



Universidade Estadual do Ceará

Wilma-Ney Lopes Bastos

**PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR:  
A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL  
MUNICIPAL DE REFERÊNCIA**

Fortaleza - Ceará

2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Wilma Ney Lopes Bastos

**PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR:  
A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL  
MUNICIPAL DE REFERÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Fortaleza - Ceará

2006

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas

Título do Trabalho: Programa de Internação Domiciliar: A Experiência de um Hospital Municipal de Referência

Autora: Wilma-Ney Lopes Bastos

Defesa em: 10/01/2006

Conceito obtido: Satisfatório

Banca Examinadora:

---

Paulo César de Almeida, Prof. Dr.  
Orientador

---

Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida, Profa. Dra.

---

José Osmar Vasconcelos Filho, Prof. Dr.

## **Dedicatória**

*À Deus, fonte maior de luz, graça e esperança,  
donde recebi incondicionalmente, força e  
coragem para o alcance desta meta.*

## **Agradecimentos**

*À Deus, fortaleza da minha vida, pela concretização deste sonho;*

*Aos meus pais, Bibiana Lopes da Silva e Egídio Pinheiro da Silva, que muito lutaram no decorrer de suas vidas, para propiciar-me o acesso ao conhecimento, ao saber;*

*À José Ulisses Bastos, meu amor, meu cúmplice, por sua parcela incalculável de contribuição à realização desta meta;*

*À Maria Abreu Barbosa, grande pesquisadora social, e Maria Helena Paulino Paiva, mais que um ser humano, um anjo, que muito me incentivaram nos difíceis momentos, da seleção à realização do Curso;*

*À Sales de Macedo Junior, muito além de um chefe, um grande amigo, que facilitou meus dias de ausência do trabalho para a realização do Curso e da Pesquisa;*

*À Maurício de Carvalho Alves, um amigo, um companheiro de trabalho, que por tantas vezes me apoiou na vida pessoal e sobretudo nos difíceis dias de trabalho em que estava ausente por este estudo;*

*À Jorgelino Gondim Oliveira, uma mão sempre estendida, uma referência de fé, família e profissionalismo, coordenador do Programa de Internação Domiciliar(PID), por acolher com bom grado, e apoiar meu interesse em pesquisar o PID;*

*À Kátia Portela, Tânia Mara, Rosecléia Souza e Rita Miranda, amigas, e colegas de trabalho, que tanto me apoiaram, sobretudo em minha ausência por ocasião deste trabalho;*

*Aos pacientes e cuidadores do PID, por sua disponibilidade em expor suas vivências, seus sentimentos enquanto informantes, sem os quais este trabalho não seria possível;*

*Ao Prof.. Paulo César de Almeida, por suas atitudes acolhedoras, por sua tolerância, seu apoio, e sua orientação na realização deste sonho;*

*À profa. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida e ao prof. José Osmar Vasconcelos Filho, pela imensurável colaboração enquanto membros da Banca Examinadora;*

*À Todos que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste feito em minha vida, o meu eterno agradecimento.*

À todos que compartilharam comigo este momento de singular realização, uma forma sublime de expressar nossa gratidão:

*“ Se não houver frutos,  
valeu a beleza das flores,  
se não houver flores,  
valeu a sombra das folhas,  
se não houver folhas,  
valeu a intenção da semente...*

*Antes de tudo, três coisas:*

*A certeza de que estamos sempre começando,  
a certeza de que é preciso continuar,  
a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminarmos.*

*Fazer da interrupção, um novo caminho;*

*da queda, um passo de dança;*

*do medo, uma escada;*

*do sonho, uma ponte;*

*da busca, um encontro.”*

Fernando Sabino

## Resumo

Esta dissertação analisa o Programa de Internação Domiciliar (PID) do Hospital Municipal de Maracanaú durante o ano de 2004. É um estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa, através da análise de prontuários dos pacientes, estatísticas de produtividade, normatizações e entrevistas com 16 sujeitos sociais, para delinear o perfil sócio-econômico e epidemiológico dos usuários do Programa; Identificar elementos que sinalizam sua inserção na mudança da atenção à saúde; e subsidiar a discussão sobre políticas públicas de saúde para a implantação de novos PIDs. Averiguou-se que 350 pacientes foram atendidos em 2004, sendo 92% oriundos do HMMc. Todos são idosos, estando 40% entre 76 e 80 anos. 87% são aposentados e residem em moradias próprias quitadas ou financiadas e 67% deles vivem em grupo familiar de até 5 pessoas. 73% têm renda familiar de um salário mínimo, sendo 80% analfabetos. Prevalecem as doenças crônico-degenerativas, e cada paciente tem pelo menos três patologias associadas. São as mais comuns: hipertensão, seqüelas de AVC, e diabetes mellitus II. As principais terapêuticas indicadas são cuidadas preventivas, estomaterapia e anti-hipertensivos. O PID tem espaço físico definido, equipe multiprofissional e transporte exclusivo. Libera uma média de 3 itens de apoio/paciente, sendo os mais comuns, cama, colchão e medicamentos. Em 2004, a taxa de desligamento foi 0%, a taxa de mortalidade 4%, e somente 16 dos 350 pacientes passaram por re-internação hospitalar por complicação do quadro clínico. 98% dos pacientes expressaram plena ou razoável satisfação com o PID. Percebeu-se ainda, que a internação hospitalar custa cerca de 5 vezes mais que a internação domiciliar em Maracanaú. A atenção multiprofissional, o planejamento conjunto do cuidado e o papel da família no cuidado, foram identificados como elementos que sinalizam a internação domiciliar como estratégia para a quebra de paradigmas do modelo hospitalocêntrico. Concluiu-se que o PID precisa estabelecer protocolos, melhorar tecnologia de comunicação, mas apesar das lacunas, constitui um espaço para construção de um trabalho que permite a criação de vínculos, a integralidade e sistematização das ações. Logo, é aconselhável a realidades semelhantes, pois gera benefícios econômicos e sociais.



