
Home Care baseado em evidências

MARTA TIOSSI¹
ALESSANDRA MARIN²

RESUMO

Trata-se de um trabalho que tem como objetivo focar a Assistência Domiciliar, evidenciando origem, serviços prestados e resultados encontrados referentes à satisfação dos usuários, custos e qualidade da assistência.

Palavras-Chave: Custo. Assistência Domiciliar. Qualidade.

A abrangência do termo Cuidado da Saúde vem crescendo e diferenciando-se, modificando a cultura dos cuidados relacionados nesta área, enfocando a assistência domiciliar (*Home Care*).

Segundo Rimed (2002, p.11), “Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care) é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional.”

Por outro lado, abrangência do termo “cuidado da saúde” tem aumentado e se diferenciado incluindo terapia ocupacional, economia do lar, trabalhos sociais, serviços de nutrição, serviço de psicologia, entre outros (HARRIS, 1997).

Esse tipo de serviço foi dado início no final do século XIX, através de um movimento denominado “Associações de Enfermeiras Visitantes”. Desde então, a assistência domiciliar vem evoluindo alcançando hoje, de acordo com os dados norte-americanos, 20.215 *Home Care* nos Estados Unidos e em dados não oficiais, 300 empresas no Brasil. Porém, há registros que em 1813 já existiam as assistências domiciliares de maneira informal e sendo de responsabilidade das mulheres.

¹ Docente de curso de Enfermagem da – UNINGÁ – Maringá-Pr; Especialista em Administração dos Serviços de Saúde pela UNAERP; Especialista em Formação Pedagógica em Educação profissional na Área de Saúde pela UEM. Diretora do Life Ingá – Atendimento e Internação Domiciliar - Maringá – Pr.

² Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM; Enfermeira Assistencial da Life Ingá – Atendimento e Internação Domiciliar - Maringá – Pr.

O serviço de assistência domiciliar começa com o paciente, o indivíduo identificado como necessitado da assistência de enfermagem ou algum tipo de terapia. Mas apesar do paciente constituir o centro do serviço, são implementadas metas profissionais para o seu tratamento no contexto de sua família e comunidade. Nos Estados Unidos, a família, os vizinhos e outros agregados ao sistema de apoio informal ao paciente geralmente provêm cuidados vinte e quatro horas e apoio necessário durante o período em que este se encontra enfermo ou dependente.

No Brasil, o modelo de assistência domiciliar emergente pretende que a assistência vinte e quatro horas seja prestada por um acompanhante com formação técnica (auxiliar ou técnico de enfermagem), conforme Rice (1995).

É importante frisar que a casa substitui o hospital. Em vez do paciente se adaptar a um ambiente estranho, é o profissional de saúde que deve se adaptar à família e comunidade. Enfermeiras no trabalho de assistência domiciliar são consultoras especialistas, que adaptam o planejamento de tratamentos complexos para a realização em casa. Como exemplo, pode-se citar que alguns tratamentos podem envolver obtenção de equipamentos e materiais, ou a necessidade de conexão com outros serviços, ou ainda a negociação com médicos para alterar programas de medicação (RICE, 1995).

O *Home Care*, baseado em evidências, propõe a integração entre os melhores resultados de pesquisa com a experiência clínica da equipe multidisciplinar e com os valores individuais dos pacientes.

Segundo Rimed (2002, p.18), “No início do século XX, a assistência domiciliar era parte das campanhas de saúde pública que melhoraram consideravelmente a saúde dos cidadãos.” No Brasil, foi implantado o serviço de assistência domiciliar, denominado Programa de Saúde da Família (PSF), voltado para o cuidado preventivo, com mesmo intuito de prevenir internações desnecessárias e/ou manutenção de pacientes crônicos. Porém, em casos agudos ou que necessitem de acompanhamento contínuo de equipe especializada, como, por exemplo, administração medicamentosa, terapias e uso de equipamentos hospitalares, o paciente é encaminhado ao hospital de referência, para tais procedimentos. Não há uma equipe multidisciplinar que o acompanhe no domicílio de forma holística, com elaboração de um plano de cuidados e preparo do “cuidador” (pessoa identificada para dar continuidade no tratamento do paciente em questão).

