Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil

Home care service: an experience in the south of Brasil

SINOPSE

Objetivo: O objetivo deste trabalho é o de relatar a experiência de um programa de internação domiciliar existente na rede pública de saúde do município de Santa Maria (Rio Grande do Sul).

Método: Consiste em um estudo descritivo transversal retrospectivo. Foram coletados dados dos pacientes atendidos pelo serviço de internação domiciliar do hospital público de Santa Maria (RS) no primeiro semestre de 2002, descrevendo-se suas características (idade, sexo, patologia, evolução, número de visitas).

Resultados: No primeiro semestre do 2002, 107 pacientes da Casa de Saúde de Santa Maria foram atendidos pelo serviço de internação domiciliária. A maioria eram adultos (93,5%) e somente 6,5% tinham idade inferior a 15 anos. O paciente com menor idade apresentava 5 meses, enquanto que o mais idoso tinha 92 anos. A média de idade de todos os pacientes foi de 60 anos e 50,5% dos pacientes eram idosos (acima de 65 anos). Cada paciente recebeu cerca de 3 a 4 visitas em um período de 20 dias de acompanhamento domiciliário. Entre os motivos de internação, as principais patologias foram infecção respiratória (35,5%), complicações de neoplasia (12%), complicações de acidente vascular cerebral (11%), cardiopatias (9%), infecções urinárias (9%) e infecções cutâneas (6,5%). Quanto à evolução clínica observada, 59% dos pacientes receberam alta do programa com melhora do quadro, 28% faleceram, 7% tiveram seu quadro clínico inalterado e 6% foram encaminhados a outras instituições. Houve uma correlação positiva entre a idade dos pacientes e os óbitos ($r = 0,63$; $p<0,05$). Não se encontrou correlação entre a idade e o tempo de acompanhamento pelo serviço de internação domiciliária.

Conclusão: Pelos dados obtidos, observa-se que grande parte da população beneficiada pelo serviço de internação domiciliária de Santa Maria (RS) constitui-se de idosos com doenças crônicas, que acarretam retornos freqüentes ao hospital devido a descompensações clínicas. O serviço de internação domiciliária contribui com a diminuição do tempo de permanência no ambiente hospitalar e possibilita a recuperação clínica do paciente na própria residência.

UNITERMOS: Serviços de Assistência Domiciliar, Assistência a Idosos, Qualidade de Vida, Doença Crônica, Núcleo Familiar.

ABSTRACT

Objective: *This work aims to report an experience of a domiciliary care program which takes place in the public health system in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul.*

Method: *It consists of a retrospective transversal descriptive study. Data from patients assisted by the home care service of a public hospital of Santa Maria (RS) were gathered in the first semester of 2002, outlining their features (age, sex, pathology, evolution, number of visits).*

Results: *In the first semester of 2002, 107 patients of Casa de Saúde in Santa Maria were assisted by the home care service. Most of them were adults (93,5%) and only 6,5% were under 15 years old. The youngest patient was 5 months of age whereas the oldest one was 92. The average age of all patients was 60 years old and 50,5% of them were elderly (over 65 years old). Each patient was visited about 3 or 4 times in a period of 20 days of home assistance. Among the reasons for domiciliary care, the main pathologies were respiratory diseases (35,5%), complications of neoplasia (12%), complications of cerebral vascular accidents (11%), cardiopathies 99%), urinary infections (9%) and cutaneous infections (6,5%). As to the clinical evolution observed, 59% of the patients were discharged from the program after having recovered, 28% of them passed on, 7% had no alteration to their clinical picture and 6% were led to other institutions. There was a positive correlation between the patients' age and the deaths ($r=0,63$; $p<0,05$). There was no correlation between age and time of being assisted by the home care service.*

Conclusions: *According to the data obtained, it is noticed that great part of the population benefited by the home care service in Santa Maria (RS) consists of elderly people having chronic diseases which require frequent returns to the hospital due to clinical decompensation. The service of domiciliary care contributes to the shortening of hospital stays and makes the patient's clinical rehabilitation possible in his own residence.*

KEY WORDS: *Home Care Services, Assistance for the Elderly, Quality of Life, Chronic Disease, Family Nucleus.*

FURIA GARGANO – Professora do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal de Santa Maria. Mestra em Engenharia da Produção. Coordenadora do Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria.