## ABSTRACT

This document analyzes the Program of Internment To domiciliate (PID) of the Municipal Hospital of Maracanaú (HMMc) during the year of 2004. It is a study description-explore with quanti-qualitative boarding, through the handbook analysis of the patients, statisticians of productivity, norm and interviews with 16 social citizens, stop to delineate the partner-economic profile and epidemiologist of users of the Program; To identify elements that signal its insertion in change of the attention to the health; e to subsidize the quarrel on public politics of health for the implantation of new PIDs. It was inquired that 350 patients had been taken care of in 2004, being deriving 92% of the HMMc. All they are aged, being 40% between 76 and 80 years. 87% are pensioners and inhabit in proper housings quit or financed and 67% of them live in familiar group of up to 5 people. 73% have familiar income of a minimum wage; being 80% illiterates. The chronic-degenerative illnesses prevail, and each patient has at least three pathologys associates. They are most common: High pressure, sequels of AVC, and diabetes mellitus II. Main the therapeutical ones indicated they are well-taken care of preventives, stomatherapy and antihypertensives. The PID has space defined physicist, multiprofessional team and exclusive transport. It liberates one average of 3 itens of support/patient, being most common, bed, mattress e medicines. In 2004, the disconnection tax was 0%, the tax of mortality 4%, e 16 of the 350 patients had only passed for hospital re-internment for complication of the clinical picture. 98% of the patients had expressed full or reasonable satisfaction with the PID. One still perceived, that the hospital internment costs about 5 times more than the domiciliary internment in Maracanaú. The multiprofessional attention, the joint planning of the care and the paper of family in the care, had been identified as elements that signal domiciliary internment as strategy for paradigm in addition of the model hospitalocêntrico Concluded that the necessary PID to establish protocols, to improve communication technology, but although gaps, constitute a space for construction of a work that allows the creation of bonds, completeness and systematization of the actions. Soon, it is advisable the realities fellow creatures, therefore generate economic and social benefits

## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar .....	15
1.2 Justificativa do Estudo.....	25
1.3 Objetivos do Estudo.....	27
1.3.1 Objetivo Geral.....	27
1.3.2 Objetivos Específicos.....	27
<b>2 O PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (PID) DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ.....</b>	<b>28</b>
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>34</b>
3.1 Definição do Objeto de Estudo.....	34
3.2 Delineamento do Estudo.....	37
3.3 Campo de Estudo.....	44
3.3.1 Perfil do Hospital Municipal de Maracanaú.....	44
3.4 Instrumentos de Coleta dos Dados.....	47
3.5 Logística do Estudo.....	49
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
4.1 Perfil Sócio-Econômico e Epidemiológico dos Usuários do PID / Maracanaú.....	51
4.2 Funcionamento do PID/Maracanaú.....	55

4.3 Elementos que sinalizam a Internação Domiciliar como estratégia para a mudança da atenção à saúde.....	59
4.4 Discussão.....	60
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>73</b>
Programa de Internação Domiciliar do Hospital Municipal de Maracanaú.....	74
<b>APÊNDICES</b>	<b>86</b>
Instrumentos de Coleta de Dados:	
Itens de Verificação de Prontuários.....	87
Roteiro de Entrevista com Pacientes do Programa.....	88
Verificação da Satisfação dos Pacientes do Programa.....	89
Roteiro de Entrevista com Profissionais do Programa.....	90
Roteiro de Entrevista com Gestores do Programa.....	91
Itens de Verificação de Estatísticas de Internação na Clínica Médica-HMMc.....	92
Itens de verificação dos custos mensais: Internação Hospitalar x Internação Domiciliar.....	93

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Modalidade de pacientes atendidos pela Internação Domiciliária.....	23
Gráfico 1	Nº de pacientes atendidos pelo PID em 2003.....	29
Figura 1	Fluxograma de atendimento para admissão de paciente no PID.....	32
Quadro 2	Modelo do quadro utilizado para comparação dos dados referentes aos custos com internação hospitalar e internação domiciliar.....	39
Quadro 3	Indicadores do Programa de Internação Domiciliar /2004.....	43
Figura 2	Imagem do Hospital Municipal de Maracanaú – década de 50	44
Gráfico 2	Nº de pacientes atendidos pelo PID/2004.....	51
Gráfico 3	Origem dos encaminhamentos de pacientes para o PID em 2004.....	52
Gráfico 4	Distribuição dos pacientes estudados por faixa etária.....	52
Gráfico 5	Distribuição dos pacientes por grau de escolaridade.....	53
Gráfico 6	Terapêutica utilizada nos pacientes estudados.....	54
Quadro 4	Resultados dos indicadores de avaliação do PID/2004.....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Média de internações realizadas/mês por Clínica, e respectivos indicadores de produtividade hospitalar.....	45
Tabela 2	Média de atendimentos ambulatoriais realizados/mês, por especialidade.....	46
Tabela 3	Provimento econômico e situação de moradia dos pacientes do PID/2004.....	53
Tabela 4	Diagnósticos dos pacientes do PID/2004.....	54

