

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
EAESP - FGV

PEDRO TEIXEIRA DE CARVALHO

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR
- um novo conceito de hospital -

NPP - PROJETO DE PESQUISA
PIBIC / CNPq

PROF. ORIENTADOR: JOSÉ CARLOS BARBIERI

SÃO PAULO
2000

*De quando
de Barbiéri*

CARVALHO, Pedro Teixeira de. Assistência Domiciliar: um novo conceito de hospital. Prof. Orientador: José Carlos Barbieri. São Paulo: EAESP/FGV, 2000. 72p.

Resumo: O foco central deste trabalho é uma análise de programas hospitalares de Assistência Domiciliar identificando suas principais características e fazendo uma abordagem acerca dos benefícios gerados.

Palavras chave: Assistência Domiciliar – *Home Care* – Cuidador – Atenção Domiciliar – *Home Health Care* – Atendimento Domiciliar.

AGRADECIMENTO

Agradeço este trabalho ao Professor José Carlos Barbieri,
que me incentivou e me orientou neste projeto de pesquisa

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,
que foram certamente as pessoas mais importantes
em todo o meu processo de aprendizagem.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	4
3. METODOLOGIA	7
3.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
3.2 ENTREVISTAS	10
3.2.1 Universo estudado	11
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 CONCEITO	13
4.2 HISTÓRICO	15
4.3 PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS / PÚBLICO ALVO	17
4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	18
4.4.1 Fatores Físicos	18
4.4.2 Fatores sociais	19
4.4.3 Fatores ambientais	21
4.5 ASPECTOS RELATIVOS À FAMÍLIA	21
4.6 EQUIPES	23
4.7 GESTÃO DE MATERIAIS E TRANSPORTES	25
4.8 VISITA DE ÓBITO	26
4.9 BENEFÍCIOS DO SISTEMA	27
4.9.1 Custo	27
4.9.2 Desinternação	28
4.9.3 Redução do tempo de tratamento	29
4.9.4 Reinternação	30
5. RESULTADOS OBTIDOS / CASOS	31
5.1 Assistência Domiciliar Einstein	32
5.2 Caso 2 – Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital do Servidor Público (HSPE)	39
5.3 Caso 3 – Núcleo De Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital Das Clínicas ..	48
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS / CONCLUSÃO	59
7. AVALIAÇÃO / RECOMENDAÇÕES	65
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
9. ANEXO	72

1. INTRODUÇÃO

Este documento relata uma pesquisa sobre Assistência Domiciliar realizada entre setembro de 1999 e junho de 2000. Trata-se de um projeto de pesquisa empírico bibliográfica, abordando três casos de programas de Assistência Domiciliar realizados por hospitais da cidade de São Paulo à saber: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e Hospital das Clínicas.

Para alguns pacientes, a permanência prolongada em hospitais é fator de depressão. Em casa, a proximidade e o aconchego familiar ajudam na recuperação do paciente, além de evitar o risco da infecção hospitalar. Além disso, no domicílio o paciente recebe um atendimento personalizado. Desta forma, os familiares são educados para os cuidados necessários ao paciente.

A Assistência Domiciliar é um grande tema que tem sido abordado neste fim de século como uma possível solução para o tão precário sistema de saúde brasileiro.

São freqüentes em hospitais brasileiros problemas como: falta de leitos disponíveis, longas filas de espera, altos índices de infecção hospitalar, etc. Na luta contra estes e

outros problemas, alguns hospitais brasileiros vêm adotando programas de Assistência Domiciliar.

Além de promover um aumento no número de leitos disponíveis e reduzir o risco de infecção, também são atribuídos à Assistência Domiciliar benefícios como: redução de custos e diminuição do tempo de tratamento do paciente: "A internação domiciliar é hoje uma tendência mundial que se viabilizou, pelas suas vantagens, entre elas a redução de custos, o menor risco de infecções graves, o maior conforto para o paciente e a maior proximidade da família" (MOREIRA, 1999, p.32). "Ainda os custos do tratamento reduzem sensivelmente e a perspectiva de oferta de leitos hospitalares pode crescer em até 30%" (PESCAROLLI, 1999, p.10).

Para que a Assistência Domiciliar gere bons resultados tanto para o hospital (redução de custos, aumento do número de leitos disponíveis) quanto para o paciente (redução do tempo de tratamento, diminuição do risco de infecção), faz-se necessário a existência de uma logística bem estruturada e capaz de fornecer ao processo todos os recursos necessários em tempo hábil.

O resultado desta pesquisa, auxilia administradores hospitalares, bem como outros profissionais, na implementação e administração de um serviço de Assistência Domiciliar.

2. OBJETIVOS

"Assistência Domiciliar - um novo conceito de hospital" é uma pesquisa na qual é analisada a questão referente à utilização da Assistência Domiciliar pelos hospitais como um fator de inovação e melhoria na qualidade do serviço prestado. "Quando a cultura de *Home Health Care* começou a ser desenvolvida, associou-se à prática médica, a tecnologia e a redução considerável dos custos, além de proporcionar mudanças de hábitos familiares e atividades diárias" (PESCAROLLI, 1999, p.10).

A adoção da Assistência Domiciliar (*Home Care*) pelos hospitais brasileiros foi tida como uma forma de redução de custos, diminuição do tempo de recuperação do paciente, diminuição da superlotação do hospital (aumento da oferta de leitos), humanização do tratamento e redução dos índices de infecção hospitalar. A logística de transporte de recursos materiais e humanos neste tipo de atendimento é realmente um fator crítico, já que o paciente não pode, ou pelo menos não deve, esperar para ter um recurso de que necessite.

A pesquisa objeto deste relato compreendeu uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e uma análise empírica, através

estudos de caso nos três programas de Assistência Domiciliar mencionados anteriormente.

A pesquisa empírica aborda o modo pelo qual o atendimento (visitas) é realizado, ressaltando as questões referentes ao cuidador, à família, e outros "critérios de elegibilidade" para que um paciente esteja apto a participar do programa, bem como as principais patologias atendidas e a equipe do programa de Assistência Domiciliar.

3. METODOLOGIA

De acordo com os objetivos deste trabalho, foram analisados três programas de Assistência Domiciliar, prestados por hospitais da cidade de São Paulo. Através de uma análise qualitativa dos resultados obtidos, realizou-se uma reflexão sobre os reais benefícios da Assistência Domiciliar, bem como a sua dinâmica.

A investigação teve início com a definição do tema (problema). Em seguida levantou-se uma bibliografia preliminar, a fim de obter um panorama geral sobre o assunto. Em seguida, levantou-se uma bibliografia mais especializada sobre Assistência Domiciliar. Essa bibliografia especializada tornou possível a elaboração de um roteiro de entrevista (vide anexo) para ser aplicado no estudo de casos.

Paralelamente, foram levantados hospitais que prestam serviço de Assistência Domiciliar na cidade de São Paulo. O roteiro de entrevista foi aplicado em três modelos de

programas de Assistência Domiciliar: um hospital da rede privada (Hospital Israelita Albert Einstein) e dois da rede pública de saúde (Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e Hospital das Clínicas).

O levantamento bibliográfico foi importantíssimo para o levantamento de dados relevantes sobre o assunto e para o entendimento do trabalho de um programa de Assistência Domiciliar.

Nos hospitais analisados é importante ressaltar o interesse dos entrevistados pelo tema e a disponibilidade dos mesmos em colaborar com a pesquisa.

3.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica foi um importante instrumento para a elaboração da pesquisa. Inicialmente foi difícil o levantamento de uma bibliografia especializada sobre o assunto. Entretanto, à medida que o material bibliográfico foi explorado novas fontes bibliográficas foram surgindo.

O levantamento de bibliografias concentrou-se principalmente na biblioteca da Fundação Getúlio Vargas e na biblioteca da Faculdade São Camilo. A Internet e o PROAHSA (Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar) também foram importantes fontes para levantamento de dados.

Para o levantamento bibliográfico foram utilizadas palavras-chaves como: Assistência Domiciliar, Home Care, Serviços Domiciliares de Saúde, Home Health Care e Atendimento Domiciliar.

Houve uma certa dificuldade na identificação de teses e dissertações específicas sobre tema. De modo geral, foi possível realizar grande parte do levantamento de dados inicial através de matérias escritas por pessoas de renome dentro do meio hospitalar/assistencial publicadas em periódicos especializados sobre o assunto.

3.2 ENTREVISTAS

Nos hospitais mencionados foram realizadas entrevistas com gerentes e diretores dos programas de Assistência Domiciliar.

Para manter uma homogeneidade na captação dos dados utilizou-se o roteiro de entrevista mencionado, cujos tópicos foram elaborados a partir da pesquisa bibliográfica. Como pode ser verificado no anexo, este roteiro é composto de duas partes: uma atendo-se aos aspectos gerais do hospital em questão e, outra, aos aspectos específicos do programa de Assistência Domiciliar promovido.

3.2.1 Universo estudado

Apesar da existência de outros centros de Assistência Domiciliar em outras regiões e estados brasileiros, decidiu-se por restringir o estudo à cidade de São Paulo. Além de ser a maior cidade do país, São Paulo apresenta sérios problemas sociais, e principalmente no que se refere à sua rede de saúde. Deste modo, foi interessante analisar os programas de Assistência Domiciliar da cidade e, além disso, verificar se realmente existem benefícios, sociais ou não, como consequência da utilização deste modelo de atendimento.

A escolha de três casos para a análise empírica da Assistência Domiciliar deveu-se também ao fato de ter sido escolhida a entrevista como método de levantamento de dados e não questionários. Como se sabe, a entrevista apresenta uma série de vantagens para o pesquisador interessado em realizar uma pesquisa exploratória onde questões do tipo "como" e "por que" são mais importantes do que "quanto". Por outro lado, o levantamento de dados através de entrevistas limita a possibilidade da ampliação o universo pesquisado, comparativamente ao questionário.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONCEITO

Atualmente os conceitos de Assistência Domiciliar, *Home Care*, Internação Domiciliar estão muito próximos entre si e ainda necessitam de uma padronização oficial quanto ao seu significado. Entretanto, no contato com médicos, pessoas ligadas à programas de Assistência Domiciliar, fica claro que o conceito de Assistência Domiciliar o qual será abordado neste projeto, aproxima-se mais do conceito de Assistência Domiciliar Integrada definido por CRUZ, p. 24, 1999): "Assistência Domiciliar Integrada é um conjunto de atividades relacionadas à saúde, oferecidas aos pacientes em sua residência, tais como cuidados multiprofissionais, envolvendo atenção médica, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e outras categorias não

necessariamente pertencentes à equipe visitadora, como farmacêuticos. De um modo geral esse tipo de atenção é dirigido a pacientes impossibilitados de comparecer aos serviços médicos para tratamento. Trata-se de clientes acamados, com dificuldades de locomoção, ou com outras limitações, algumas vezes dependentes de oxigenoterapia".