Ainda segundo Rimed (2002, p.18), “Os historiadores contemporâneos, atentos às experiências do passado, sustentam a necessidade dos programas de assistência domiciliar focarem tanto na elevação moral do paciente/família quanto na intervenção da enfermidade”.

Durante o período de Atendimento ou Intervenção domiciliar, pode-se observar duas etapas de desenvolvimento, sendo elas:

1. *Recusa/Negação*: Associada à falta de conhecimento do serviço, resultando em desconfiança ou descrença da recuperação (abandono médico e hospitalar), no caso de pacientes conscientes e orientados assim como de seus cuidadores.

2. *Satisfação*: No decorrer do tratamento, com o conhecimento do paciente e da família das normas e rotinas da Assistência Domiciliar, tem-se como experiência a nítida satisfação do paciente como relatos: “Eu não tinha idéia que teria direito a esse tipo de tratamento”. “Se eu soubesse que era assim, teria vindo antes”, segundo relatos de pacientes atendidos pela empresa prestadora de serviços de Home Care – Life Ingá.

Quando se trata deste tipo de assistência, supõe-se que o custo de tal benefício é inatingível para algumas classes sociais e menos vantajosas para os convênios. No entanto, é comprovado que ocorre uma redução entre 30% a 70% do valor total dos atendimentos. Sendo, desta maneira, ao contrário do que se pensa, mais acessível aos usuários.

TABELA 1

COMPARAÇÃO DOS PREÇOS DO HOSPITAL, ENFERMEIRAS PROFISSIONAIS E ASS. DOMICILIAR			
Em milhares de dólares	1994	1995	1996
Preços do hospital por dia	1.754	1.910	1.965
Preços de enfermeiras profissionais por dia	356	402	414
Preço de cada visita de assistência domiciliar	83	84	86

TABELA 2

COMPARAÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES COM O DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR			
CONDIÇÕES	Custos Hospitalares por Paciente por Mês	Custo da Ass. Domiciliar por Paciente por Mês	Poupança do Paciente por Mês
Diária Comum (1996)	1.872	88	1.784
Recém-nascido de baixo peso	26.190	330	16.290
Adultos dependentes da ventilação	21.570	7.050	14.520
Crianças dependentes de oxigênio	12.090	5.250	6.840
Quimioterapia para crianças com câncer	69.870	55.950	13.920
Terapia de antibióticos intravenosos para osteomelite, outros	1.758	1.605	153
Problemas do coração em idosos	12.510	4.650	7.860

Em milhares de dólares

TABELA 3

CUSTOS	
Custo comum calculado da diária de um hospital em 1996	1.872
Custo comum calculado da diária da assistência domiciliar em 1996	88
Gastos mensais com bebê que nasceu abaixo peso/prematuro em hospital	26.190
Gastos mensais com bebê que nasceu abaixo peso/prematuro na assistência domiciliar	330
Economia mensal para bebês prematuros na assistência domiciliar	25.860

Em milhares de dólares

Fontes: National Association for Home Care; Bureau of Labor statistics, Monthly Labor Review; National Medical Expenditures Survey, L.H. Research.

Segundo Rimed (2002, p. 25), “A procura por assistência à saúde com custos mais acessíveis encorajou o crescimento da assistência domiciliar transformando-se em motivo para sua expansão.”

Porém, para se alcançar os planos de saúde e usuários, nosso primeiro desafio é conquistar o médico. Ele deve estar seguro da seriedade e comprometimento da empresa de *Home Care*, pois é ele quem irá decidir se o paciente vai para o hospital ou para casa.