## LISTA DE SIGLAS

EUA	Estados Unidos da América
HMMc	Hospital Municipal de Maracanaú
MS	Ministério da Saúde do Brasil
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde – SUS 01/2001
PID	Programa de Internação Domiciliar
PSF	Programa Saúde da Família
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde – Brasil
PMMc	Prefeitura Municipal de Maracanaú

# 1 INTRODUÇÃO

À luz de teorias diferentes, pretende-se delinear um mapeamento do campo de estudo dos temas desta pesquisa, apontando para a tensão que existe na definição dos seus conceitos, no seu uso e aplicabilidade. Esta é uma condição para a descoberta da possibilidade de usar as categorias implícitas na problematização do objeto desse estudo, como ferramenta analítica para melhor compreensão da realidade tomada como referência.

Para o desenvolvimento desse estudo, tomou-se pois, dentre outras noções e conceitos periféricos, as seguintes categorias de análise: assistência domiciliar e internação domiciliar.

Segundo Demo (1981), há premissas gratuitas, hipóteses vagas e tendência ao exagero de dados favoráveis, ao passo que não existem realidades totalmente desvendadas, e sempre existem pontos obscuros. Assim, toda obra é, por definição, apenas um ensaio.

Espera-se contudo, na captação da complexidade de um serviço de saúde, sobretudo de uma área singular como a internação domiciliar, possibilitar uma aproximação, pelo menos intencionalmente responsável, com as entrelinhas desse campo do saber.

## 1.1 Assistência Domiciliar e Internação Domiciliar

É possível prestar assistência à saúde da população, sem que ela necessariamente tenha que se locomover até às unidades de saúde ou se submeter à internação hospitalar.

Desde os tempos bíblicos se atende pacientes em domicílio. O Velho Testamento traz registros de recomendações aos Hebreus, para o cuidado a doentes e puérperas em suas residências. Há registros pelos rabinos, de que os judeus deveriam visitar doentes, como demonstração de solidariedade e compaixão aos seus sofrimentos. O Novo Testamento traz referências sobre a assistência a doentes e idosos em seus lares. Neste período, no entanto, não havia uma metodologia assistencial, e sim, sentimentos de caridade e solidariedade aos doentes. (Duarte e Diogo, 2001)

Há controvérsias quanto ao período de início das atividades de internação domiciliar no mundo. Há consenso, no entanto, entre a maioria dos estudiosos, no que concerne ao local de origem desses serviços: Estados Unidos da América. (Duarte e Diogo, 2001)

A partir do século XVIII, com o surgimento dos primeiros hospitais de caráter comunitário e laico, a assistência domiciliar passa a conviver com o atendimento hospitalar.

De acordo com o pensamento de Mendes Junior (2001), até o século XX a assistência domiciliar era prestada pelos médicos em caráter individual. O financiamento deste tipo de atendimento era do próprio usuário, mediante pagamento direto. Culturalmente, as mulheres sempre tiveram o papel de cuidadoras de seus familiares. Data do século XIX, através da Sociedade Beneficente de Charleston, nos Estados Unidos da América, estado da Carolina do



Sul, o primeiro registro de uma atuação organizada na assistência domiciliar (Dieckmann, 1997).

Mendes Junior (2001) destaca que essa modalidade de assistência ganha relevância com as mudanças introduzidas por Florence Nightingale, na Inglaterra, a partir da formação das enfermeiras dos Estados Unidos, quando foi criada a Visiting Nurses Association, que congregou as várias empresas de assistência domiciliar do início do século XIX, as quais prestavam cuidados tanto às famílias ricas como as comunidades pobres. As famílias ricas pagavam taxas, que somadas à doações, compunham o fundo de financiamento dos serviços prestados às camadas pobres da população.

O século XIX também foi marco do caráter preventivo da assistência domiciliar, através do trabalho realizado pelas enfermeiras da área de saúde pública, criada em decorrência do alto índice de indivíduos acometidos por doenças infecto-contagiosas. Percebeu-se que as ações domiciliares eram mais efetivas para o controle das epidemias do que métodos tradicionais à época, como a quarentena. (Mendes Junior, 2001)

O Hospital de Montefiori, em Nova York, foi palco das primeiras experiências de assistência domiciliar como extensão do hospital, no ano de 1947. Dessa forma, pacientes começaram a ser tratados em casa, por equipes especializadas, após a alta hospitalar. Importantes questões foram levantadas à época, pelo retorno precoce do paciente ao lar. Pela primeira vez, uma ação de assistência domiciliar não fora desenvolvida pelas agências específicas, tradicionais, deste tipo de atenção. (Mendes Junior, 2001)

Na segunda metade do século XX, ano de 1965, o estado da Califórnia, no contexto da política de “guerra à pobreza”, estratégia política para superação da grande depressão dos anos 30, criou o Medicare, o programa oficial do governo

mais importante no financiamento da assistência domiciliar em saúde, o qual era composto por duas partes: uma, de adesão obrigatória (financiada pela contribuição compulsória de folha de pagamento), contemplando a hospitalização; outra, de adesão voluntária (financiada pelos impostos e prêmios pagos pelos trabalhadores), contemplando serviços de diagnóstico e terapia, transporte, transplantes e serviços domiciliares (Noronha e Ugá, 1995)