ANA EMÍLIA SEGATTO SILVEIRA – Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

ANDRÉ NESI – Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

ANELISE RITTER BÜLOW – Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

DANIELA SILVA DA ROCHA – Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

DENISE MACHADO DE OLIVEIRA – Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

LINO VILI MOURA RIBEIRO – Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS.

✉ Endereço para correspondência:
Furia Gargana
Rua Andradas, 241
97020-040 – Santa Maria, RS – Brasil
Fone (55) 2122648

INTRODUÇÃO

Os recentes avanços na área da saúde permitiram um maior controle da natalidade, da mortalidade infantil e das doenças infectocontagiosas. Houve uma mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, observando-se um aumento da freqüência de doenças crônico-degenerativas.

A Lei nº 8.842/94 preconiza que a primeira instância de atendimento à saúde deva ocorrer na família (3). Nesse contexto, têm surgido iniciativas governamentais como as do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), que buscam resgatar a importância do indivíduo no seu núcleo familiar e na sociedade. Diante dessas evidências, constata-se também a necessidade de estratégias de atendimento intermediárias, que possibilitem um cuidado mais intensivo do que o proporcionado ambulatorialmente, sem as desvantagens da hospitalização, possibilitando a participação do suporte familiar (2). Uma alternativa é a in-

ternação domiciliar que, após uma internação hospitalar convencional, pode proporcionar apoio para a reestruturação da dinâmica familiar, funcionando como uma ponte entre o hospital, a casa do paciente e o nível primário.

O conceito de *Home Health Care*, relacionado à internação domiciliária, surgiu nos EUA na década de oitenta, como uma alternativa aos altos custos da internação hospitalar.

O objetivo deste trabalho é o de relatar a experiência de um programa de internação domiciliar existente na rede pública do município de Santa Maria (Rio Grande do Sul). Acompanhou-se o funcionamento do Serviço de Pós-Alta Hospitalar (SPAH) vinculado ao único hospital público do município de Santa Maria (Casa de Saúde), coletando-se os dados dos prontuários dos pacientes atendidos no primeiro semestre do ano de 2002. Os mesmos foram organizados em tabelas e gráficos, sendo submetidos a análise descritiva com a finalidade de se traçar um perfil da população atendida por esse serviço.

MÉTODOS

Inicialmente, acompanhou-se o trabalho da equipe multiprofissional de internação domiciliar a fim de poder realizar uma descrição do funcionamento do programa SPAH. A equipe é constituída por uma médica, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, um auxiliar de enfermagem, uma psicóloga e uma nutricionista. Todos os profissionais são funcionários da Secretaria de Saúde do município de Santa Maria. O transporte dos mesmos até a residência dos pacientes é realizada através de uma ambulância.

No Hospital Casa de Saúde, os 15 pacientes internados no setor clínico são atendidos e acompanhados por um médico. Este último solicita, quando necessário, a inclusão do paciente para o programa de internação domiciliar. O médico ou a enfermeira do SPAH realizam uma entrevista com o paciente e um dos familiares, preenchendo uma ficha com os dados de identificação, história clínica, tratamento realizado no hospital e medicação em uso.

Os principais critérios utilizados para a inclusão no SPAH são: pacientes com alta hospitalar, mas situação clínica de difícil manejo em nível primário de atenção à saúde; pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; portadores de condições crônicas, tais como insuficiência cardíaca, doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DBPOC), acidente vascular cerebral (AVC), *diabetes mellitus*, pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação, pacientes portadores de neoplasias malignas (6). Aceitavam-se tanto crianças, como adultos e idosos. Foram excluídos pacientes com doença aguda que necessitavam de monitorização contínua, que apresentavam indicação de internação hospitalar convencional.

Aprovando-se a entrada do paciente no programa, agenda-se uma visita domiciliária. Nessa etapa de avaliação inicial, os membros da equipe traçam um plano de acompanhamento, estipulando o número de visitas e o tipo de atendimento que deverá ser enfatizado.

Para a realização deste trabalho, foram coletados os dados a partir dos prontuários de todos os pacientes atendidos pelo SPAH no primeiro semestre de 2002, totalizando um número de 107.

