ser o seu direito, o futuro do Home Care no Brasil está ameaçado. Isto porque algumas autoridades obrigam liminarmente a fonte pagadora a custear os cuidados de enfermagem particular para pacientes estáveis. Esta prática tem levado os Planos de Saúde a uma "fobia justificada" quanto à utilização do Home Care, o que, inevitavelmente, reduz a utilização desses serviços.

Edvaldo de Oliveira Leme, RNC.

Postado 06/08-09

O Portal Home Care tem recebido muitos e-mails de seus usuários, os conteúdos destes correios eletrônicos refletem as várias dificuldades que vem sendo enfrentadas pelas empresas atuantes neste setor. A pedido de seus usuários, o Portal publica uma lista destes desafios em formato de comentários enviados pelos seus usuários, e abre a oportunidade à todos os usuários para debaterem o assunto. Suas opiniões serão divulgadas nesta página exatamente como foram enviadas:

Desafios:

1- Algumas empresas de atendimento domiciliário à saúde estão praticando um tipo de captação de pacientes considerada muito agressiva aos planos de saúde e seus concorrentes. Estas empresas, por intermédio de seus representantes, visitam hospitais, identificam possíveis pacientes para o Home Care, convencem o paciente e ou os familiares de que o Plano de Saúde tem a obrigação de dar cobertura

aos serviços de Home Care, e incentivam os familiares a exigir do Plano de Saúde a cobertura por estes serviços. Algumas empresas vão ainda mais longe, transferem o paciente para casa, iniciam os serviços, e somente após a inclusão do paciente, notificam o Plano de Saúde. Esta prática não é considerada ética e vai contra os protocolos internacionais já conhecidos neste setor. É uma atitude irresponsável que prejudica, em muito, a fonte pagadora, por colocá-la em uma posição delicada, onde, o poder de decisão e de qualificação do caso é transferido para o prestador de serviço, e não o Plano de Saúde.

2- Alguns Planos de Saúde adotaram a prática de gerenciar seus próprios pacientes em regime de atendimento domiciliário à saúde. Estes planos de saúde, sem estrutura alguma na área de home care, fazem a escolha do paciente, asseguram uma prescrição do médico titular, contratam mão de obra por intermédio de uma cooperativa de enfermagem, compram os medicamentos e materiais a serem utilizados pelo paciente, alugam os equipamentos hospitalares como camas, suporte de soro, aluga ventiladores mecânicos, e outros equipamentos e enviam o paciente para casa, sem uma coordenação multidisciplinar dos serviços, sem acompanhamento técnico dos equipamentos e sem plano de tratamento específico. Esta prática vai contra as exigências da ANVISA RDC No 11 de 26 de janeiro de 2006, e coloca em risco o bem estar do paciente e a reputação do Plano de Saúde.

3- Alguns Planos de Saúde adotaram a prática de autorizar o orçamento que apresente o menor preço, decidido em um processo onde os Planos de Saúde pedem inúmeros orçamentos para diversas empresas de Home Care, e escolhem entre os orçamentos, o “vencedor” da licitação informal. O prestador conivente, após ter reduzido sua margem à beira da falência, pouco se preocupa com a qualidade de serviços. Esta prática pode levar a uma redução de custo para o Plano de Saúde que, através da manipulação dos prestadores, consegue diminuir o preço de serviço. Esta prática em curto prazo é eficaz, porém, acaba por diminuir o número de empresas no mercado, o que eventualmente gera uma diminuição da oferta de prestadores e um aumento nos preços de serviço.

4- Encaminho as seguintes ponderações: O que acontecerá se todos os planos de saúde decidirem comprar os seus materiais, medicamentos, alugar os equipamentos, e terceirizar a mão de obra diretamente de uma Cooperativa de Trabalho em Saúde? Será o fim da modalidade de Home Care, e o início de um grande risco operacional para os Planos de Saúde? Porque que no Brasil, o paciente não tem direito de escolher o Home Care de sua preferência, como ele escolhe o hospital?