Para efeito deste trabalho, serão usadas indistintamente expressões como: Assistência Domiciliar, Home care, Home Health Care, Atenção Domiciliar e Atendimento Domiciliar.

É importante ressaltar que há uma grande diferença entre Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar. Segundo CRUZ (1999, p.24), "a Internação Domiciliar é um modelo de assistência, baseado no suporte de cuidados ao paciente que foi transferido do serviço de internação hospitalar para continuar a ser tratado em casa. Neste caso exige-se um acompanhamento contínuo (diário) e, às vezes, ininterrupto. Há casos em que é necessário manter cuidados de enfermagem por 24 horas. Além disso, o paciente deve contar com uma central de atendimento para solução de emergências, com médico disponível para orientar e atender as necessidades prementes".

Portanto, o que será tratado nesta pesquisa são programas de Assistência Domiciliar e não de Internação Domiciliar.

4.2 HISTÓRICO

"O conceito de Home Care surgiu em Boston no ano de 1780. A equipe era composta por médicos, enfermeiros e assistentes sociais de fundações filantrópicas ligados, em sua maioria, a missões sociais e de saúde pública" (MENDES, 1998, p.6). ALBUQUERQUE (1998, p.10), cita que estes modelos de *Home Care* do século XVIII e XIX eram focados em sua maioria em saúde pública e prevenção de doenças. Durante o início do século XX, este modelo de *Home Care* continuou quando os médicos faziam visitas domiciliares, apesar da limitação de tecnologia e de tratamentos específicos para o atendimento no domicílio do paciente. Segundo um estudo publicado pela NAHC (*National Association for Home Care*), em 1963 foram registrados nos Estados Unidos mil e cem programas de *Home Care* sendo que atualmente este número já chega a vinte mil.

No Brasil, a Assistência Domiciliar possui um período de no mínimo 31 anos. O primeiro serviço de Assistência Domiciliar que se tem notícia no país e na América Latina como um todo, foi o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) implantado pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE). "O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo desenvolve um programa de acompanhamento de seus doentes crônicos realizando visitas domiciliares. A experiência deste hospital foi a grande matriz para o desenvolvimento de outros programas de Assistência

Domiciliar" (ALBUQUERQUE, 1998, p.11).

Desde então o número de programas de Assistência Domiciliar vem crescendo ano a ano, com uma grande popularização a partir da década de 90. "Assistência Domiciliar é uma modalidade que no Brasil, principalmente na última década, vem sendo cada vez mais incorporada ao modelo de oferta de serviços de saúde, tanto no setor público, quanto no privado" (RIBEIRO, 1999, p.36).

Uma série de fatores tem influenciado a criação de programas de Assistência Domiciliar. CRUZ (1999, p.26) em sua obra identifica fatores administrativos, aumento demográfico e de morbidade, e o desenvolvimento tecnológico como fatores fundamentais para o surgimento de programas de Assistência Domiciliar.

Administrativamente pode-se dizer que "existe uma grande tendência à utilização dos leitos hospitalares por tempo mais reduzido, com conseqüente transformação no processo de cuidado (somente casos mais graves e mais rentáveis permaneceriam internados no hospital)" (CRUZ, p.26, 1999).

Outro fator que influenciou o surgimento de programas de Assistência Domiciliar foi o crescimento e o envelhecimento da população. Com o avanço da medicina e a descoberta da cura de uma série de doenças, a população passou a "envelhecer". Deste modo, surgiu a necessidade de manutenção e controle de um número maior de casos de doenças crônicas. Além disso, índices elevados de casos de "violência urbana" (atentados à vida, acidentes de trânsito, etc) foram fatores que influenciaram o surgimento de

programas de Assistência Domiciliar.

Aliado a todos estes aspectos, está o desenvolvimento tecnológico que, através de novas descobertas medicamentosas, novas técnicas de tratamento, facilidades de coleta de exames laboratoriais e de realização de alguns tipos de exames diagnósticos por imagem (aparelhos de raio X e ultra-sonografia portáteis), permitiram que muitos dos procedimentos antes somente possíveis de se realizar em hospitais, tornassem-se viáveis para a realização no domicílio do paciente.

4.3 PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS / PÚBLICO ALVO

O público alvo dos programas de Assistência Domiciliar é formado de um modo geral por pacientes de doenças crônicas como vítimas de "acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos ou isquêmicos com sequelas neuromotoras, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, neoplasias em fase de tratamento quimioterápico ou de suporte para casos terminais, *Diabetes mellitus* com evolução de complicações vasculares e de demais sistemas, traumatismos, AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), neuropatias, prematuridade e pós-operatórios complicados" (CRUZ e RIBEIRO, 1998).

Outro dado relevante nos programas de Assistência

Domiciliar é a grande presença de pacientes com idade mais avançada. Segundo o Dr. Eduardo Osvaldo Mishima, 80% dos pacientes atendidos pelo SAD-HSPE (Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo) são idosos.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critérios de elegibilidade são condições para que um paciente possa estar incluso em um programa de Assistência Domiciliar.

De um modo geral, para que um paciente possa ser atendido em sua residência faz-se necessário a consideração de uma série de fatores físicos (estado clínico do paciente), ambientais e sociais.

4.4.1 Fatores Físicos

Podemos classificar como fatores físicos àqueles referentes aos estado de saúde do paciente. Como a Assistência Domiciliar tem como público alvo, pacientes crônicos e que não estejam em processo de agudização, faz-se necessário que o paciente possua um quadro clínico estável o que o torna inicialmente apto a receber o tratamento em sua

residência. Desta forma, é comum que a alta hospitalar seja um dos critérios para que o paciente possa ser atendido por um programa de Assistência Domiciliar.

É importante ressaltar que algumas instituições hospitalares utilizam como critério físico/clinico de admissão de um paciente, a impossibilidade do mesmo em locomover-se até o hospital. Esse é, por exemplo, um dos critérios de elegibilidade do Hospital das Clínicas (HC) e do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), conforme serão apresentados posteriormente em maiores detalhes.

4.4.2 Fatores sociais

Outro fator importantíssimo é a presença e existência da figura do cuidador, que, além de ser um dos critérios de elegibilidade, é peça fundamental para o sucesso do tratamento. O cuidador, em geral, é um membro da família ou um amigo próximo do paciente que assume a responsabilidade pelo paciente em casa. Ele é o elo de ligação entre o paciente e a equipe médica. De fato, o cuidador é a pessoa responsável por tomar todos os cuidados com o paciente: medicação, higiene; sempre seguindo as orientações da equipe do programa de Assistência Domiciliar. Assim, é importantíssima a comunicação entre a equipe e o cuidador. Reuniões entre grupos de cuidadores e, entre cuidador(es) e equipe multidisciplinar, têm sido prática freqüente nos programas de Assistência Domiciliar. Tudo para assegurar que todas as recomendações ao cuidador sejam entendidas e

executadas com presteza. "É imprescindível que pacientes, familiares e cuidadores estejam sempre bem informados sobre a programação e as possíveis mudanças no cronograma da oferta da atenção domiciliar: freqüência semanal e período/horário provável das visitas médicas, de enfermagem e outros profissionais tais como assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo entre outros; o fluxo de suprimento/recolhimentos; coletas para exames e orientações de como acionar a central 24 horas para o atendimento das urgências/emergências" (RIBEIRO, 1999, p.36).

O trabalho do cuidador é muitas vezes árduo e penoso. "O cuidador, pressionado pela necessidade de prestar atenção contínua ao seu familiar, quase sempre esquece de si mesmo, anula os seus sentimentos, os seus momentos de lazer e até prejudica a sua saúde. Vive em permanente estado de apreensão, ansiedade e irritação, chegando muitas vezes ao estresse" (ALBUQUERQUE, 1999, p. 20). Para que o cuidador não sofra tanto e para que seu trabalho não se torne tão árduo, é importante o papel de assistentes sociais e psicólogos. O trabalho desenvolvido por estes profissionais não deve ser somente focado no paciente, mas também na pessoa responsável de cuidar do mesmo, o cuidador. Se o cuidador não estiver psicologicamente em condições de cuidar do paciente, o tratamento domiciliar pode não atingir o resultado esperado.

Ainda com relação a fatores sociais, é de se ressaltar a importância da família. Este aspecto será discutido posteriormente no item: aspectos relativos à família.

4.4.3 Fatores ambientais

É importante que se exija um mínimo de condições básicas dos aspectos relativos à residência do paciente. Considerações a respeito de higiene, umidade, tamanho, ventilação, especialmente nos casos de oxigenoterapia domiciliar; devem ser considerados. Isto para que o paciente corra o mínimo risco de contrair algum tipo de infecção devido á falta de higiene, ou até mesmo considerando que eventualmente a casa deverá ser capaz de comportar uma cadeira de rodas (recuperação de pacientes vítimas de acidentes automotivos) ou um aparelho de que o paciente necessite. Vale lembrar que a deshospitalização produzida por uma Assistência Domiciliar tem entre seus objetivos reduzir o risco do paciente contrair infecções hospitalares conforme já mencionado, por isso o ambiente da residência do paciente deve oferecer as melhores condições ambientais para que o paciente não seja exposto a riscos de infecção.

4.5 ASPECTOS RELATIVOS À FAMÍLIA

Assim como o cuidador, a família exerce um importante papel no tratamento domiciliar. É a família que deve estar presente e dar o apoio necessário ao paciente para que o seu processo de recuperação seja mais rápido.