Além disso, outro fator contribuiu ao desenvolvimento dessa modalidade de atenção em saúde, a partir da década de 60. Os custos de atendimento médico-hospitalar tiveram crescimento muito maior que a receita, em todas as áreas, quer na saúde pública ou privada, no atendimento ambulatorial ou hospitalar, devido ao encarecimento dos métodos diagnósticos, medicamentos e sobretudo custos com cuidados durante a hospitalização. Surge então, como alternativa à internação hospitalar tradicional, o atendimento médico-domiciliar com o propósito inicial de prestar atenção médica àqueles que necessitavam de cuidados intensivos, porém com condições de serem realizados em seu domicílio. Assim, poderiam ser reduzidos, o tempo de internação, os riscos de complicações secundárias (em especial as infecções hospitalares), bem como os custos advindos do tempo de permanência no hospital (Nakagawa, 2003)

Não obstante, o financiamento governamental através do Medicare, impulsionou o mercado para esta modalidade de atenção em saúde no país. Da atenção exclusiva à pessoas idosas inicialmente, os serviços foram estendidos para outros procedimentos, inclusive em pessoas jovens. Ao final do século XX, mais de 20.000 organizações de assistência domiciliar davam cobertura a mais de oito milhões de pacientes por ano, nos Estados Unidos (Internet: <http://www.nahc.org/consomer/hestats.html/>, em 08/02/2005)

No Brasil, não há registros formais das origens da assistência domiciliar. A reduzida fonte bibliográfica encontrada, nos sinaliza alguns fatores que podemos considerar como diferenciais em comparação com as origens norte-americanas

desta modalidade de atendimento: se nos Estados Unidos, a assistência domiciliar teve origem comunitária, e forte presença da enfermagem através do atendimento individualizado, no Brasil, o Estado é que parece ter induzido esta atividade, e a presença da enfermagem nos domicílios, visava o controle da cadeia de transmissão das doenças infecto-contagiosas. (Mendes Junior, 2001)

Monteiro e Monteiro (2000) destacam que no Brasil, os motivos que ocasionaram o uso desta forma de atenção, são similares aos Estados Unidos: altos custos com internação hospitalar e necessidade de leitos hospitalares.

Conforme advoga Mendes Junior (2001), provavelmente a primeira atividade planejada de assistência domiciliar em nosso país, foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949, no Rio de Janeiro, por exigência dos Sindicatos dos Trabalhadores de Transportes Marítimos, insatisfeitos com o atendimento de urgência vigente. Importante ressaltar que o SAMDU contemplava visitas domiciliares regulares por médicos, à pacientes com doenças crônicas, dentre elas insuficiência cardíaca, diabetes, obstrução das vias urinárias e outras afecções.

O autor destaca ainda que conforme o documento “Memória do Serviço de Assistência Domiciliar”, escrito por Dr. Adalberto Domingues Pedro, médico que trabalha no setor de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo desde a sua fundação, o Serviço foi implantado naquela Unidade em 1967, visando atender pacientes com doenças crônicas. Esse serviço existe até os dias atuais, somando uma experiência de mais de 30 anos. Certamente foi o pioneiro em assistência domiciliar vinculada à hospitais no país. Segundo Pedro, citado por Mendes Junior (2001:35),

“Em 1967 a administração imaginou que a AD (Assistência Domiciliar) fosse o prolongamento do tratamento hospitalar e poderia permitir a alta precoce dos doentes internados, diminuindo seu tempo de permanência e,

em decorrência, ampliando a capacidade de internação. Já naquela época havia problema de vagas.”

Havia já definido naquele serviço, as condições para ingresso do paciente no serviço, as quais muito têm em comum com os critérios utilizados nos dias de hoje, pelos serviços de assistência domiciliar, tais como: pacientes crônicos passíveis de acompanhamento em domicílio; convalescentes que não necessitavam de assistência médica e de enfermagem diariamente; portadores de enfermidades de evolução prolongada, necessitando principalmente de repouso; e pacientes provenientes dos serviços de ortopedia e cirurgia, que pudesse se restabelecer em seus domicílios, bem como pacientes com enfermidade ou condição social que impossibilitasse ou dificultasse sua vinda até o Hospital.

Para acesso ao serviço, a triagem dos pacientes era realizada por um(a) Assistente Social, mediante avaliação das condições de habitação, disponibilidade da família para cuidado domiciliar ao paciente e proximidade da residência. As principais patologias dos pacientes atendidos pelo serviço até o ano de 1992, eram as seguintes: neoplasias, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

As outras iniciativas de implantação de serviços de assistência domiciliar no Brasil são mais recentes, estando presentes em hospitais públicos, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, empresas de grande porte da área automobilística e empresas específicas de assistência domiciliar.

Mendes (1996) afirma que "é necessário ir construindo, na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica". Assim, para que haja mudanças na qualidade da prestação de serviços, fazem-se necessárias novas formas de atuação e novos espaços e processos de trabalho que incluam: hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o auto-

cuidado, tudo isso incorporando os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades.