5- Os planos de saúde exigem o CNES das empresas de Home Care, porém, o Ministério da Saúde não autoriza as Secretarias Regionais de Saúde a liberar o número de cadastro, isto obriga as empresas de Home Care a se descaracterizarem como outras entidades para poderem obter o CNES.

6- Grandes dificuldades surgem quando o empreendedor se vê obrigado a pagar INSS, PIS, COFINS, CSSL e IR (agora retido na fonte) sem mesmo estar devendo, é obrigado a pagar impostos sem se quer ter recebido de suas fontes pagadoras (Lucro Presumido), ter que custear os cuidados de sua carteira de pacientes para receber 30, 60 e muitas vezes 90 dias após enviar uma fatura para a fonte pagadora. E existe muito aventureiro querendo estruturar uma empresa de Home Care com dinheiro financiado!

Desabafo

Por Dr. Joel Rocha de Melo

Minha história no Home Care começou em 1986; teve momentos de grande alegria e expressão; chegou a trazer-me muita dor e decepção e acabou por me encaminhar para a área publica, onde hoje exerço essa atividade.

Acredito que "Historias de Sucesso" são as mais procuradas e divulgadas; acho também igualmente importante (se não mais importante), termos a coragem de aprender com aquelas que levaram ao insucesso. Sempre defendo o uso do termo INSUCESSO, ao invés de FRACASSO, pois por mais que a Historia vivida tenha nos levado a um desfecho inesperado e não desejado, não podemos considerá-la um fracasso, pois nos ensinou e nos mostrou caminhos inadequados. Dói, incomoda, desprestigia, chega a minar nossa saúde física e mental, afasta os amigos, enfim, nos desgasta demais. Por outro lado nos torna fortes e mais cuidadosos; ensina-nos a discernir e fazer escolhas.

Para contar uma história temos que, em primeiro lugar, saber para quem vamos contá-la, podendo, dessa forma, melhor definir o tema, a duração do relato e pontos mais significativos.

Não sei ainda se "Minha História " seria de sua conveniência para seu espaço na REDE, e vou me permitir fazer dela um breve resumo, para talvez daí nos dar outras oportunidades, se de comum acordo.

Assim, no inicio de 1986, Médico já ha sete anos, casado há menos de um ano com uma Enfermeira, trabalhávamos em Hospitais e em nossa clinica particular. Minha esposa era também enfermeira do HIAE. Um dia, como de costume, conversávamos sobre nossas atividades e ela expressou as dificuldades que muitos pacientes tinham nos retornos às suas casas após as intervenções intra-hospitalares. Eram freqüentes os casos de pacientes que

deixavam os hospitais com dependências que os afligiam e aos familiares. A nova realidade de vida deixava-os e aos familiares com baixa QUALIDADE de VIDA.

Assim começamos a estudar alternativas para ajudar essas pessoas em sua nova vida nos seus domicílios. Começamos a ver que essa proposta era já muito difundida nos Países de primeiro mundo e que tinha grandes vantagens para todos os envolvidos:

Aumentava a confiança dos pacientes em uma VIDA MELHOR

Aproximava os familiares dessa nova realidade

Trazia um questionamento de futuro mais promissor

Melhorava a sobrevivência e com maior QUALIDADE mesmo para os terminais

Tornava o discurso de interdisciplinaridade em PRÁTICA diária

Desabrochava o conhecimento do SER HUMANO, profissional e paciente

Personalizava o atendimento

Diminuía Custos

Trazia, enfim, à prática da Medicina um nova faceta, um novo ÂNIMO

Assim iniciamos nossas atividades com Pacientes Particulares egressos de Instituições Hospitalares Classe A. começou a crescer o interesse de alguns Planos de Saúde que eram os patrocinadores do tratamento desses Pacientes. Nosso primeiro parceiro foi a OMINT. Vieram, então, as auto Gestões (Phillips, Alcan, Petrobrás, Banco do Brasil, Telefônica, dentre outros) mas com um mercado ainda não normatizado, totalmente sem regras. Nessa época, tínhamos grandes dificuldades de acesso aos Recursos necessários para viabilizar o tratamento adequado em domicílio. Defendíamos, e ainda o fazemos, que o tratamento em domicílio tinha que dar ao paciente o mesmo resultado que obteria se estivesse em internação hospitalar, e dávamos a ele (paciente) os mesmos itens prescritos por seu Médico na internação hospitalar. As coisas iam bem e assim caminharam com negociações e acordos bilaterais até 1996.

Todos os envolvidos ganhavam. Ganhava o hospital com a rotatividade de leitos, uma vez que o paciente consome realmente os serviços hospitalares nos primeiros três a quatro dias da internação. Essa é a fase áurea em que se confirmam diagnósticos e se estabelecem os prognósticos. Pacientes que consomem apenas a hotelaria hospitalar são inconvenientes para o hospital, o que é injusto com os que precisam dessa estrutura. Ganhavam os Médicos porque tinham mais pacientes e mais tempo para eles. Ganhavam as operadoras de planos de saúde, por terem custos menores. Ganhavam os pacientes pela melhor qualidade de vida de que podiam dispor, e ganhávamos nós, profissionais do Home Care, pelo crescimento dos serviços prestados.

Nesse ponto da nossa trajetória achamos que a atividade era tão positiva que mais pessoas deveriam dela se beneficiar. Resolvemos, então, e aqui assumo a responsabilidade pela decisão, popularizar o atendimento, fazendo contratos com empresas de Planos de Saúde Populares. Aqui começaram os problemas. Algumas empresas pagadoras queriam um custo progressivamente menor. Não lhes bastava cortar custos da ordem de 90%. A diminuição era estrondosa pois as diárias de Home Care eram globais, isto é, pagava-se o custo dos medicamentos, materiais em uso, profissionais envolvidos e 10% de administração e impostos sobre serviços. No mês seguinte, no entanto, algumas operadoras queriam que se diminuíssem os custos e, o mais grave, com a diminuição da assistência.

Iniciava-se também uma maior concorrência com a abertura de muitas empresas na área.

Não havia regras e tudo era permitido. Nossa empresa tinha Sistema de Atendimento 24 horas, software para gerenciamento de prontuário e recursos envolvidos, Contrato com empresa de APH além de ambulâncias próprias; concorriamos com todo tipo de empresas, desde grupos que representavam interesses internacionais, passando por outras multiprofissionais e estruturadas e, até mesmo empresas sem nenhuma constituição legal, além de agrupamentos de profissionais para-médicos. Tudo isso convivia no mesmo cenário.

Tentamos, então, a profissionalização e normatização do setor, unindo algumas empresas de maior expressão na época.

Junto com Josier M. Villar, Roberto Sacramento, nós e algumas empresas que pretendiam investir no setor de APOIO ao Home Care fornecendo recursos, materiais e serviços especiais, iniciamos a ABEMID - Associação Brasileira das Empresas de Internação Domiciliar. Fomos voto vencido na constituição dessa Associação, embora dela tenhamos participado como Secretário, pois achávamos que a Associação deveria ser de Home Care, nome internacional para a prática, e que deveria ser mais abrangente do que apenas Internação Domiciliar e Empresas Médicas. Estávamos deixando de lado todas as atividades correlatas ao desenvolvimento da nossa atividade, como empresas de gases, mobiliário, APH, diagnóstico radiológico e laboratorial, serviços especiais como Físio, Fono, Nutrição etc. O parecer dos demais, no entanto, defendia a limitação em função de se poder vender melhor a ideia aos Convênios e Fontes Pagadoras, se restrito e bem empacotado como INTERNAÇÃO DOMICILIAR. Foi um tempo de muitas lutas, no sentido de tentarmos definir e marcar espaços, limites e competências.