Entretanto, muitas vezes, do ponto de vista da família, ter um paciente sendo tratado em casa não é das tarefas mais

fáceis. "O processo de hospitalização para tratamento de doenças, quase sempre é traumático e aborrecido, alterando a rotina das pessoas que cercam o paciente, trazendo transtornos, dificuldades e necessidades de adaptações, muitas vezes indesejáveis. É bastante natural que o ser humano não organize sua vida à espera da doença, desenvolvendo alternativas práticas para a emergência ou a conveniência com uma situação considerada anormal" (CUNHA e BRUNS, 1999, p.8). Desta forma, é necessário que a equipe de Assistência Domiciliar realize um trabalho com a família do paciente para orientá-la no modo de agir, tratar o paciente. "São informações e ensinamentos que reduzirão os transtornos, preocupações e inseguranças e reordenarão as rotinas diárias, o modo de viver do paciente e daqueles que o cercam, trazendo mais tranquilidade e bem-estar para todos" (CUNHA e BRUNS, 1999, p.8).

Como será visto no item "Benefícios", a humanização do tratamento é um dos fatores positivos de um programa de Assistência Domiciliar. O carinho e a compreensão dos familiares ajudam na recuperação do paciente. Muitas vezes a ausência da família é muito triste para pacientes, principalmente no caso de pacientes terminais. O carinho e a presença dos familiares é importante tanto para a recuperação quanto para uma morte digna, no caso de pacientes terminais.

4.6 EQUIPES

Muitos programas de Assistência Domiciliar trabalham com equipes multifuncionais formadas por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistente social, etc; dependendo das patologias atendidas pelo programa. "O trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar foi citado como característica por hospitais e empresas prestadoras. As profissões mais freqüentes foram: médico enfermeiro e técnico/auxiliar de enfermagem" (CRUZ, 1999, p.8). Uma das justificativas para o atendimento ser realizado por uma equipe multidisciplinar está no fato de se considerar o paciente como um todo e não apenas algo puramente clínico. Desta forma, justifica-se a presença tanto de profissionais da área médica como da área social (assistentes sociais e psicólogos).

A equipe multifuncional é algo que já vem sendo utilizado há bastante tempo: "É interessante notar que no programa de *Home Care* do Hospital Montefiore, o Dr. Bluestone, Diretor do Hospital em 1948 já trabalhava com uma equipe multifuncional no departamento de *Home Care*: médico, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiras, etc" (ALBUQUERQUE, 1998, p.10).

STEEL, LEFF e VAITOVAS, citados por CRUZ (1999, p.109), mostram que os médicos estão muito pouco preparados para atividades desenvolvidas na residência dos pacientes, porque são raras as instituições acadêmicas, hospitais e centros de formação profissional, que se propõem a habilitá-los

especificamente para este tipo de programa. As instituições de ensino, conforme os autores acima, quase não oferecem oportunidade de experiência em qualquer nível de treinamento médico (acadêmico, pós-graduação) e não promovem instrução que permita ao médico saber quando usar os serviços de *home care* e quais estão disponíveis. Deste fato pode-se entender uma das razões à existência de equipes multidisciplinares.

Além de um clínico geral, é necessária a presença de especialistas em determinadas áreas (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, etc). "Em um programa de Assistência Domiciliar, a principal função de um nutricionista é manter ou recuperar o estado nutricional do paciente" (RIPOLI e BOCCUTO, p.24, 2000), referente ao papel do nutricionista em uma equipe multifuncional. Assim, cada profissional desempenha seu papel dentro de sua especialidade.

Outro fator que gera a necessidade de profissionais, principalmente de áreas como psicologia e assistência social, está no fato de que o tratamento e todas as dificuldades do paciente, por mais estável que ele esteja, acontecem em uma residência, onde moram e convivem pessoas não acostumadas a um ambiente de tratamento médico. Além disso, muitos dos pacientes de Assistência Domiciliar estão em estado terminal. Esta é uma situação muito complicada que gera muitos traumas tanto para o paciente quanto para a família que muitas vezes não sabe o que fazer e como ajudar.

4.7 GESTÃO DE MATERIAIS E TRANSPORTES

O transporte e a gestão de materiais são fatores importantes em programas de Assistência Domiciliar. Apesar da pouca literatura a respeito do assunto, pode-se dizer que o transporte em um programa de Assistência Domiciliar variará em função do modelo de atendimento, principalmente no que diz respeito à equipe, grau de atuação e procedimentos realizados.

Um programa de Assistência Domiciliar com uma equipe multidisciplinar provavelmente requer um veículo de transporte maior para comportar um número maior de pessoas e equipamentos. Isso não é necessário em um programa onde não há uma equipe multidisciplinar, ou pelo menos não é toda a equipe em conjunto que faz a visitação.

Caso o programa de Assistência Domiciliar atenda pacientes em situação de emergência, é necessário que pelo menos um dos meios de transporte seja do tipo "ambulância", pronta para atender o paciente numa situação de resgate.

O porte do veículo deve ser levado em consideração também para comportar os medicamentos e os equipamentos necessários à visita. É bem verdade que o desenvolvimento tecnológico tem feito com que os aparelhos de uma forma geral se tornem cada vez menores em tamanho. Entretanto, deve haver um espaço mínimo dentro do veículo para comportar, além da equipe, por exemplo, uma cadeira de rodas. Também, "dependendo do caso e do tipo de serviço prestado, pode ser necessário o transporte de aparelhos de

terapia de infusão (nutrição parental e quimioterapia), respiradores e aparelhos de fisioterapia. (CRUZ, 1999, p.43)".

Outro aspecto importante relacionado ao transporte é o trajeto pelo qual o veículo ou a equipe terá de percorrer em determinado período. Para a racionalização de trajetos, é importante que sejam agendadas em um mesmo período visitas umas próximas às outras. Desta forma, não se perde muito tempo no deslocamento da equipe entre um paciente e outro. Este fator é de extrema importância, ainda mais em uma metrópole de trânsito caótico como São Paulo, além do aspecto relativo à economia de combustível associada.

4.8 VISITA DE ÓBITO

Além do acompanhamento que é dado a equipe durante o tratamento domicílio do paciente (reunião de familiares e reunião de cuidadores), o trabalho da equipe de Assistência Domiciliar não para por aí. Caso evidencie-se que o paciente possui grandes chances de falecer em um curto espaço de tempo, a equipe da Assistência Domiciliar deve realizar uma reunião Pré-Óbito com os familiares do mesmo. Nesta reunião, são dadas orientações práticas de como proceder caso o óbito se concretize no domicílio.

Além desta reunião de preparação para o óbito, a equipe deve fazer uma outra visita de luto após algum tempo do falecimento do paciente. Em muitos casos, é comum o forte envolvimento entre o paciente e familiares com a equipe do

programa de Assistência Domiciliar. Esta é uma visita que deve ser realizada por todos os profissionais que efetuaram atendimento direto com ao paciente. Ela tem como objetivo prestar os últimos esclarecimentos à família: "esclarecer possíveis dúvidas sobre o óbito ocorrido, orientar sobre os direitos previdenciários e outros, além de manifestar solidariedade e conforto por ocasião do luto" (ANDRADE, OLIVEIRA, YAMAGUCHI e YUM, 2000, p.32). Mais uma vez fica evidenciado a importância de uma equipe multidisciplinar. Da mesma forma que um médico ou determinado especialista de alguma área médica dá o seu parecer técnico para uma situação de óbito, o assistente social e o psicólogo devem desempenhar um outro tipo de papel, mas igualmente importante.

4.9 BENEFÍCIOS DO SISTEMA

4.9.1 Custo

Um dos grandes benefícios que são apontados por vários autores está na redução dos custos promovida pelo fato de o tratamento ser realizado na casa do paciente. ALBUQUERQUE (1998, p.10) cita em sua obra uma pesquisa feita em 1991 por Ferris junto à pacientes que necessitavam de infusão de narcóticos, separados em dois grupos: pacientes hospitalizados e pacientes tratados em domicílio, com a mesma conduta médica. Esta análise revelou que cada paciente

internado no hospital custou em média US\$ 369,72 e o paciente tratado em casa custou em média US\$ 150,24, portanto, uma economia de US\$ 219,48. A análise de Ferris mostra que quanto maior for a quantidade de pacientes incorporados ao programa de Assistência Domiciliar a economia deverá aumentar ainda mais.

Um dos motivos para essa redução de custo está no fato de que na residência do paciente não são cobrados custos de limpeza e alimentação. Em ambiente hospitalar, qualquer pedido possui um custo envolvido. Além disso, deve-se considerar a questão da continuidade do tratamento. Em um hospital o paciente possui atendimento e auxílio ininterrupto e deste modo poderá ser atendido quase que de imediato caso necessite. Na Assistência Domiciliar, o atendimento é esporádico, já que na casa do paciente não há profissionais disponibilizados ininterruptamente para o tratamento do mesmo.

4.9.2 Desinternação

Com o avanço da medicina, novos medicamentos e novas formas de tratamento; muito dos procedimentos clínicos, antes apenas realizados em ambiente hospitalar, tornaram-se possíveis de serem realizados na residência do paciente. Desta forma, o paciente passou a deixar o hospital mais cedo: alta precoce.

Com a alta precoce, ocorre um aumento no número de leitos disponíveis. Isso é importantíssimo principalmente para hospitais da rede pública. Como é sabido, a

superlotação e a falta de leitos disponíveis são constantes na rede pública de saúde brasileira. Deste modo, a Assistência Domiciliar, tornando viável que um paciente possa desocupar um leito para ser atendido em casa, possibilita que outros pacientes em estados mais graves, ou que necessitem da internação hospitalar, não tenham de aguardar muito tempo para conseguirem um leito.

4.9.3 Redução do tempo de tratamento

Outro benefício associado aos programas de Assistência Domiciliar é a redução do tempo de tratamento do paciente. Ou seja, em muitos casos o cliente tratado em casa se recupera mais rapidamente que aquele tratado no hospital.

Isso ocorre quer seja pelo fato da redução do risco de o paciente em contrair uma infecção, já que, em um ambiente hospitalar existem bactérias muito mais "fortes" e resistentes do que em ambiente domiciliar; quer seja pelo contato afetivo com a família.

KOREN citado por ALBUQUERQUE (1998, p. 18), discorre sobre Assistência Domiciliar, infecções e a importância da família no tratamento: "Na nova era de cuidados médicos, a casa do doente não é um lugar para escapar das doenças de antigamente, mas é a melhor alternativa para tratamento, mantendo os laços familiares e buscando a qualidade de vida dos doentes".