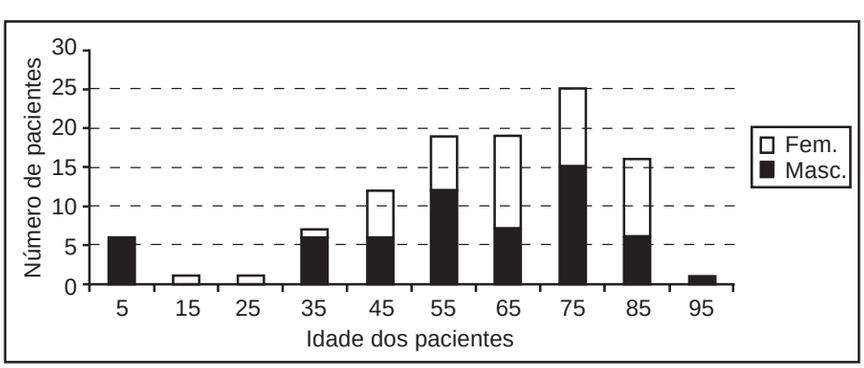
Após a coleta dos dados, os mesmos foram organizados em tabelas e gráficos e realizou-se uma análise descritiva dos mesmos.

RESULTADOS

A equipe do SPAH realiza, em média, de 4 a 5 visitas por tarde, registrando, nos prontuários, os dados da evolução, tratamento e plano futuro para cada paciente. Geralmente, a primeira visita é feita com toda a equipe (médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga), a fim de oferecer uma orientação multiprofissional ao paciente e cuidadores. Nessa ocasião, realiza-se uma pequena explanação sobre as características da doença do paciente, a sua evolução, fatores de alívio e piora do quadro clínico, cuidados gerais de higiene, alimentação, manutenção do ambiente (ventilação, posição da cama, iluminação do quarto), estímulos motores, medidas para prevenção de escaras e outras orientações pertinentes a cada caso.

Aos cuidadores são atribuídas as seguintes funções: medidas de higiene, administração de alimentação e medicação via oral, realização de curativos simples (sem cobertura). As medicações de administração parenteral (endovenosa ou intramuscular), assim como os curativos com cobertura, só poderiam ser aplicados pela equipe de enfermagem.

No primeiro semestre de 2002, uma população de 107 pacientes foi atendida pelo SPAH, sendo 93,5% adultos e 6,5% com idade inferior a 15 anos. O Gráfico 1 mostra a distribuição da população quanto à idade, mostrando também a relação dos sexos em cada faixa etária. Não se ob-



Fonte: prontuários do Serviço de Pós-Alta Hospitalar (SPAH) de Santa Maria.

Gráfico 1 – Faixa etária e sexo dos pacientes.

serva uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre a quantidade de pacientes masculinos (55%) e femininos (45%).

O paciente com menor idade apresenta 5 meses, enquanto que o mais idoso tem 92 anos. A média de idade de toda a população atendida foi de 60 anos. Considerando o idoso como toda pessoa com idade acima de 65 anos, 50,5% dos pacientes atendidos pelo SPAH, nesse período, incluíam-se nesta faixa etária.

O tempo médio de permanência no programa foi de cerca 20 dias, sendo que cada paciente recebia, em média, uma visita semanal. Eram realizadas cerca de 3 a 4 visitas durante todo o período de acompanhamento domiciliar. Também eram realizados contatos telefônicos quando a família necessitasse de alguma orientação antes do dia agendado para a visita.

Quando necessário, o paciente poderia ser visto com uma freqüência maior. Visitas extras poderiam ser solicitadas, principalmente em situações de piora clínica.