A internação domiciliar é sinônimo da prestação de serviços de saúde, como coleta de exames laboratoriais, informações, orientações gerais e aconselhamento aos pacientes e seus familiares. Contempla ainda, tratamentos e/ou terapias de reabilitação ou medicamentosa; serviços médicos e de enfermagem; suporte de nutrição enteral e parenteral no domicílio do paciente que, após ultrapassada a fase aguda que ocasionou a internação hospitalar, pode receber seguimento do cuidado no ambiente domiciliar. (Monteiro e Monteiro: 2000)

Assim, os serviços de saúde prestados através da internação domiciliar devem incluir o apoio logístico necessário ao seu desenvolvimento, através do fornecimento (sob empréstimo) de: cama hospitalar, suporte de soro, cadeiras de rodas e para banho, bombas de infusão, respirador, nebulizador cilindros de O<sub>2</sub> e ar-comprimido, materiais descartáveis, medicamentos, dietas enterais e parenterais, transporte de paciente, etc.

Monteiro e Monteiro (2000) destacam que esta nova modalidade de atenção além de reduzir custos, proporciona relevantes vantagens para pacientes, familiares, profissionais e agências financiadoras da mesma. E como benefícios da internação domiciliar, apontam: diminuição do número de diárias hospitalares; menores custos unitários dos serviços (serviços determinados caso a caso, não requerendo estrutura completa em pessoal e equipamentos, como a estrutura hospitalar predispõe); benefícios de difícil mensuração, como satisfação dos clientes (pacientes e familiares); retorno do paciente à vida social e econômica; participação da família no tratamento; tendência a uma recuperação mais rápida; diminuição dos riscos de infecção hospitalar. Dessa forma, esta modalidade de atenção pressupõe a atuação de equipe multidisciplinar de saúde.

Assim, percebe-se que a estrutura hospitalar convencional em termos de suporte médico, de enfermagem, fisioterápico e medicamentoso, é oferecida ao paciente, em seu domicílio, com segurança, comodidade, contribuindo ao seu bem-estar e aceleração de sua recuperação (Monteiro e Monteiro, 2000)

De acordo com a Portaria Nº 2.416 de 23/03/1998 do Ministério da Saúde do Brasil:

“A internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital e a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família, favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares.”

Segundo Cotta (2001), a internação domiciliar é uma atividade inovadora, que favorece a transferência do paciente do hospital ao entorno familiar, sendo seus principais objetivos, melhorar a atenção ao paciente e promover a utilização mais eficiente dos recursos.

Nestes termos, a internação domiciliar rompe com o esquema clássico de atenção hospitalar tradicional, e está voltada à pacientes que necessitam de atenção especializada, sem necessariamente estarem dentro de um hospital, e que se encontram em situação de passarem a ser atendidas em regime ambulatorial. As principais características que diferem essa modalidade assistencial das demais formas de atenção em domicílio, são a fonte de financiamento e o perfil dos pacientes.

De acordo com o Programa de Internação Domiciliar do Hospital Municipal de Maracanaú (2004: 04),

“a internação domiciliar “é uma das modalidades de assistência domiciliar que pode ser definida como uma prestação de serviço de saúde às pessoas de qualquer idade em seus domicílios... .Começa a ser mais utilizada devido a crescente demanda nas unidades hospitalares, principalmente por pacientes idosos portadores de doenças crônicas, levando a superlotação com conseqüente queda da qualidade dos serviços, e elevação dos custos hospitalares”.

O Public Health Service, nos Estados Unidos, define o atendimento domiciliário como um componente do continuum do cuidado à saúde por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seus locais de residência com o objetivo de “promover, manter ou restaurar a saúde; maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo as sem perspectiva terapêutica de cura” (Marrelli, 1997:23)

Já Carletti e Rejani (1996:47) definem atenção domiciliária como:

“O serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.”

Segundo Protnow e Samuels (1994), o atendimento domiciliário é uma estratégia de atenção à saúde que engloba o fornecimento de um tratamento médico residencial padronizado, além de enfatizar a autonomia do paciente e a busca de resgate de suas habilidades funcionais em seu próprio ambiente. Envolve o planejamento, a coordenação e fornecimento de vários serviços.

Para Monteiro e Monteiro (2000), estudos realizados recentemente em todo o mundo demonstram a melhoria da qualidade de vida e satisfação dos pacientes da internação domiciliar, sobretudo aqueles idosos, crônicos e de baixo nível sócio-econômico, com esta modalidade de atendimento. De modo geral as empresas de Home Care prestam serviços domiciliários a pacientes nos seguintes casos, conforme a tabela 1, a seguir:

### Quadro 1- Modalidades de pacientes atendidos pela Internação Domiciliária

Situação do paciente	Origem diagnóstica	
Pacientes pós-operatórios e clínicos	Cardiopatias Geriatria Nefropatias Pneumopatias Transplantados Pediatria	Ortopedia Imunodeprimidos Doenças crônico-degenerativas Neoplasias Vasculopatias Moléstias infecto-contagiosas
Pacientes de Terapias Específicas	Oxigenoterapia Ostomia Terapia Nutricional Terapia medicamentosa	Fisioterapia Tratamento da dor crônica Fototerapia Cuidados e orientações com cateteres, sondas

**Fonte:** Monteiro e Monteiro (2000)

De acordo com Levcovitz e Garrido (1996), pode-se verificar que muitos dos serviços de assistência domiciliar estão dividindo sua forma de assistência basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar:

- Visita domiciliar pode ser entendida como atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente onde vive, para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do usuário e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio.
  