Além da redução do tempo de tratamento, devido a fatores como humanização e menor risco de infecção, o tratamento domiciliar tem demonstrado um aumento da

sobrevida de pacientes em certas patologias. "Estudos britânicos e americanos no início da década de 80 comprovaram o aumento da sobrevida de pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) que foram submetidos a protocolos de oxigenoterapia domiciliar" (GEORG, ARAÚJO, TANAJURA e SILVA, 1998, p. 20).

4.9.4 Reinternação

A Assistência Domiciliar tem conseguido, devido ao seu caráter prevencionista, evitar que pacientes estáveis e provenientes de alta hospitalar, piorem e sejam reinternados.

O trabalho que equipes de Assistência Domiciliar realizam com o paciente, cuidador e familiares tem como um de seus objetivos evitar a reinternação do paciente. Assim, são extremamente importantes as reuniões de cuidadores e as reuniões da equipe com os familiares e com o próprio paciente.

Na Assistência Domiciliar, o paciente passa a conviver com sua doença, sua restrição e, pelo fato de estar em casa acaba tendo que aprender a tratar de si próprio. Com as reuniões, os cuidadores e famílias são orientados de tal forma que conseguem desempenhar seus papéis eficientemente, tanto do ponto de vista clínico (medicamentos / higiene), quanto do ponto de vista psicológico em relação ao paciente, possibilitando uma melhora mais rápida e ao mesmo tempo evitando a reinternação.

5. RESULTADOS OBTIDOS / CASOS

Durante o período de setembro de 1999 e junho de 2000 foram realizadas entrevistas com gerentes e diretores de programas de Assistência Domiciliar nos seguintes hospitais: Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital do Servidor Público Estadual do Estado de São Paulo (HSPE) e Hospital das Clínicas.

5.1 Assistência Domiciliar Einstein

A primeira entrevista do projeto de pesquisa foi realizada no Hospital Israelita Albert Einstein com a Dra. Marisa, Gerente de Homecare.

Dados sobre o hospital

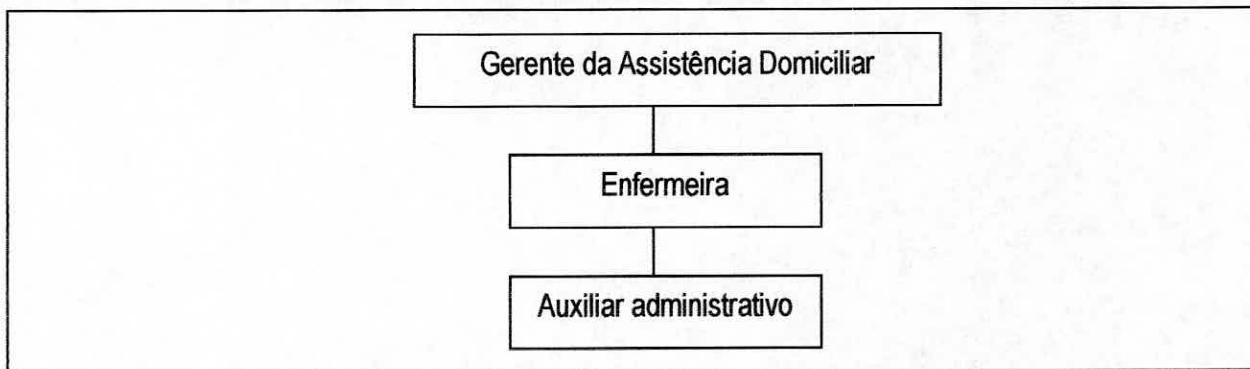
- Número de leitos: 431
- Tempo médio de permanência do paciente: 4,7 dias.
- Taxa de ocupação: quase sempre lotado. Às 5^{as} e 6^{as} feiras a demanda por leitos é maior que a oferta.
- Número de enfermeiras: 269
- Enfermeiras por leito: 0,62

A Assistência Domiciliar Einstein nasceu em dezembro de 1997, em decorrência principalmente da procura dos próprios pacientes do hospital. Desde o início teve uma aceitação

muito boa, tanto por parte dos pacientes quanto pela parte dos médicos.

A organização do serviço de assistência é realizada por uma gerente de Assistência Domiciliar, uma enfermeira e um auxiliar administrativo, conforme mostra a figura 1.

Figura 1: Profissionais que organizam a Assistência Domiciliar Einstein



O auxiliar administrativo trabalha no agendamento das visitas e outras rotinas diárias. A enfermeira, junto à Gerente da Assistência Domiciliar, determina e entra em contato com os profissionais necessários para a realização do procedimento auxiliar necessário. Quanto à Gerente do programa, além de coordenar todo o processo e estar atenta ao desenvolvimento do mesmo, faz o relacionamento com os outros departamentos do hospital.

Atualmente a Assistência Domiciliar Einstein tem trabalhado com a parte de Procedimentos Auxiliares nas áreas de enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional, conforme demonstrado na Figura 2.

A Assistência Domiciliar Einstein não realiza um serviço de "Internação Domiciliar" propriamente dita. Ou seja, a Assistência Domiciliar Einstein não interna o

paciente em seu domicílio com todos os equipamentos necessários. O que é realizado é um serviço de atendimento especializado no domicílio do paciente no que se refere a alguns procedimentos médicos auxiliares.

Figura 2: Áreas de atuação da Assistência Domiciliar Einstein

Nutrição	Fonoaudiologia	Fisioterapia	Enfermagem
<ul style="list-style-type: none">▪ Acompanhamento a pacientes em terapia nutricional (enteral e parental)▪ Orientação e acompanhamento nutricional aos pacientes neurológicos, cardiopatas, diabéticos, etc.▪ Intervenção nutricional pré e pós-cirurgia.▪ Cuidados com pacientes portadores de deficientes nutricionais.	<ul style="list-style-type: none">▪ Reabilitação da deglutição e da comunicação devido à seqüelas motoras provenientes de lesões neurológicas	<ul style="list-style-type: none">▪ Reabilitação nas patologias neurológicas, respiratórias e cardíacas.▪ Fisioterapia no pós-operatório de cirurgias ortopédicas.	<ul style="list-style-type: none">▪ Cateteres venosos▪ CAPD (diálise peritoneal)▪ Integridade de pele (estomas, curativos e
Terapia Ocupacional			

Deste modo a Assistência Domiciliar Einstein não atende pacientes que necessitam de internação domiciliar e sim de cuidados especializados nas áreas supracitadas.

Atualmente a área que apresenta maior demanda é a Fisioterapia com 300 a 350 atendimentos / mês. A Enfermagem vem em segundo com 100 atendimentos / mês. Depois vem fonoaudiologia, terapia ocupacional e, com a menor demanda, estão os procedimentos referentes à nutrição.

Além dos especialistas em cada área, quem realiza os procedimentos no domicílio do paciente são as enfermeiras e raramente um auxiliar de enfermagem. A enfermeira vai ao domicílio do paciente utilizando-se de transporte próprio ou de uma townner fornecida pelo hospital. As enfermeiras são

pagas de acordo com um valor fixo por procedimento, mais um adicional caso utilizem transporte próprio para chegar no domicílio do paciente. O serviço atende à área da Região Metropolitana de São Paulo.

Existem patologias que requerem uma, duas, ou até três atendimentos por dia. Um procedimento dura em média entre uma e duas horas. A duração do tratamento total do paciente varia muito de acordo com a patologia. Existem pacientes cujo tratamento total se resume a apenas um procedimento e outros necessitam de procedimento diários por alguns anos (ex: fisioterapia).

Quando a enfermeira vai ao domicílio fazer um procedimento ela leva consigo o material necessário. Dentre os materiais utilizados podemos citar desde os mais baratos: gases, soro, agulhas, seringas; até os mais caros como estomias.

Com relação ao paciente é cobrado um valor por procedimento. Não há cobrança extra por material. Até o presente momento a Assistência Domiciliar Einstein não trabalha com convênios sendo o desembolso total pago pelo paciente.

Ainda do ponto de vista de custos a Dra. Marisa comentou que com a Assistência Domiciliar há uma redução de 30 a 35 porcento. Isto porque no domicílio do paciente não são cobradas algumas taxas como limpeza de quarto e taxa do funcionário que são cobradas no hospital. A única taxa que é cobrada de um paciente de Assistência Domiciliar é a de retirada do lixo hospitalar.

Em geral os preços por procedimentos estão distribuídos da seguinte forma:

- Enfermagem de R\$63,00 à R\$110,00
- Fisioterapia R\$65,00 (fixo)
- Fonoaudiologia de R\$90,00 à R\$110,00
- Nutrição R\$80,00

Os procedimentos realizados pela enfermeira no domicílio do paciente são os mesmos que seriam realizados no hospital. Isso pode ser verificado pelo fato de que a enfermeira utiliza o manual de procedimentos do próprio hospital.

A enfermeira, em suas visitas, procura ensinar o paciente a ele mesmo se cuidar (Ex: ensiná-lo a fazer o próprio curativo). Muitas vezes esse profissional tem de lidar com a insegurança do paciente, já que o mesmo não se sente seguro o suficiente para realizar o procedimento em si mesmo.

Para que um paciente possa receber atendimento em seu domicílio, são necessários os seguintes critérios de elegibilidade: alta e estabilidade.

Alta: ou seja, é necessário que o paciente tenha alta médica para poder receber a Assistência Domiciliar.

Estabilidade: ou seja, é necessário que o paciente tenha um quadro de saúde estável.

Em um serviço de Internação Domiciliar os critérios de exigibilidade para o paciente receber um procedimento são bem mais rigorosos do que na Assistência Domiciliar. Na Internação Domiciliar a alta não é um critério de exigibilidade já que o paciente pode ter quadro extremamente grave e ser atendido em casa.

Antes de receber um procedimento ou de ser internado em seu domicílio, um profissional (enfermeira) vai ao domicílio do paciente verificar os critérios ambientais e sociais de exigibilidade.

Com relação aos benefícios gerados pela Assistência Domiciliar do Hospital Israelita Albert Einstein, pode-se citar, além da redução de custos, um decréscimo no risco de infecção. Isto acontece devido a dois motivos:

1.º paciente não é atendido no hospital, onde, pela própria característica do serviço prestado, possui bactérias mais resistentes que as de outro lugares comuns.