Em 1998, fomos convidados pela Associação Americana de Home Care para mostrar a nossa experiência com a atividade no Brasil. Estivemos em Boston para tal e nesse ano, quando os americanos comemoravam o centenário do Home Care.

As divergências por aqui continuaram e junto com outros empresários, constituímos a ABHHCARE - Associação Brasileira de Home Health Care, que se dispunha a congregar todas as diferentes visões empresariais que tivessem a Assistência Domiciliar em Saúde como finalidade ou interesse. Mas aqui outro complicador apareceu: a crise no setor de Saúde decorrente, principalmente, da normatização pela ANS, dos Planos de Saúde.

Começamos a sofrer seriamente com GLOSAS e INADIMPLÊNCIA de algumas Operadoras. Chegamos ao Ano de 2000, com sérios problemas. Tínhamos crescido e para suportar as necessidades de atendimentos específicos e de maior complexidade, investimos numa estrutura de DAY HOSPITAL, que se apresentava claramente aos nossos olhos como uma complementação natural e óbvia das atividades de Home Care. Nesse espaço, pretendíamos a realização de procedimentos de Quimioterapia com pessoal treinado, fluxo laminar, dose unitária e procedimentos cirúrgicos de média complexidade.

Não queríamos competir com os Hospitais, mas ser uma alternativa para pacientes que poderiam ser atendidos em estruturas menos complexas, mais baratas e mais ágeis.

Fomos entendidos como ameaças um STATUS QUO que não admitia essa postura. Chegamos a ser ameaçados pessoalmente.

Aqui foi o princípio do fim. Tivemos que encerrar nossas atividades. Se de um lado tínhamos falta de pagamentos de contratos cumpridos há sessenta dias em média, de outro sentíamos um bloqueio a nossas tentativas de vender os NOVOS serviços aos clientes de então. Começamos a ver um desabar progressivo de tudo que tínhamos construído. Chegou esse abalo a nossa vida pessoal, incluindo, inclusive, na estabilidade familiar e conjugal.

São muitas as considerações, lembranças e marcas dessa trajetória. Não me turvaram, contudo, a visão da oportunidade e diferencial envolvido na proposta de Home Care. A cada dia cresce minha admiração e respeito por essa possibilidade de entender mais completamente o que se passa com a PESSOA que adoece, podendo ter acesso às suas crenças, seus hábitos de vida, sua relação interpessoal e familiar, tão determinante da sua condição de saúde e indispensável para se entenderem os processos de doença e cura. Não entendo como podemos abrir mão dessa possibilidade de entendimento do SER HUMANO e sua evolução de Saúde, vendo-o apenas do ponto de vista institucional.

Outra briga que tento levar adiante desde aquela época: O hospital trata da doença e nós, Médicos em Domicílio temos a prerrogativa de tratar o paciente e família no contexto da Saúde. Os olhares são diferentes mas não antagônicos, são complementares.

Hoje, como falei, trabalho no SUS coordenando uma iniciativa de Assistência Domiciliar integrando os diferentes níveis de atenção disponíveis: UBS/PSF + UAD + UID + PS + Hospitais, com a implementação de referência e contrarreferência. Acredito que o DOMICILIO é o local onde o maior número de ações de Saúde ocorrem durante a vida de uma PESSOA e pode, ou melhor, deve ser considerado como um ambiente importante e indispensável para que as ações de Saúde possam ser implementadas com técnica, planejamento e de forma sempre que possível, PREFERENCIAL.

Na área privada tenho desenvolvido trabalhos de Gestão Populacional, identificando grupos de risco em populações-alvo, para propor-lhe seguimento com diferentes abordagens e ferramentas.

Finalizando:

Hospital é importante sim, mas apenas em três condições:

1. Paciente Crítico
2. Paciente sem Diagnóstico
3. Paciente que não aceite ser tratado em casa

Joel

8. CUIDADOS PALIATIVOS

Coordenar a atividade a partir da seguinte orientação:

Sugestão de referência bibliográfica para preparar a exposição:

<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

Referência bibliográfica:

<http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados>

O que são Cuidados Paliativos?