- Por atendimento domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do usuário, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio, e a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com a complexidade do cuidado requerido.
  
- Internação domiciliar são atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do usuário, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se



ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini-hospital). Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio.

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

Conforme Freitas et al (2000), as vantagens com relação a essa modalidade de assistência são várias. Há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais. Ainda pode ser levado em consideração outro benefício muito importante, porém de difícil mensuração, que seria a satisfação do usuário/paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar.

Para fins de homogeneização de linguagens, vale ressaltar que para o Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, “domiciliar” significa dar domicílio, fixar residência ou domicílio; e “domiciliário” significa relativo à domicílio, feito no domicílio. Corroborando com esta conceituação, Duarte e Diogo (2001) destacam que os programas de saúde voltados ao atendimento na residência dos pacientes devem ser mais apropriadamente chamados de “domiciliários”.

Assim sendo, para a realização deste trabalho, considere-se os termos domiciliar ou domiciliário, para falar de atenção em saúde no domicílio dos pacientes, observando que o objeto de estudo em foco, é o Programa de Internação Domiciliar do Hospital Municipal de Maracanaú.

## 1.2 Justificativa do Estudo

O modelo de atenção ou modelo assistencial é o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las. (Campos, 1989). Assim, pensar em modelo assistencial implica uma análise crítico-reflexiva sobre todos os espaços e sobre a organização das tecnologias utilizadas, as relações de trabalho, a organização e gestão das ações. Implica, também, revisar o conceito de saúde e os determinantes históricos e culturais que incidem sobre as intervenções técnicas e sobre os problemas e necessidades de saúde da população.

O modelo de atenção à saúde ainda hegemônico na nossa sociedade prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias. (Mendes, 1996)

De acordo com Teixeira (2002), a discussão sobre o modelo assistencial requer dos profissionais de saúde a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Assim, a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado.

A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família, o

Programa de Internação Domiciliar (PID) e os espaços para cuidados paliativos apontam-se como estratégias para a diminuição dos custos hospitalares, para a humanização da atenção, para a diminuição de riscos, bem como para ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde. (Freitas e Bittencourt, 2000)

Em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei nº 10.424 que estabelece, no âmbito do SUS, as normas para atendimento através de Programas de Internação Domiciliar (PID). Essa Lei inclui, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio.

O Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e a situação da família permitirem. (Portaria nº 1892/1997 – MS)

Assim, o estudo justifica-se por entender-se que o Programa de Internação Domiciliar (PID) representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção. Entende-se que a análise dos programas em funcionamento pode contribuir para a definição de políticas públicas de saúde rumo à efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscou-se conhecer e analisar essa realidade, partindo do pressuposto de que a experiência de municípios brasileiros que implantaram os PIDs oferece subsídios para a discussão sobre políticas públicas de saúde relacionadas a esse

Programa e serve como exemplo a outros municípios que optem por implantar esta modalidade de atenção.

### **1.3 Objetivos do Estudo**

#### 1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar o funcionamento do Programa de Internação Domiciliar do Hospital Municipal de Maracanaú – PID/HMMc.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos:

- Delinear o perfil sócio-econômico e epidemiológico dos usuários do Programa
- Identificar elementos que sinalizam a inserção do Programa como estratégia para mudança da atenção à saúde no município de Maracanaú – Ceará;
- Subsidiar a discussão sobre políticas públicas de saúde para a implantação de PIDs em realidades semelhantes

## **2 O PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (PID) DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ**

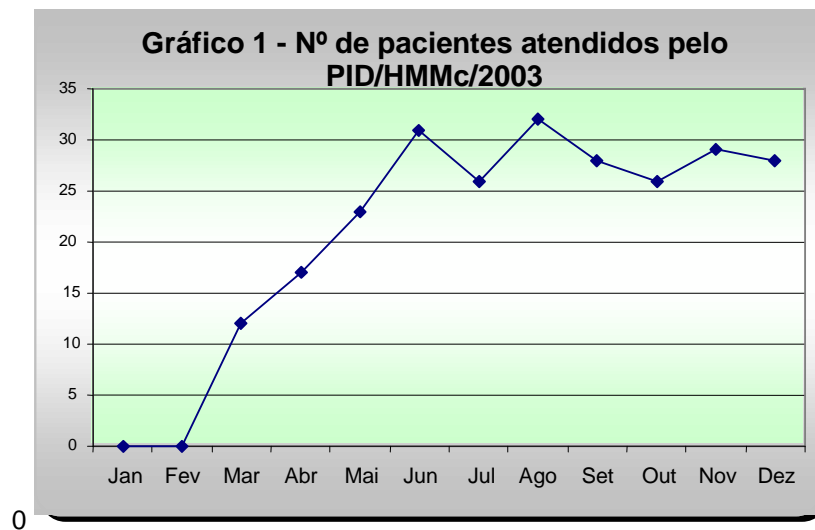
Segundo os gestores entrevistados, no intuito de otimizar o atendimento de internação em Clínica Médica a partir do aumento da oferta de leitos disponíveis, reduzir os custos de internação por paciente, bem como proporcionar melhor bem-estar e sobrevida aos pacientes portadores de enfermidades crônicas: insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, diabetes e hipertensão arterial em estágio avançado e pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação, além daqueles portadores de neoplasia em fase terminal, é tomada a decisão de implantar, a partir de março de 2003, o Programa de Internação Domiciliar como serviço complementar ao Hospital Municipal de Maracanaú.