2.º paciente tem o seu enfermeiro. Já no hospital, cada enfermeiro acaba atendendo em seqüência três a quatro pacientes em um pequeno intervalo de tempo. Em hospitais da rede pública este número aumenta muito devido à superlotação.

Considerando que entre os benefícios da Assistência Domiciliar está a liberação de leitos e, conseqüentemente de enfermeiros, a Assistência Domiciliar poderia ser

incentivada nos hospitais públicos para fazer frente aos crônicos problemas que se traduzem em superlotação.

Também foi verificada na Assistência Domiciliar Einstein que a "humanização" do tratamento de fato constitui um fator importante para os pacientes e familiares. O paciente em geral se recupera mais rapidamente por contar com o apoio e a presença contínua de amigos e familiares.

Um estudo realizado verificou que a Assistência Domiciliar Einstein pode retirar em 10 dias 16 pacientes do hospital. Isso é muito importante principalmente em relação aos hospitais metropolitanos.

Apesar de atuar apenas com procedimentos auxiliares nas áreas mencionadas na figura 2, a Assistência Domiciliar Einstein pretende trabalhar com outras áreas e profissionais como Psicólogo e Assistente Social.

5.2 Caso 2 - Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital do Servidor Público (HSPE)

O Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo existe há 31 anos e foi o primeiro a ser criado na América Latina.

O serviço é direcionado para o atendimento de adulto, em acompanhamento clínico ambulatorial no Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), e com dificuldade de locomoção em consequência de algum agravo importante à sua saúde.

O objetivo do serviço de Assistência Domiciliar é manter o acompanhamento do doente em seu domicílio, desenvolvendo em conjunto com seus familiares, ações preventivas de saúde, impedindo novos agravos e favorecendo a sua reabilitação física, psíquica e social (nível primário de atenção à saúde).

Nos Estados Unidos existe uma lei proibindo o médico de sair do hospital e atender o paciente em casa. Na França a Assistência Domiciliar é caracterizada pelo acompanhamento o médico na casa do paciente. Já no HSPE o médico clínico sai para o atendimento apenas nas primeiras visitas à casa do paciente para disponibilizar uma receita e permitir a continuidade do tratamento.

Após o papel inicial do médico clínico, outros profissionais passam a atuar: enfermeiras supervisionam, orientam e realizam procedimentos; auxiliares de enfermagem que orientam o cuidador e o paciente para curativos, troca

de sondas e coleta de exames; fisioterapeutas que orientam e supervisionam dentro de sua especialidade médica; e, finalmente, assistentes sociais que orientam e encaminham questões familiares e de moradia.

Além do atendimento em domicílio, o SAD disponibiliza ao paciente um serviço de orientação por telefone e ambulância para remoção para o Pronto Socorro do HSPE.

Critérios de exigibilidade

O primeiro critério para ser paciente do SAD é a necessidade de o paciente ser funcionário público do Estado de São Paulo ou dependente do mesmo.

Como nos outros serviços de Assistência Domiciliar, a alta médica do paciente é condição fundamental para o atendimento em domicílio. Isto reforça o conceito de que a Assistência Domiciliar tem um caráter preventivo e trata de pacientes com um quadro estável.

Além disso, é necessário ser o usuário matriculado no HSPE e residir dentro dos limites da área de atendimento do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD - HSPE) a qual é delimitada por um raio de 20km a partir da praça da Sé. Dependendo do caso, o serviço pode atender cidades próximas como Barueri, Carapicuíba, Osasco, Diadema, Santo André, São Bernardo, São Caetano, Embu das Artes, Taboão da Serra e Guarulhos.

Mesmo que o paciente esteja dentro da área geográfica citada, a inscrição para o serviço pode ser negada se o

local for de difícil acesso, penoso ou que gere riscos para os profissionais do SAD.

Além destes fatores geográficos, o médico do SAD ainda realiza uma avaliação para saber se o paciente possui condições clínicas para ser atendido em domicílio.

Outra questão que é levada em consideração diz respeito à família. A família tem de se comprometer a cuidar do paciente e ter condições sócio-econômicas, emocionais e psicológicas para tanto, além de seguir a risca as orientações dadas pelos profissionais do SAD. Para garantir um tratamento adequado, o médico ou a enfermeira nas primeiras visitas, realizam uma entrevista com a família do paciente para explicar os principais pontos do tratamento.

É importante ressaltar que para o SAD, apesar de importantes para a elegibilidade, os fatores ambientais e econômicos do paciente não são excludentes. Isso se deve ao fato de que a maioria dos pacientes vive em casas simples.

Principais clientes do SAD

O SAD não atende crianças, pacientes psiquiátricos, portador de doença contagiosa, quadro clínico não compensado, paciente ou cuidador muito inseguro ou instável mental, psicológica ou emocionalmente.

Os principais clientes do SAD são: pacientes com seqüelas de derrames (Acidente Vascular Cerebral), múltiplas doenças (artrose, osteoporose, diabete, hipertensão), úlcera, amputação de pés (devido à diabete), câncer em fase

avançada, demência, ortopédicos, neurológicos e alguns poucos casos de pacientes vítimas de acidentes automobilísticos.

Outro dado importante que caracteriza o perfil dos clientes do SAD é o fato de que quase 80% dos pacientes atendidos pelo SAD são idosos. Isso é explicado pela dificuldade de locomoção até o hospital.

Além de tratar todas as patologias acima, as enfermeiras do SAD podem coletar sangue e/ou urina para exames laboratoriais caso seja necessário.

O cuidador

Além do fato de que na Internação Domiciliar é comum a transferência parcial de equipamentos hospitalares do hospital para a residência do paciente, este tipo de serviço possui um caráter curativo (tratamento mais delicado do ponto de vista clínico) sendo, portanto, necessário que o cuidador seja um profissional da área médica.

Já na Assistência Domiciliar por ter um caráter mais preventivo do que curativo, não é necessário que o cuidador seja um profissional da área médica. Mesmo assim, o HSPE entende que o cuidador tem papel de fundamental no sucesso da Assistência Domiciliar. Assim, um dos focos principais do trabalho dos profissionais do SAD está no cuidador. Eles orientam o cuidador sobre a melhor forma de cuidar do paciente.

O SAD entende que o cuidador é uma pessoa adulta e

responsável que se dedica, total ou parcialmente, a atender às necessidades de alguém que apresenta limitações ou dificuldades importantes para desempenhar suas atividades da vida diária. O cuidador é de extrema importância para o êxito do tratamento, pois ele será o elo de ligação entre o paciente e o SAD.

Duração do tratamento

De acordo com a grande variedade de patologias tratadas pelo SAD, não há um tempo de duração estimado por paciente. Segundo o Dr. Eduardo Osvaldo Mishima. O que se pode inferir é que a Assistência Domiciliar possui um período de tratamento mais espaçado e de longo prazo do que um serviço de Internação Domiciliar. Este fato gera a necessidade de uma educação intensa do cuidador e a presença do mesmo de uma forma contínua para que o paciente possa ser atendido da melhor forma possível.

Estrutura do SAD

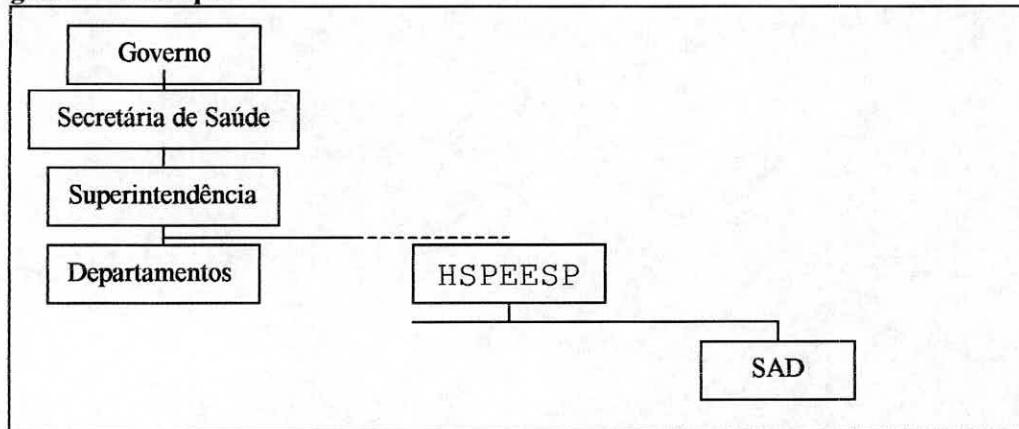
O Serviço de Assistência Domiciliar do HSPE é formado por duas enfermeiras universitárias, cinco auxiliares de enfermagem, dez médicos e sete funcionários administrativos.

A Figura 3 mostra o SAD na estrutura organizacional do HSPE. Pode-se perceber que o SAD encontra-se no primeiro nível hierárquico do hospital, denotando a importância que

lhe é atribuída.

Ao contrário do que é praticado pela Assistência Domiciliar Einstein, onde existe um valor pago ao profissional por atendimento, no SAD o pagamento é fixo independentemente do número de visitas ou atendimentos.

Figura 3 - Hierarquia



Números do SAD

O SAD atende em média 1200 pacientes por mês.

No ano de 1999, de janeiro a novembro, foram realizadas 505 admissões. Destes, até o presente momento 352 (70%) faleceram e 39 (7%) obtiveram alta. Essa grande diferença pode ser explicada pelo fato de que 80% dos pacientes do SAD têm mais de 60 anos e destes, 50% possui idade superior a 80 anos.

A média de admissões mensais é de 40 pacientes. E o número de pacientes que deixam o SAD, quer seja por óbito, quer seja por alta, é de 30 pacientes por mês. Isso revela que o Serviço de Assistência Domiciliar do HSPE está

crescendo a passos largos.

De uma forma geral cada profissional do SAD realiza em média 5 visitas por dia.

Consultas e agendamentos

De um modo geral o atendimento não possui uma periodicidade determinada. Depende da patologia e de agendamentos que são realizados por médicos e/ou pacientes.