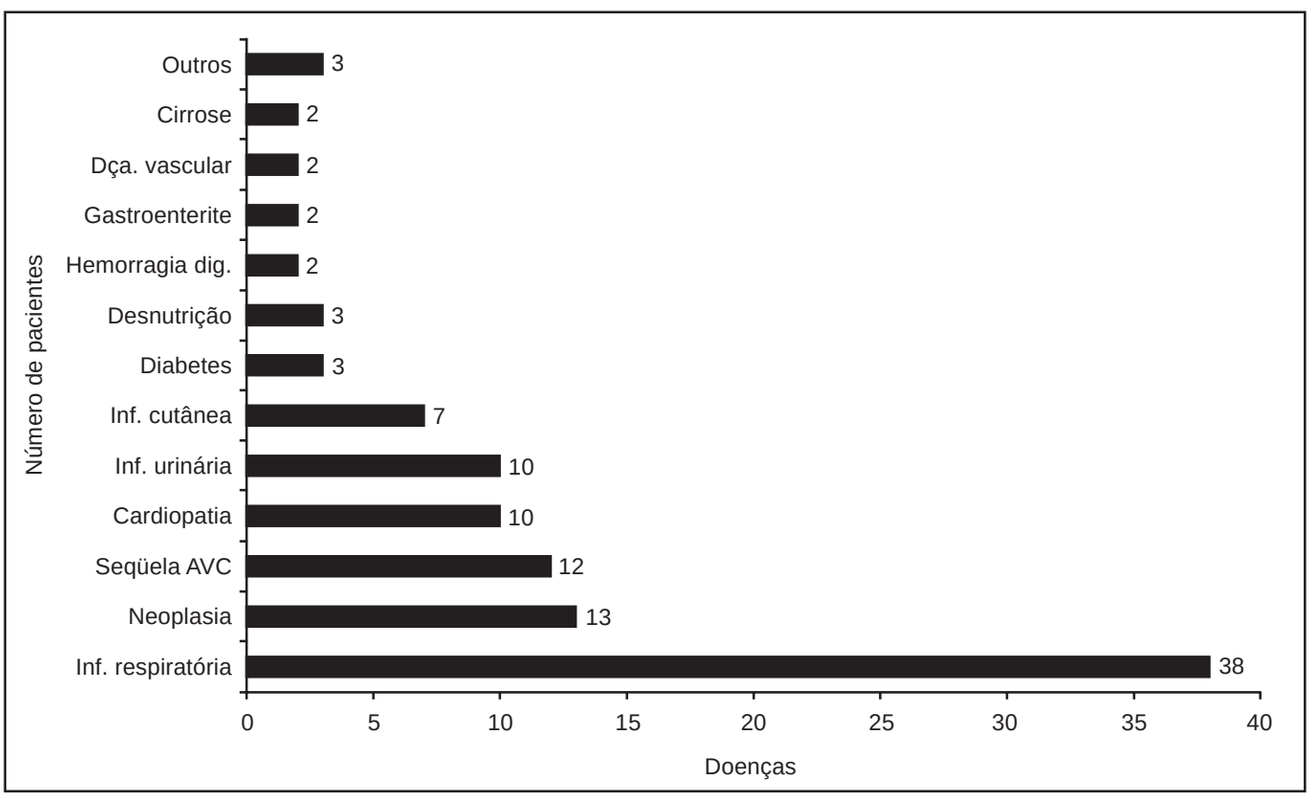
O Gráfico 2 mostra as principais patologias responsáveis pela internação dos pacientes do SPAH na Casa de Saúde. As infecções respiratórias (35,5%) representam o principal diagnóstico, seguidas das neoplasias (12%), seqüela de Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.) (11%), cardiopatias (9%), infecções do trato urinário (I.T.U.) (9%) e infecções cutâneas (6,5%).

O tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes antes de serem incluídos no programa do SPAH foi de 10 dias. Durante o período de acompanhamento pela equipe de internação domiciliária, 22 dos 107 pacientes (20,5%) necessitaram se reinternar na Casa de Saúde, permanecendo, em média, 7 dias.

No final de cada programa, a equipe entrega um relatório à família do paciente e deixa uma segunda via do mesmo no Posto de Saúde mais próximo. O relatório apresenta dados referentes ao(s) diagnóstico(s), evolução, tratamentos realizados, medicação em uso e orientações. Esse contato tem como principal finalidade a de estimular e fortificar o elo entre o paciente e sua Unidade de Saúde de referência. Uma outra cópia do relatório permanece nos arquivos do SPAH.

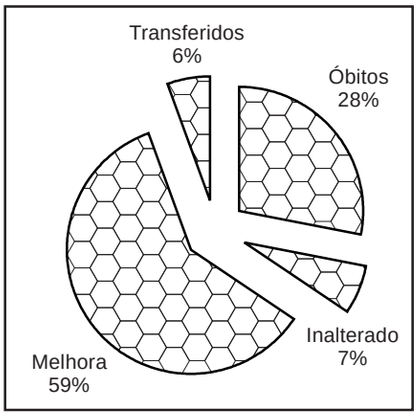
Entre os 107 pacientes atendidos, 59% receberam alta do programa com melhora do quadro clínico (Gráfico 3), 28% foram ao óbito, 7% tiveram seu quadro clínico inalterado e 6% foram encaminhados a outras instituições.