Desse modo, o Programa começa a funcionar de forma precária, sem normatização ou definição de critérios de inclusão de pacientes, com uma equipe mínima formada por um médico, uma enfermeira e uma assistente social. No entanto, um dos propósitos foi sempre muito claro: promover a desospitalização de pacientes potencialmente cuidáveis em seus domicílios, e que estariam até aquele momento, ocupando um leito hospitalar (clínica médica) que poderia estar sendo utilizado por alguém que realmente necessitasse de cuidados hospitalares, considerando-se a elevada demanda por esta especialidade.

Assim, o Programa de Internação Domiciliar (PID) surge como alternativa à internação hospitalar tradicional, com o intuito de prestar atenção à saúde de pessoas que necessitam de cuidados intensivos, porém em condições de serem realizados na sua própria casa. Com isso, poderia ser reduzido o tempo de internação, diminuído os riscos de complicações secundárias a ela, em especial infecções hospitalares, assim como os custos oriundos do tempo de permanência no hospital.

A nomenclatura “Interação Domiciliar” deu-se em decorrência das exigências da Portaria 2.416/1998/MS, que regulamenta esta modalidade de atendimento no Brasil. Não se podia ou devia iniciar uma atividade fora do que se propunha o MS, agente regulador e financiador da mesma.

Março de 2003 foi o marco inicial das atividades do PID no Hospital Municipal de Maracanaú. O Programa admitiu 12 pacientes, dos quais, 08 até então internos na Clínica Médica da Instituição, liberando esta quantidade de leitos hospitalares para a referida especialidade. Os outros 04, sob encaminhamento do Programa de Saúde da Família (PSF). Durante o ano de 2003, o PID atendeu a 252 pacientes, sendo visível uma demanda ascendente pelo mesmo, conforme mostra o gráfico 1.



Fonte: HMMc/2003

No entanto, durante todo o ano de 2003, o PID funcionou sem definição clara de normas de funcionamento, como por exemplo, os critérios de definição para inclusão e alta do paciente no Programa, o que deu abertura para encaminhamentos indevidos de pacientes pelas equipes de Saúde da Família do município, fazendo com que o PID desviasse sua atuação do objetivo primordial de dar suporte ao atendimento domiciliar de caráter secundário, como complemento à desospitalização.

Após o primeiro mês de funcionamento do Programa, distorções tornaram-se visíveis por parte do PSF com relação ao mesmo. Desta feita, alguns pacientes que necessitavam de atendimento domiciliar de caráter primário foram encaminhados ao Programa e admitidos, resultando ao final de 2003, em 73% de encaminhamentos pela rede básica, em contrapartida a 27% pelo hospital.

Tornara-se evidente e emergente a necessidade de normatização do Programa, bem como a busca de maior integração da equipe com os profissionais do PSF, com o fim de informar e compartilhar dos objetivos do Programa e critérios de admissão de pacientes.

Após várias reuniões entre os profissionais do Programa e gestores do Hospital, foi elaborado e aprovado o Manual de Normas e Rotinas do PID-HMMc, no início de 2004. Com o objetivo macro de “Prestar um serviço de saúde no domicílio do paciente, promovendo, mantendo ou restabelecendo a saúde ou minimizando os efeitos de enfermidades e inaptidões”, o Programa traz como objetivos específicos (Manual de Normas e Rotinas-PID/HMMc/Maracanaú-2004):

“Humanizar o atendimento, proporcionando conforto e segurança aos usuários, contribuindo para melhorar a qualidade de vida;  
Proporcionar ao paciente o retorno ao convívio familiar;  
Otimizar a utilização dos leitos hospitalares;  
Reduzir riscos de infecção hospitalar;  
Contribuir para a racionalização de gastos públicos.”

A normatização (Manual de Normas e Rotinas/PID/HMMc-2004) do Programa apresenta também seu público-alvo:

“Pacientes acamados, portadores de enfermidades crônicas: insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, diabetes e hipertensão arterial; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação e pacientes portadores de neoplasia em fase terminal. Ou ainda pacientes acamados necessitando de cuidados específicos de estomaterapia. “

Desse modo, a equipe de profissionais do PID reavalia os pacientes até aquele momento acompanhados pelo Programa, contacta profissionais da rede