As visitas domiciliares são agendadas de acordo com a necessidade do paciente ou podem ser rotineiras. Sempre que possível, a equipe do SAD entra em contato com o paciente para comunicar uma visita. As visitas poderão ser antecipadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais do SAD. É importante lembrar que o SAD não tem como objetivo atender casos de urgência. Nestes casos o que se recomenda é que o paciente procure auxílio imediato no Pronto Socorro mais próximo ou no próprio HSPE.

Materiais

O material utilizado no atendimento é o mesmo utilizado nos outros serviços de Assistência Domiciliar, variando obviamente, de acordo com a patologia tratada. Parte do material necessário para o tratamento é disponibilizado pelo HSPE e a outra parte deve ser obtida pelo próprio paciente a partir das recomendações médicas.

Transporte / Locomoção

Como especificada nos "Critérios de Exigibilidade", a área geográfica atendida pelo SAD é delimitada por um raio de 20km a partir da Praça da Sé. De um modo geral pode-se dizer que o tempo médio gasto para locomoção até a casa do paciente e para voltar ao hospital é de 3 horas. O transporte dos profissionais é realizado por uma ambulância disponibilizada pelo próprio HSPE.

Caso o paciente necessite ser transportado de seu domicílio para o hospital, ele poderá utilizar a ambulância caso seja necessário o uso de maca. Caso contrário, a família do paciente deve levá-lo ao hospital por meios próprios.

O Dr. Eduardo Osvaldo Mishima ressalta o fato de que o trânsito congestionado, distâncias muito grandes e dificuldades em localizar a rua do paciente, têm dificultado muito a logística de transporte do SAD.

Benefícios gerados pelo SAD

Por ser um hospital público, não é cobrado nenhum valor do paciente pelo serviço prestado. Desta forma o benefício da redução do preço pago pelo tratamento encontrado em outros casos não é sentido no HSPE.

O custo por leito utilizado para o gerenciamento do hospital é fixo tendo como base o valor pago por dia por leito pelo Estado (R\$500,00). Desta forma, o grande

benefício promovido pelo SAD está na *desinternação* que faz com que os pacientes "elegíveis" sejam atendidos em casa e pacientes que realmente necessitem de internação possam se utilizar do leito hospitalar.

Apesar de o serviço não ter o intuito de substituir o HSPE, o SAD consegue promover com a *desinternação*, a liberação de novos leitos para atendimento no hospital.

Em um sistema de saúde público problemático como o brasileiro, onde há falta de leitos, as filas são irritantemente longas e as condições são sabidamente precárias, a liberação de leitos promovida pelo SAD gera uma redução do custo social. Desse modo, mais pacientes poderão ser melhor atendidos com os recursos existentes.

5.3 Caso 3 - Núcleo De Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital Das Clínicas

O Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHG-FMUSP) surgiu em 29/04/1996 da evolução de outros sistemas de Assistência Domiciliar mais restritos: ADI (Assistência Domiciliar de Idosos), ADDPOC (Assistência Domiciliar para pacientes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e ADO (Assistência Domiciliar Ostomizado), sendo hoje um dos mais respeitados sistemas de Assistência Domiciliar da cidade de São Paulo. Desta forma foi criado um programa único de assistência domiciliar multidisciplinar.

A característica principal do NADI está no seu modelo didático assistencial, que da mesma forma que cuida do paciente, também promove o aprendizado de vários profissionais de nove áreas (médicas de humanas) diferentes à saber: Medicina, Enfermagem, Assistência Social, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia e Farmácia. Este modelo decorre do fato de o Hospital das Clínicas é um hospital-escola. Desta forma, para poder conciliar estes dois objetivos, atender pacientes e desenvolver profissionais, NADI trabalha em suas visitas aos pacientes com grandes equipes multidisciplinares, envolvendo profissionais das áreas citadas. Assim, o paciente recebe, na maioria das vezes, a visita de muitos

profissionais concomitantemente em sua residência.

Em entrevista com o Dr. Wilson Jacó Filho do NADI, ele citou que a importância de vários profissionais de áreas diferentes irem visitar um paciente está no aprendizado que os mesmos terão ao observarem como cada um atua dentro de sua especialidade. Além disso, a discussão posterior do caso torna-se muito mais rica em detalhes com profissionais de áreas diferentes.

Assim, devido à heterogeneidade de especialidades e de níveis de conhecimento entre os vários profissionais das equipes de visita, é possível conciliar um aprimoramento profissional e uma assistência a pacientes, cuidadores e familiares.

No início de sua criação o NADI teve um crescimento pequeno. Entretanto, com a popularização do sistema a demanda pelo serviço aumentou bastante sendo necessário a ampliação do número de equipes.

Atualmente o NADI atende 107 pacientes distribuídos numa área de atendimento de aproximadamente 700m² (raio de 15km a partir do Hospital das Clínicas). Todo o atendimento é realizado por 10 equipes multifuncionais revezando-se em dois turnos de visitas: manhã e tarde.

Critérios de exigibilidade

Como em outros sistemas de Assistência Domiciliar, o NADI também possui alguns critérios para a inclusão de determinado paciente na Assistência Domiciliar. Os pacientes são encaminhados para o NADI pelas clínicas de origem e há

uma avaliação prévia para a inclusão no programa de Assistência Domiciliar.

Inicialmente, é preciso estar matriculado no Hospital das Clínicas em acompanhamento na clínica encaminhadora (ter tido pelo menos três atendimentos ambulatoriais ou estar saindo de alta de internação).

Outro fato importante é a distância do paciente em relação ao hospital. Desta forma é necessário que ele esteja localizado dentro da área de atendimento citada (raio máximo de 15km em relação ao Hospital das Clínicas).

Do ponto de vista socio-familiar a única exigência que é feita é a existência de um responsável (cuidador) para oferecer os cuidados orientados pela equipe de saúde. O cuidador deve alimentar, realizar a parte de higiene e dar os medicamentos necessários ao paciente. Para que tudo isso ocorra, o NADI, como será aprofundado posteriormente, realiza um trabalho fundamental em cima desta figura essencial ao sucesso do tratamento.

Como no SAD do Hospital Público do Servidor Estadual, outro critério de exigibilidade do NADI é a impossibilidade de locomoção do paciente até o hospital.

Para verificar os critérios de exigibilidade de um paciente que deseja ingressar no programa, é realizada uma Visita de Avaliação. Nesta visita vão à casa do paciente apenas profissionais das áreas médicas, de enfermagem e do serviço social. Nesta visita, os profissionais não devem realizar nenhuma intervenção a menos que seja imprescindível. A inclusão do paciente ou não no programa é discutida posteriormente em uma reunião clínica, levando-se

em consideração os aspectos observados na visita de avaliação.

Principais clientes do NADI

O NADI atende pacientes de doenças crônico-degenerativas (estado de agudização) que de um modo geral são pacientes de DPOC sem cura ou com pneumonia; e pacientes com doenças agudas que apresentam possibilidade de cura, mas necessitam de acompanhamento, como, por exemplo, pacientes que possuem seqüelas motoras devido a trauma no crânio. Desta forma o NADI atua de uma forma preventiva, evitando que um paciente "crônico" entre numa fase de "agudização".

Do ponto de vista sócio-econômico, a maioria das famílias atendidas pelo NADI possuem baixo poder aquisitivo e possuem bastante interesse e disponibilidade de cuidar do paciente.

Atendimentos

Há vários níveis de atuação com o paciente no domicílio. O nível de atuação a ser adotada dependerá das condições que o paciente se encontra.

Grau I: Intensivo: Pacientes totalmente dependentes para atividades de vida diária, com grande potencial para descompensação da doença base; pacientes que apresentam

histórico de sucessivas internações; pacientes em estado terminal. Estes pacientes necessitam de intervenções domiciliares freqüentes, recebendo visitas semanais ou quinzenais de acordo com a equipe de saúde. Para acompanhamento entre as visitas, são feitos contatos telefônicos semanais entre a equipe e cuidadores e são realizadas visitas extras conforme a necessidade.

Grau II: Manutenção: pacientes total ou parcialmente dependentes, porém compensados clinicamente. São programadas visitas e contatos telefônicos mensais e visitas extras conforme a necessidade.

Grau III: *Stand by*: Pacientes clinicamente compensados e independentes para as atividades de vida diária, com baixo risco de descompensação da doença base. É feita monitorização telefônica mensal. São realizadas visitas bimestrais da enfermagem e visitas extras conforme necessário.

Alta do programa de Assistência Domiciliar do NADI

A alta do programa de Assistência Domiciliar do NADI poderá ocorrer levando-se em conta os seguintes critérios:

- Se o paciente ficou 6 meses no grau de *stand by* sem intercorrências;
- Se houve reabilitação clínica para atividades de vida diária;
- Se a programação terapêutica foi concluída;

- Se não estiver havendo aderência às orientações da equipe de saúde.

Trabalho desenvolvido

De acordo com o foco didático-assistencial do programa, o trabalho realizado no NADI acontece, além das visitas aos pacientes, em uma série de reuniões entre equipe médica, convidados, familiares e cuidadores.

REUNIÕES CLÍNICAS

A rotina de trabalho dos profissionais do NADI começa com uma Reunião Clínica que acontece de 2^a à 6^a feira no início da manhã. Nesta reunião os membros da equipe discutem o caso que visitarão naquele dia.

VISITAS

Após a reunião, a equipe multidisciplinar assina o "Livro de Saídas" e sai a campo realizando visitas aos pacientes tanto pela manhã quanto no período da tarde. Segundo o Dr. Wilson Jacó Filho, são realizadas de três a quatro visitas por período. A saída da equipe do hospital no período da manhã ocorre às oito horas e no período da tarde a saída é prevista para as 13 horas. As visitas de determinado período são agendadas de modo a formar grupos em regiões específicas evitando incorrer em custos excessivos com combustível, além de perder o mínimo de tempo possível no trânsito. A definição do número de profissionais

visitadores leva em consideração a capacidade do transporte, devendo ser priorizado um profissional por área, de acordo com o plano de tratamento. Caso seja necessário o treinamento de algum profissional novo no programa, ele pode utilizar um transporte extra.