O Gráfico 4 mostra os diagnósticos dos pacientes que foram ao óbito. Observa-se que 34% dos pacientes que faleceram tinham uma infecção respiratória como motivo de internação na Casa de Saúde. Por outro lado, é importante ressaltar que todos esses pacientes apresentavam co-morbidades graves e avançadas como seqüelas de acidente



Fonte: prontuários do Serviço de Pós-Alta Hospitalar (SPAH) de Santa Maria.

Gráfico 2 – Doenças dos pacientes do SPAH.



Fonte: prontuários do Serviço de Pós-Alta Hospitalar (SPAH) de Santa Maria.

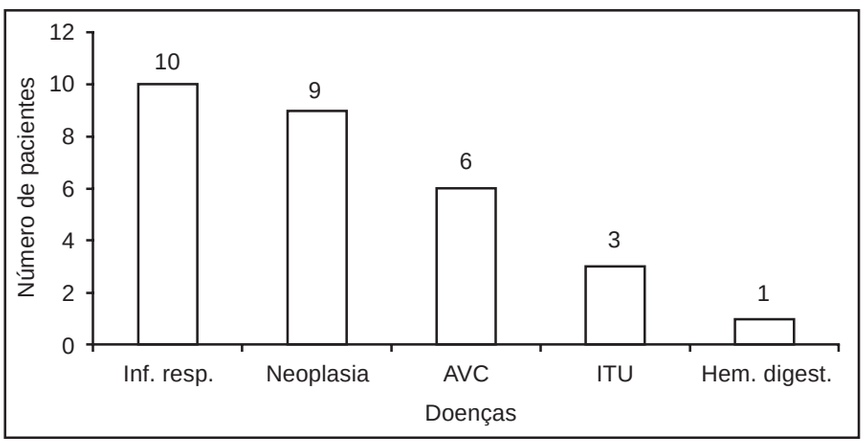
Gráfico 3 – Evolução dos pacientes do SPAH.

vascular cerebral (80%), neoplasia (10%) e insuficiência renal crônica (10%).

Encontrou-se uma correlação positiva (r = 0,63) entre a idade dos pacientes e os óbitos (p<0,05), como mostra o Gráfico 5. Por outro lado, não foi evidenciada nenhuma correlação entre a idade e o tempo de acompanhamento pelo serviço.

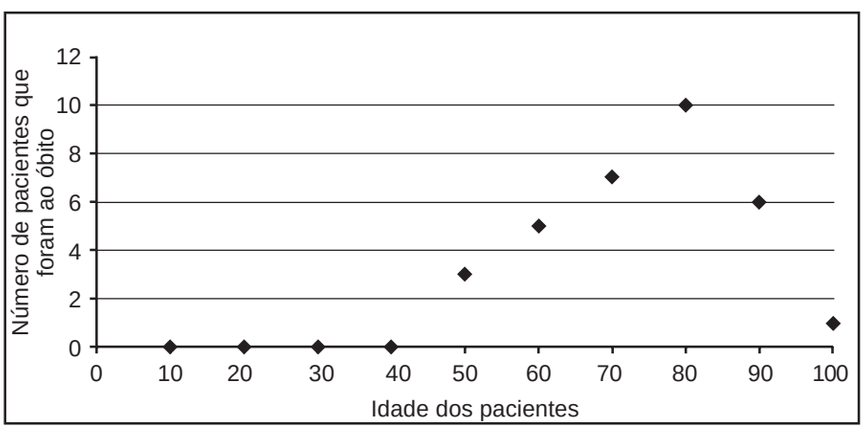
DISCUSSÃO

O atendimento domiciliário, nos moldes do *home care* internacional, vem sendo gradativamente implementado no Brasil em diversos serviços públicos desde 1993, com o incentivo do Ministério da Saúde através do Programa de Saúde da Família (5). Como exemplo de serviço de assistência domiciliária no Brasil, podemos citar aqueles desenvolvidos na cidade de São Paulo, particularmente o do Hospital do Servidor Público Municipal, e o Serviço de Assistência Domiciliária, específico para o idoso (SADI), aplicado em Guarulhos (7). De acordo com o levantamento estatístico realizado em 1996 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, 833 pacientes foram acompanhados pela assistência domiciliária, sendo que a transferência dos pacientes crônicos e convalescentes integrados nesse programa promoveu a liberação de leitos hospitalares para os casos que realmente necessitavam de internação, ampliando assim a oferta de leitos, diminuindo a média de permanência hospitalar e os custos de internação (4). Nas estatísticas atuais, os idosos constituem o grupo etário mais freqüentemente hospitalizado, cerca de três vezes mais que a população mais jovem, sendo aqueles os mais beneficiados pela implementação de programas dessa ordem (2).