Neste ponto, encontramos uma nova barreira: “Nos EUA, seus médicos sempre fizeram visitas em casa e sempre prescreveram pedidos de cuidados profissionais a seus pacientes.” (idem, 2002, p. 11). No Brasil, essa prática vem se desenvolvendo tardiamente com o PSF. No entanto, nos atendimentos do setor privado, o médico ainda se restringe ao atendimento hospitalar ou ambulatorial, sem aderir à Assistência Domiciliar; havendo exceções entre a classe.

Não se deve esquecer que a qualidade do serviço prestado evidencia a seriedade e comprometimento da empresa, sendo ela, hoje, parte integrante de nossas vidas, abrangendo desde os aspectos puramente particulares e individuais até os serviços, produtos e sociedade em geral.

“A qualidade total começa com educação e termina com educação” (ISHIKAWA, 1986, p. 04). Essa é uma expressão usada em empresas japonesas e significa que qualquer organização que espera êxito, a longo prazo, deve aderir a essa filosofia, educando e reeducando a todos, dos altos funcionários e altos executivos aos demais trabalhadores. Esses esforços produzirão frutos quando todo empregado, sozinho ou com outros, estiver ocupado, estudando e melhorando alguma parte da organização.

Moller (1992, p. 14) afirma que “não é apenas a qualidade de produtos e serviços que é importante; as qualidades das pessoas que fazem os produtos e prestam os serviços é igualmente crucial. A qualidade do produto ou serviço depende dos esforços de indivíduos e de grupos”. Portanto, esse autor entende a qualidade como dois fatores: a Qualidade Técnica e a Qualidade Humana. A primeira visa a satisfazer exigências e expectativas concretas, como: tempo, qualidade, finanças, função, durabilidade, segurança, taxa de defeitos, garantia. A segunda, aquela que vai além dos lucros, visa a satisfazer expectativas e desejos emocionais, como: lealdade, consistência, comprometimento, comportamento, credibilidade, atenção.

No mundo da economia globalizada, qualidade é essencial. Na área da saúde, qualidade é um fator ainda mais importante, uma vez que do resultado ao atendimento prestado dependem vidas. Infelizmente, no Brasil, as condições de qualidade nos serviços de saúde são precárias e necessitam de medidas urgentes para melhoria.

O desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais. Toda instituição de saúde, dada a sua missão essencial a favor do homem, deve se preocupar com seu melhoramento permanente de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas e assistenciais.

A qualidade na assistência domiciliar inicialmente deve ser vista sob a perspectiva da assistência ao paciente. Certamente os consumidores – pacientes e suas famílias – estarão questionando sobre os serviços de assistência domiciliar. Estes podem definir qualidade como tendo uma enfermeira, terapeuta, ou qualquer outro profissional engajado no processo que chegue na hora marcada para fornecer os serviços de assistência contratados ou podem perceber a qualidade como sendo o respeito por sua preferência pessoal por um certo prestador de serviço. A qualidade também pode ser

medida através do confronto das perspectivas do que se espera e do que é necessário para se obter um resultado positivo. Outro critério pode ser do ponto de vista de quem é responsável pelo pagamento das despesas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se, com este trabalho, fornecer conceito e dados sobre a assistência domiciliar, levando a conhecimento dos leitores que não se trata apenas de realização de pequenos procedimentos, mas, sim, de medidas de reabilitação, manutenção e promoção da saúde, até a internação domiciliar com o uso de equipamentos hospitalares que são instalados na casa do paciente.

Em termos de satisfação, o financiador recebe redução de custos, a empresa de Home Care aumenta sua demanda e o paciente que recebe o atendimento tem suas necessidades atendidas conforme quadro clínico dentro da rotina de seu lar.

REFERÊNCIAS

HARRIS, M. D. Handbook of home health care administration. 2.ed. Aspen Publishers, 1997.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total:** à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campos, 1986.

MOLLER, C. **O lado humano da qualidade:** maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento de pessoas. Rio de Janeiro: Campos, 1992.

RICE, R. Handbook of Health nursing procedures. Mosby, 1995.

RIMED. Comércio e Representação de Produtos para a Saúde – **Divisão de Home care:** Manual do Home Care. 3. ed., São Paulo, 2002, 256 p.