Durante as visitas, alguns cuidados devem ser observados na residência do paciente:

- Devem entrar na casa apenas os profissionais que irão atuar em cada caso para evitar um tumulto desnecessário;
- Quando possível, dividir os profissionais da equipe para otimizar o atendimento e para que não entrem todos ao mesmo tempo na casa, o que pode levar a uma desorientação do paciente e/ou do cuidador por excesso de solicitação por parte dos profissionais;
- Respeitar o espaço físico do domicílio, evitando utilizar móveis e utensílios sem a prévia autorização dos donos da casa;
- Respeitar o atendimento de cada profissional, atuando somente quando o paciente e o cuidador estiverem disponíveis;
- Preencher os impressos com as avaliações de casa área de atuação e as evoluções em cada visita, mesmo em visitas-extra.

REUNIÕES DE ACOMPANHAMENTO/ CURSOS / VISITAS ADICIONAIS

Nas quartas feiras no período da manhã o corpo clínico do NADI realiza uma reunião de Coordenação quando são discutidas novas diretrizes para o funcionamento do programa.

Mais atento ao desenvolvimento dos profissionais do NADI são realizadas também reuniões Científicas, quando um profissional de determinada área apresenta um texto para ser discutido, e reuniões Didáticas, onde profissionais convidados ministram aulas.

Para manter a qualidade e o sucesso do atendimento são realizadas reuniões mensais com os Cuidadores (última 5ª feira de cada mês). Nesta reunião, cada grupo de cuidadores troca informações entre si sobre como estão lidando com a função de cuidar do paciente. O grupo de cuidadores é organizado e reunido no hospital sob a coordenação da enfermeira, assistente social e psicóloga.

De acordo com a necessidade, a equipe do NADI marca uma reunião com a família do paciente para conversar a respeito das diretrizes do tratamento, para esclarecimentos ou tomar decisões.

Ainda com relação a cuidadores e familiares, são realizados semestralmente cursos com aulas ministradas por profissionais de todas as áreas que atuam no NADI.

Também são realizadas reuniões para Avaliação das Visitas, onde são discutidos os problemas encontrados.

Semestralmente, o grupo realiza um fórum para discutir e avaliar o andamento do programa, detectar problemas e propor soluções.

Quando é verificado que há grande probabilidade do paciente vir a falecer em um curto espaço de tempo, a equipe médica faz uma reunião com os familiares do paciente. Nesta reunião são dadas orientações sobre como proceder caso o óbito se dê no domicílio. É entregue uma Cartilha de Óbito que contém informações de ordem prática sobre os procedimentos necessários.

Quando o paciente falece, a equipe médica faz uma visita de luto aos familiares. Esta visita tem o objetivo de verificar como os familiares estão reagindo à perda. Além disso, serve para que haja um fechamento do atendimento, uma vez que se cria, freqüentemente, um forte vínculo entre a equipe de saúde e a família do paciente. Nesta visita participam apenas os pacientes que, de algum modo tiveram contato com o paciente, o cuidador ou a família.

Transporte

O transporte da equipe de nove profissionais até a residência do paciente é realizado por uma Van disponibilizada pelo próprio hospital. Há a possibilidade de utilizar-se um "veículo extra" caso algum profissional precise atender o paciente em um dia diverso daquele destinado a visita conjunta.

Materiais / Equipamentos

Antes de qualquer visita médica, a equipe deve, de acordo com os pacientes que serão visitados, verificar quais são os materiais e equipamentos necessários para o atendimento.

Os equipamentos e materiais são, de uma forma geral, fornecidos e transportados pelo hospital no mesmo veículo de transporte da equipe médica.

Alguns dos equipamentos como nebulizadores e aspiradores de secreção podem permanecer no domicílio do paciente após a visita da equipe. Entretanto, outros equipamentos como oxímetro, pressão e balança retornam imediatamente para o hospital após a visita.

Benefícios gerados pelo programa de Assistência Domiciliar do NADI

CUSTOS

Foi realizado um levantamento dos custos de um tratamento de Assistência Domiciliar. No final do estudo chegou-se a um valor de R\$250,00 / mês por cada paciente. Comparando-se este custo com o tratamento convencional realizado no hospital, verifica-se que com a Assistência Domiciliar houve uma redução de 70%. Ou seja, o custo de um tratamento via Assistência Domiciliar pelo NADI representa 30% do custo do tratamento se realizado com o paciente internado no hospital.

Essa redução, segundo o Dr. Wilson Jacó Filho, acontece devido ao fato de que com o atendimento realizado na casa do paciente os custos de higiene, limpeza e manutenção são bem menores. Além do fato de que com o caráter preventivo, as situações agudas são reduzidas e desta forma reduzidos os custos.

DESINTERNAÇÃO

Segundo estudos realizados pelo NADI, com a assistência domiciliar é possível diminuir o tempo de permanência no hospital em até 80%. Isto ocorre devido à alta precoce quando existe a possibilidade de o paciente ser atendido em casa. No NADI a alta precoce ocorre principalmente nos casos de abscessos cerebrais, endocardite infecciosa e fratura no colo do fêmur. Portanto, com a alta precoce, ocorre o fenômeno da desinternação hospitalar, permitindo que leitos fiquem livres para o atendimento de outros pacientes.

DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE RECUPERAÇÃO DO TRATAMENTO

De acordo com o Dr. Wilson Jacó Filho, com a assistência domiciliar, ocorre uma diminuição no tempo de tratamento, principalmente em função de o paciente estar mais próximo da família (humanização do tratamento) e do trabalho que é feito com a figura do cuidador.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS / CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nas entrevistas nos três hospitais vêm, de uma forma geral, confirmar os dados levantados em bibliografia.

Tanto nas entrevistas realizadas quanto na bibliografia, fica evidenciado a existência de quatro fatores fundamentais para o sucesso de um tratamento domiciliar: a equipe médica multidisciplinar, o paciente, o cuidador e os familiares.

Quanto à equipe verificou-se uma tendência para a utilização de grupos multifuncionais (vide tabela 1), com profissionais de áreas clínicas e humanas. Isso ocorre tanto em função do grande número de patologias atendidas pelos programas, quanto pela necessidade de tratar o paciente com o um todo: aspectos clínicos, sociais e psicológicos. Quanto aos membros da equipe multifuncional não foi verificado a existência de um padrão. Foram identificados profissionais de várias áreas de atuação, entretanto verificou-se a presença com maior intensidade de profissionais das áreas de enfermagem e fisioterapia como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Quadro resumo dos hospitais entrevistados

	Assistência Domiciliar Einstein - Hospital Israelita Albert Einstein	Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual	Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas
Equipe	Multidisciplinar (profissionais de diversas áreas realizam procedimentos auxiliares nas áreas abaixo)	Multidisciplinar (profissionais de diversas áreas tratam das patologias listadas abaixo)	Multidisciplinar didático assistencial (equipe inteira sai para visitação) Medico, Enfermeiro, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiologista, Psicólogo, Odontologista e Farmacêutico
Áreas / patologias de maior atendimento	Fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional	seqüelas de derrames , artrose, osteoporose, diabete, hipertensão, úlcera, diabete, câncer em fase avançada, demência, ortopédicos, neurológicos e acidentes automobilísticos	Pacientes de DPOC sem cura ou com pneumonia; e pacientes com doenças agudas que apresentam possibilidade de cura, mas necessitam de acompanhamento: seqüelas motoras devido a trauma no crânio.
Critérios de elegibilidade	Alta (estabilidade) e critérios ambientais sociais, residir na cidade de São Paulo	Ser funcionário público do estado, estabilidade clínica, residir a no máximo 20km da praça da Sé, fatores sociais e ambientais (brandos) e impossibilidade de locomover-se até o hospital.	Inscrição no HC em acompanhamento da clínica encaminhadora, ter tido pelo menos 3 atendimentos ambulatoriais ou estar saindo de alta de internação. Residir no máximo a 15 km do HC. Existência de um cuidador e impossibilidade de locomover-se até o hospital.
Transporte	Particular ou townner do hospital	Ambulância fornecida pelo próprio hospital	Van (townner) disponibilizada pelo hospital
Duração média do tratamento	indefinida	indefinida	indefinida
Benefício Custo	Redução de custo (valor incerto)	Indefinido	Redução de 70%
Benefício infecção	Redução nos índices de infecção (valor incerto)	Indefinido	Redução nos índices de infecção (valor incerto)
Benefício desinternação	Retira em 16 dias 10 pacientes do hospital	Benefício social (hospital consegue atender a um número maior de pacientes, diminuição da espera por leitos)	Reduz tempo de permanência no hospital em 80%, benefício social.
Benefício Tempo de tratamento	Recuperação mais rápida do paciente	Indefinido	Indefinido

O paciente, quanto ao seu estado clínico também é uma característica importante a ser levada em consideração. Um quadro clínico estável é condição fundamental identificada nas três entrevistas realizadas. A estabilidade denota o caráter preventivo e não curativo dos programas de Assistência Domiciliar. A estabilidade torna viável que o tratamento seja realizado no domicílio do paciente. Levar um paciente clinicamente instável, seria o mesmo correr o risco de ter de reinterná-lo em um curto espaço de tempo, já que o tratamento de situações emergenciais deve ser realizado em ambiente hospitalar devido a toda infraestrutura presente para este tipo de situação.

A figura do cuidador e a presença dos familiares são também fatores fundamentais para o sucesso de um programa de Assistência Domiciliar. Muitos dos benefícios da Assistência Domiciliar acontecem devido à presença de familiares e cuidador. São eles os responsáveis pela "humanização" do tratamento. A humanização do tratamento é um dos principais fatores para a recuperação mais rápida do paciente, identificada como um dos benefícios do sistema. Por isso é necessário que tanto familiares quanto cuidadores estejam em bom estado físico e psicológico para atender o paciente da melhor forma possível. Daí percebe-se a importância do trabalho que é realizado com essas pessoas: reuniões de cuidadores, reuniões de familiares; bem como a importância de assistentes sociais e psicólogos na equipe multidisciplinar.