AVC: Acidente Vascular Cerebral. ITU: Infecções do Trato Urinário.
Fonte: prontuários do Serviço de Pós-Alta Hospitalar (SPAH) de Santa Maria.

Gráfico 4 – Patologias dos pacientes que foram ao óbito.



r = 0,63 p<0,05
Fonte: prontuários do Serviço de Pós-Alta Hospitalar (SPAH) de Santa Maria,

Gráfico 5 – Relação entre a faixa etária e os óbitos.

Em relação às patologias mais prevalentes no presente estudo, observou-se uma relativa semelhança com o levantamento estatístico realizado em 1996 em São Paulo, citado anteriormente. Dos 833 pacientes acompanhados pela assistência domiciliária de São Paulo, as enfermidades mais prevalentes foram: neurológicas (34,70%), vasculares (11,52%), pulmonares (10,58%), cardíacas (8,52%), politrauma (7,80%) e neoplasia (6,36%) (4). Em nossa amostra, a alta prevalência de doenças respiratórias (35,5%) pode estar relacionada às particularidades regionais, dentre elas o clima, que favoreceriam tais patologias.

Os resultados obtidos demonstram que esse tipo de programa é uma nova e vantajosa alternativa a ser instituída nos serviços de saúde, visto que a maioria dos pacientes (59%) recebeu alta do programa com considerável melhora clínica. Por outro lado, a ele-

vada taxa de mortalidade dos pacientes pode ser explicada por serem portadores de doenças crônico-degenerativas, as quais evoluiriam para o óbito, independentemente do ambiente de tratamento; nesses casos, a internação domiciliar objetivava proporcionar também ao paciente um amparo emocional familiar não oferecido em ambiente hospitalar. Também se mostrou que a idade tem uma correlação positiva com os óbitos.

Os idosos, de fato, têm suas necessidades médicas e sociais diferenciadas e tendem a utilizar de forma mais intensa os serviços e equipamentos de saúde. Levando-se em conta que a maioria da população nessa faixa etária em nosso país vive em condições de baixo nível sócio-econômico, o setor público de saúde surge como a única alternativa viável de assistência médica. Parece, pois, urgente, em termos de saúde pública, a necessidade de encontrar novos modelos de assistência e de programas realmente eficazes nas tentativas de reduzir a relação custo benefício, os quais permitam efetuar a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das afecções crônicas. Portanto, a implementação dos serviços de assistência domiciliária aos idosos no nosso país viria ao encontro das expectativas dessa população. A qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores familiares pode ser melhorada pela intervenção de cuidadores profissionais (leigos treinados para realizar esse tipo de tarefa), trabalhando em seus domicílios. Essas intervenções devem ter como alvo ajudar a manter e a implementar o bem-estar físico, emocional e cognitivo dos idosos, auxiliar a família a superar os conflitos gerados pela situação de cuidado, ajudá-la a tomar as providências necessárias à incrementação da qualidade de vida do idoso e da sua própria e, como objetivos não tão imediatos, porém não menos significativos, promover a criação de uma nova sensibilidade social em relação aos idosos e a solidariedade de entre as gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DUARTE, YEDA A. O., DIOGO, MARIA J.D.D. Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
2. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE SÃO PAULO**.** Manual do Núcleo de Atendimento Domiciliário Integrado. São Paulo, 1995.
3. CÂMARA DOS DEPUTADOS E SENADO FEDERAL. Lei nº 8.842. Diário Oficial da União, Brasília, c.2, p.7, 5 jan. 1994.
4. MONTEIRO, JOSÉ L., MONTEIRO, CARLOS P. Internação Domiciliária. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
5. MONETTA, L. A Especialidade no Atendimento Domiciliário. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde: Portaria número 2416. Mar. 1998.
7. YUASO, DENISE R., SGUIZZATTO, Guilherme T. Serviço de Assistência Domiciliária ao Idoso (SADI) do Centro de Referência à Saúde do Idoso do Município de Guarulhos. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.