O alívio do sofrimento, a compaixão pelo doente e seus familiares, o controle impecável dos sintomas e da dor, a busca pela autonomia e pela manutenção de uma vida ativa enquanto ela durar: esses são alguns dos princípios dos Cuidados Paliativos que, finalmente, começam a ser reconhecidos em todas as esferas da sociedade brasileira.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde em 2002 como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. O tratamento em Cuidados Paliativos deve reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares. Para este trabalho ser realizado é necessário uma equipe mínima, composta por: um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação (a ser definido conforme a necessidade do paciente). Todos devidamente treinados na filosofia e prática da palição.

A Organização Mundial de Saúde desenhou um modelo de intervenção em Cuidados Paliativos onde as ações paliativas têm início já no momento do diagnóstico e o cuidado paliativo se desenvolve de forma conjunta com as terapêuticas capazes de modificar o curso da doença. A palição ganha expressão e importância para o doente à medida que o tratamento modificador da doença (em busca da cura) perde sua efetividade. Na fase final da vida, os Cuidados Paliativos são imperiosos e perduram no período do luto, de forma individualizada.

As ações incluem medidas terapêuticas para o controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio espiritual ao paciente do diagnóstico ao óbito. Para os familiares, as ações se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto. Um programa adequado inclui ainda medidas de sustentação espiritual e de psicoterapia para os profissionais da equipe, além de educação continuada. A condição ideal para o desenvolvimento de um atendimento satisfatório deve compreender uma rede de ações composta por consultas ambulatoriais, assistência domiciliar e internação em

unidade de média complexidade, destinada ao controle de ocorrências clínicas e aos cuidados de final de vida.

História dos Cuidados Paliativos

Alguns historiadores apontam que a filosofia paliativista começou na antiguidade, com as primeiras definições sobre o cuidar. Na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum achar hospices (hospedarias, em português) em monastérios, que abrigavam não somente os doentes e moribundos, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. Esta forma de hospitalidade tinha como característica o acolhimento, a proteção, o alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura.

No século XVII, um jovem padre francês chamado São Vicente de Paula fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris e abriu várias casas para órfãos, pobres, doentes e moribundos. Em 1900, cinco das Irmãs da Caridade, irlandesas, fundaram o St. Joseph's Convent, em Londres, e começaram a visitar os doentes em suas casas. Em 1902, elas abriram o St. Joseph's Hospice com 30 camas para moribundos pobres.

Cicely Saunders e os Cuidados Paliativos modernos

Cicely Saunders nasceu em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Ela graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e como médica. Escreveu muitos artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo. Em 1967, ela fundou o St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o St. Christopher's é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa. Cicely Saunders conseguiu entender o problema do atendimento que era oferecido em hospitais para pacientes terminais. Até hoje, famílias e pacientes ouvem de médicos e profissionais de saúde a frase "não há mais nada a fazer". A médica inglesa sempre refutava: "ainda há muito a fazer". Ela faleceu em 2005, em paz, sendo cuidada no St. Christopher's.

Cuidados Paliativos no Brasil

O movimento paliativista tem crescido enormemente, neste início de século, no mundo todo. Na Inglaterra, em 2005, havia 1.700 hospices, com 220 unidades de internação para adultos, 33 unidades pediátricas e 358 serviços de atendimento domiciliar. Estes serviços

todos ajudaram cerca de 250 mil pacientes entre 2003 e 2004. Na Inglaterra, pacientes têm acesso gratuito a Cuidados Paliativos, cujos serviços são custeados pelo governo ou por doações. A medicina paliativa é reconhecida como especialidade médica.