Dentre os benefícios identificados nos programas de Assistência Domiciliar analisado podemos citar:

"deshospitalização" (liberação de leitos hospitalares), redução no custo do tratamento, redução no tempo de recuperação do paciente (humanização do tratamento e diminuição do risco de infecção) e a prevenção de "reinternações" hospitalares. Tais fatores foram freqüentemente citados, apesar da falta de dados concretos para a avaliação da Assistência Domiciliar. Seria preciso a realização de estudos de avaliação do ponto de vista quantitativo dos benefícios trazidos pelo programa com relação a custos, reinternações, tempo de recuperação do paciente, etc. HARRIS, citado por CRUZ (1999, p. 45), afirma que "alguns especialistas questionam se a parte de custos totais dos cuidados de *home care* que compete ao cliente está identificada ao se efetuar a comparação com os custos dos cuidados agudos hospitalares. Normalmente não são computados nestes custos como o montante que o cuidador deixa de ganhar por se responsabilizar pela atenção ao doente. Também não entram no cálculo o custo da manutenção da casa (dieta especial para o paciente, maior quantidade de trocas de roupa, etc) e outros custos informais."

RIBEIRO, (1999, p.36) após discorrer sobre o aumento dos programas de Assistência Domiciliar no Brasil fala sobre a falta de critérios de avaliação para os mesmos: "Esta realidade vem apontando para a necessidade de se estabelecer critérios próprios, para a avaliação de sua estrutura, processo e resultados. A preocupação é de que esta nova prática em nosso país seja adequada regulada e respaldada pela qualidade e resolutividade".

Apesar da constatação de que é possível a realização de trabalhos do ponto de vista administrativo nos programas de Assistência Domiciliar, é preciso reconhecer que este tipo de serviço de atendimento a pacientes tem crescido muito, tanto no Brasil quanto no exterior.

Além da parte de avaliação dos benefícios trazidos pelo serviço, seria interessante desenvolver-se um trabalho específico na área de gestão de materiais e transportes de equipamentos e medicamentos. Tanto a logística de transporte como a gestão de materiais, devem ser considerados com um caráter singular em um programa de Assistência Domiciliar. A gestão de materiais deve ser específica para o tratamento em domicílio. O transporte na Assistência Domiciliar deve ser considerado uma modalidade à parte e diferente do transporte inter-hospitalar. Na Assistência Domiciliar há o transporte de várias pessoas. De um modo geral não é o transporte de pacientes, mas sim de profissionais membros da equipe, de aparelhos e medicamentos.

Apesar da falta de dados para acompanhamento dos resultados, são inegáveis os inúmeros benefícios que este sistema trás não só para o paciente, mas também para a sociedade com a liberação de leitos hospitalares para pacientes que realmente necessitem de internação hospitalar.

7. AVALIAÇÃO / RECOMENDAÇÕES

Apesar de todo o levantamento bibliográfico e das entrevistas realizadas em grandes centros de programas de Assistência Domiciliar na cidade de São Paulo, os dados levantados devem ser analisados com cautela, principalmente para fins estatísticos, devido à restrição da amostra e do tipo de entrevista efetuada.

É interessante que, numa pesquisa posterior, seja feita uma análise não somente acerca dos programas de Assistência Domiciliar prestados por hospitais, mas também dos programas disponibilizados por outras empresas prestadoras. Neste estudo, seria importante fazer uma comparação se há ou não semelhança entre o serviço prestado por estas empresas com o serviço de Assistência Domiciliar prestado pelos hospitais.

Além disso, seria importante que a pesquisa fosse expandida para outras cidades e regiões brasileiras. Desta forma, poder-se-ia ter um verdadeiro panorama da Assistência Domiciliar no Brasil como um todo.

Entretanto, creio que para uma pesquisa estendida a hospitais e empresas prestadoras de programas deste gênero

em todo o país, seria mais interessante a utilização de um questionário objetivo e com uma estruturação para a obtenção de dados que permitam uma análise estatística.

Este trabalho exploratório inicial fornece uma base de informações para um pesquisador que deseje se aprofundar nesse tema.

O que fica evidente é a grande importância desse tipo de atendimento para a melhora da qualidade dos serviços hospitalares, principalmente neste país onde as precariedades são tantas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. Cuidar de si mesmo antes de cuidar dos outros. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 15, dezembro de 1999.

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. Participação do serviço social em programas intedisciplinares de assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 10, dezembro de 1998.

ANDRADE, Letícia, OLIVEIRA, Ivone Bianchini de, YAMAGUCHI, Angélica M., YUM, Sun C.. Visita de Luto: depoimento dos cuidadores - experiência do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 18, fevereiro de 2000.

CARVALHO, Lourdes de Freitas, **Serviço de arquivo médico e estatísticas de um hospital.** São Paulo, Ltr, Editora; Rio de Janeiro, FENAME, 1977. 265p.

CRUZ, Lucila Pedroso da. **Assistência Domiciliar: estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo.** São Paulo: EAESP/FGV, 1999. 128p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e se Sistema de Saúde).

CRUZ, Lucila Pedroso da, RIBEIRO, Christina Aparecida.

Médicos e Home Care: uma aliança natural. mimeo, 1998.

CUNHA, Nancy, BRUNS, Gisela. Internação domiciliar: treinando os familiares. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 8, dezembro de 1999.

GEORG, Alvaro E., ARAÚJO, Emerentino E., TANAJURA, Aída, SILVA, Thelso de J.. DPOC em Home care. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 20, abril de 1998.

KOREN, M. J.. Home care, who cares. **N. Engl. J. Méd..** pp 314 (14): 1986.

MEDINA, Patrícia, FERNANDES, Fernando, RODRIUES, Adriana da C., SOUZA, Tânia, T.. A importância do atendimento domiciliário em medicina preventiva. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 24, novembro de 1998.

MENDES, Patrícia Bacellar. A atuação do assistente social na internação domiciliar. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 16, setembro de 1998.

MOREIRA, Ainda Tanajura. Quem é o paciente? Uma nova maneira de olhar. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 32, maio de 1999.

NATIONAL ASSOCIATION FOR HOME CARE. **Basic statistics about home care 2000.** Endereço eletrônico:
<http://www.nahc.org/Consumer/hcstats.html>

PESCAROLLI, Pollyana. Home Health Care: uma cultura que veio pra ficar. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 10, maio de 1999.

RIBEIRO, Christina Aparecida. Avaliação da assistência domiciliar: aspectos quantitativos e qualitativos. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 36, agosto de 1999.

RIPOLI, Juliana, BOCCUTO, Cássia. Aspectos Principais da Nutrição, o papel do nutricionista no home care. **Revista Brasileira de Home Care.** pp 24, fevereiro de 2000.

SILVIA, Ubaldina Souza e. **Indicadores de Qualidade e Produtividade: Um Estudo nos Hospitais de Santa Maria/RS.** São Paulo: EAESP/FGV, 1998, 103p. (Dissertação apresentada ao Curso de pós-graduação da EAESP/FGV, Área de concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

STEEL, R. Knight, LEFF, Bruce, VAITOVAS, Barbara. A home care annotated bibliography. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.46, n.7, p. 898-909, July 1998.

VECINA NETO, Gonzalo. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**, volume 12 / Gonzalo Vecina Neto, Wilson Reinhardt Filho. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998, (Série Saúde & Cidadania).

9. ANEXO

Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração de Empresas de São Paulo

Pesquisa PIBIC / CNPq: "Assistência Domiciliar: um novo conceito de hospital"

Aluno: Pedro Teixeira de Carvalho

Curso: Administração de Empresas

Prof. Orientador: José Carlos Barbieri - POI (Departamento de Produção e Operações Industriais)

Roteiro de Entrevista

Indicadores hospitalares gerais

1. Taxa de infecção hospitalar?
2. Número de leitos
3. Tempo médio de permanência no hospital
4. Taxa de ocupação dos leitos
5. Índice: leito / paciente / dia
6. Paciente / dia / enfermeira
7. Enfermeiras / leito
8. Exames laboratoriais / paciente / dia
9. Exames radiológicos / paciente / dia

CUSTO COM PESSOAL

1. Número de cirurgias / funcionário
2. Custo salário / cirurgia
3. Percentual de participação do pessoal sobre o total dos custos do centro cirúrgico

CUSTO COM MATERIAIS

1. Custo materiais / cirurgia
2. Percentual de participação dos materiais sobre o total dos custos do centro cirúrgico

CUSTOS GERAIS

1. Custo geral por cirurgia
2. Percentual de participação dos custos gerais sobre o total dos custos cirúrgicos

CUSTOS UNITÁRIOS DE TAXA DE SALA

1. Custo unitário de taxa de sala
2. Custo unitário de taxa de sala sem materiais e medicamentos reembolsáveis

Assistência Domiciliar

1) Informações gerais

- a) Há quanto tempo existe o serviço de Assistência Domiciliar neste hospital?
- b) Implementação
 - i) Fases
 - ii) Duração
 - iii) Estrutura organizacional
 - iv) Dificuldades encontradas (barreiras)
 - v) Complementação
- c) Quais são os pacientes que são atendidos pelo programa de Assistência Domiciliar?
 - i) Tipo de doença (patologia)
 - ii) Grandes grupos
 - iii) Aspectos relativos à família
- d) Quais pacientes podem ser atendidos por um serviço de Assistência Domiciliar?
 - i) Tipos de doença (patologias)
 - ii) Grandes grupos
 - iii) Aspectos relativos à família

2) Gestão de estoques

- a) Quais são os itens envolvidos num processo de Assistência Domiciliar (remédios, equipamentos, etc)?
- b) Como eles são armazenados?

- c) Qual é o giro do estoque?
- d) Quais são os itens que saem mais?
- e) Qual é o custo de cada item

3) Transportes

- a) Quem faz o transporte (próprio ou terceirizado)
- b) Qual é o custo do transporte
- c) Como é realizado o transporte
- d) Qual é o tempo médio de duração do transporte

4) Atendimento

- a) Manual de procedimentos?
- b) Qual é o tempo médio de duração do atendimento?
- c) Como os médicos e enfermeiras são alocados para esse serviço?
- d) Quanto é o custo médio de atendimento?

5) Família

- a) Qual é o número médio de pessoas na família do paciente?
- b) Qual é o nível de aceitação das famílias com o serviço de Assistência Domiciliar?

6) Retorno

- a) Quais são os itens que podem retornar?
- b) Quem faz o transporte?
- c) Como é feito o transporte?
- d) Qual é o tempo médio de retorno de um item?

7) Benefícios

- a) Redução de custo?
- b) Redução no índice de infecção?
- c) Tempo de recuperação do paciente?
- d) Aumento no número de leitos disponíveis?
- e) Humanização?

8) Adesão dos médicos