Nos Estados Unidos, o movimento cresceu de um grupo de voluntários que se dedicava a pacientes que morriam isolados para uma parte importante do sistema de saúde. Em 2005, mais de 1,2 milhão de pessoas e suas famílias receberam tratamento paliativo. Nesse país, a medicina paliativa é uma especialidade médica reconhecida também.

No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos são encontradas desde os anos 70. Contudo, foi nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. Vale ressaltar o pioneirismo do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina - UNIFESP/EPM. Outro serviço importante e pioneiro no Brasil é o do Instituto Nacional do Câncer - INCA, do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos. Contudo, atendimentos a pacientes fora da possibilidade de cura acontecem desde 1986. Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - HSPE/SP inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos, comandada pela Dra. Maria Goretti Sales Maciel. O programa, no entanto, existe desde 2000. Em São Paulo, outro serviço pioneiro é do Hospital do Servidor Público Municipal, comandado pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto, que foi inaugurado em junho de 2004, com início do projeto em 2001. A primeira tentativa de congregação dos paliativistas aconteceu com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos - ABCP pela psicóloga Ana Geórgia de Melo, em 1997.

Contudo, com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, os Cuidados Paliativos no Brasil deram um salto institucional enorme. Com a ANCP, avançou a regularização profissional do paliativista brasileiro, estabeleceu-se critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos, realizou-se definições precisas do que é e o que não é Cuidados Paliativos e levou-se a discussão para o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Federal de Medicina - CFM e Associação Médica Brasileira - AMB. Participando ativamente da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM, a ANCP ajudou a elaborar duas resoluções importantes que regulam a atividade médica relacionada a esta prática.

Em 2009, pela primeira vez na história da medicina no Brasil, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental. A ANCP luta pela regularização da Medicina Paliativa como área de atuação

médica junto à Associação Médica Brasileira e a universalização dos serviços de Cuidados Paliativos no Ministério da Saúde.

Cenário atual no Brasil

No Brasil, as atividades relacionadas a Cuidados Paliativos ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Ainda imperam no Brasil um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado aos Cuidados Paliativos, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário. Ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor. Ainda são poucos os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. Menor ainda é o número daqueles que oferecem atenção baseada em critérios científicos e de qualidade. A grande maioria dos serviços ainda requer a implantação de modelos padronizados de atendimento que garantam a eficácia e a qualidade.

Há uma lacuna na formação de médicos e profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, essencial para o atendimento adequado, devido à ausência de residência médica e a pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade. Ainda hoje, no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa. A ANCP prevê que, nos próximos anos, essa situação deverá mudar rapidamente. Com a regularização profissional, promulgação de leis, quebra de resistências e maior exposição na mídia (como na atual novela da TV Globo, *Viver a Vida*), haverá uma demanda por serviços de Cuidados Paliativos e por profissionais especializados. A ANCP e seus parceiros lutam para que isso de fato se torne realidade. A regularização legal e das profissões, por exemplo, permitirá que os planos de saúde incluam Cuidados Paliativos em suas coberturas. Está provado que Cuidados Paliativos diminuem os custos dos serviços de saúde e trazem enormes benefícios aos pacientes e seus familiares.

A conscientização da população brasileira sobre os Cuidados Paliativos é essencial para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas. Cuidados Paliativos são uma necessidade de saúde pública. São uma necessidade humanitária.

FONTE: <http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados>

9. PESQUISA SOBRE ASSISTENCIA DOMICILIAR

10.PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DO DOMICÍLIO

Referência bibliográfica:

http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-content/uploads/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SUGERIDAS

<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/manual-sad.pdf>

http://www.hospitalgeral.com.br/1_prof/assit_dom/aspectos.htm

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html

<http://www.portalhomecare.com.br/home-care/desafios-da-modalidade-no-brasil>

<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>

<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>

http://www.youtube.com/watch?v=e_8w8tuhlfw

<http://www.youtube.com/watch?v=m7b6lMAQ8YQ&NR=1&feature=endscreen>

<http://www.youtube.com/watch?v=BRGNh3T3frk&feature=relmfu>

http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-content/uploads/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf

http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_8_Internacao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. 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, p.77-90, 2008. Disponível em:

<<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/renc/article/viewPDFInterstitial/285/284>> Acesso em: 3 de nov. 2012.

<http://atelierdeducadores.blogspot.com.br/2010/09/dinamicas-para-for-macao-de-grupos-os.html>

Hino Nacional

Ouviram do Ipiranga as margens plácidas
De um povo heróico o brado retumbante,
E o sol da liberdade, em raios fúlgidos,
Brilhou no céu da pátria nesse instante.

Se o penhor dessa igualdade
Conseguimos conquistar com braço forte,
Em teu seio, ó liberdade,
Desafia o nosso peito a própria morte!

Ó Pátria amada,
Idolatrada,
Salve! Salve!

Brasil, um sonho intenso, um raio vívido
De amor e de esperança à terra desce,
Se em teu formoso céu, risonho e límpido,
A imagem do Cruzeiro resplandece.

Gigante pela própria natureza,
És belo, és forte, impávido colosso,
E o teu futuro espelha essa grandeza.

Terra adorada,
Entre outras mil,
És tu, Brasil,
Ó Pátria amada!
Dos filhos deste solo és mãe gentil,
Pátria amada, Brasil!

Deitado eternamente em berço esplêndido,
Ao som do mar e à luz do céu profundo,
Fulguras, ó Brasil, florão da América,
Iluminado ao sol do Novo Mundo!

Do que a terra, mais garrida,
Teus risonhos, lindos campos têm mais flores;
"Nossos bosques têm mais vida",
"Nossa vida" no teu seio "mais amores."

Ó Pátria amada,
Idolatrada,
Salve! Salve!

Brasil, de amor eterno seja símbolo
O lábaro que ostentas estrelado,
E diga o verde-louro dessa flâmula
- "Paz no futuro e glória no passado."

Mas, se ergues da justiça a clava forte,
Verás que um filho teu não foge à luta,
Nem teme, quem te adora, a própria morte.

Terra adorada,
Entre outras mil,
És tu, Brasil,
Ó Pátria amada!
Dos filhos deste solo és mãe gentil,
Pátria amada, Brasil!

Hino do Estado do Ceará

Poesia de Thomaz Lopes
Música de Alberto Nepomuceno
Terra do sol, do amor, terra da luz!
Soa o clarim que tua glória conta!
Terra, o teu nome a fama aos céus remonta
Em clarão que seduz!
Nome que brilha esplêndido luzeiro
Nos fulvos braços de ouro do cruzeiro!

Mudem-se em flor as pedras dos caminhos!
Chuvas de prata rolem das estrelas...
E despertando, deslumbrada, ao vê-las
Ressoa a voz dos ninhos...
Há de florar nas rosas e nos cravos
Rubros o sangue ardente dos escravos.
Seja teu verbo a voz do coração,
Verbo de paz e amor do Sul ao Norte!
Ruja teu peito em luta contra a morte,
Acordando a amplidão.
Peito que deu alívio a quem sofria
E foi o sol iluminando o dia!

Tua jangada afoita enfune o pano!
Vento feliz conduza a vela ousada!
Que importa que no seu barco seja um nada
Na vastidão do oceano,
Se à proa vão heróis e marinheiros
E vão no peito corações guerreiros?

Se, nós te amamos, em aventuras e mágoas!
Porque esse chão que embebe a água dos rios
Há de florar em meses, nos estios
E bosques, pelas águas!
Selvas e rios, serras e florestas
Brotem no solo em rumorosas festas!
Abra-se ao vento o teu pendão natal
Sobre as revoltas águas dos teus mares!
E desfraldado diga aos céus e aos mares
A vitória imortal!
Que foi de sangue, em guerras leais e francas,
E foi na paz da cor das hóstias brancas!



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Educação