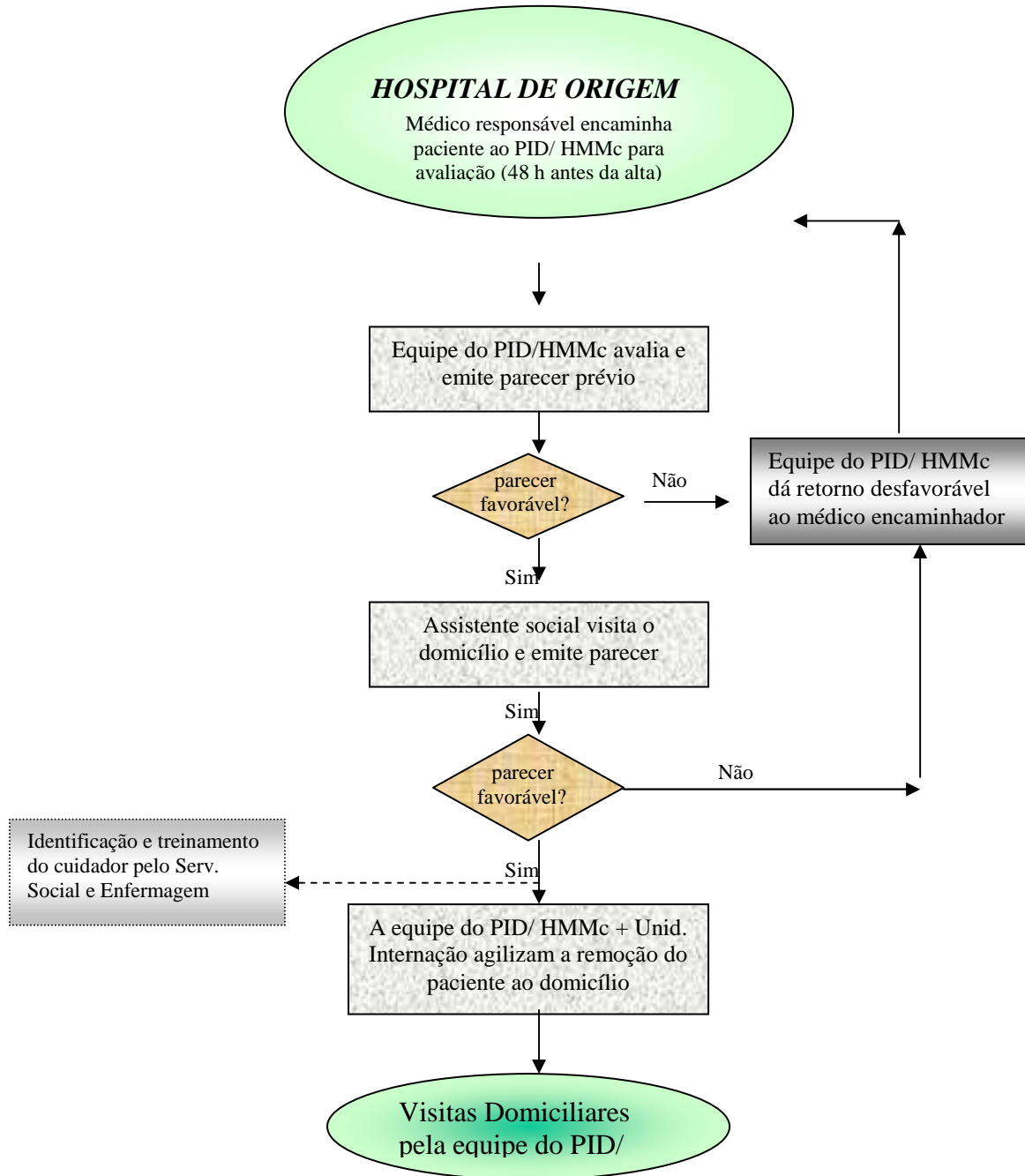
básica e inicia paulatinamente o desligamento daqueles que ali estavam indevidamente, bem como seu encaminhamento para o Serviço mais indicado, na maioria dos casos, o Programa de Saúde da Família do município. A partir de então, as admissões seguem os critérios da Norma do Programa (2004), atendendo recomendações da Portaria Ministerial respectiva, quais sejam:

A internação domiciliar só pode ser realizada após uma internação hospitalar e suas causas devem estar relacionadas,  
Somente serão atendidos pacientes residentes em Maracanaú, que disponham de cuidador/responsável orientado e esclarecido,  
A internação hospitalar que precede a internação domiciliar deve ter duração mínima de pelo menos a metade do tempo médio estabelecido para o procedimento realizado,  
A internação domiciliar só pode ser realizada após a avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio, com antecedência mínima de 48 horas antes da alta hospitalar,  
As condições familiares, domiciliares e do cuidado ao paciente devem ser avaliadas por membro da equipe de saúde que expedirá um laudo específico de autorização. A internação domiciliar deverá ter anuência da família e também do paciente, se possível.”

A normatização do Programa veio somar esforços para a organização das ações peculiares aos mesmos. Uma importante providência foi a definição dos critérios de admissão de pacientes no PID, bem como do fluxograma deste procedimento, conforme o que se segue:



**Figura 1: Fluxograma de Atendimento para admissão de paciente no PID/HMMc**



Fonte: Manual de Normas e rotinas do PID-HMMc (2004), com verificação in loco através de entrevistas com profissionais do Programa e acompanhamento de um processo de admissão de paciente

Um grande salto de qualidade é dado pelo PID. A equipe formada por um médico, uma enfermeira e uma assistente social, é agregada por um fisioterapeuta com horário definido para o Programa, bem como uma secretária para a sala do PID, um motorista e um veículo novo, específicos para o Programa, melhorando

sensivelmente as condições de trabalho e locomoção dos profissionais aos domicílios, bem como dos pacientes para vinda ao hospital em caso da necessidade de urgências, de realização de exames de rotina ou avaliação por médico de outra especialidade. Além disso, é agregado ao PID, um profissional especialista em estomaterapia, para a realização de curativos especiais em seus domicílios, como suporte ao tratamento medicamentoso.

A partir deste contexto, é que se inseriu a investigação a que se propôs este trabalho, a qual analisou o funcionamento do Programa de janeiro a dezembro do ano de 2004.

### **3 METODOLOGIA DA PESQUISA**

A metodologia de pesquisa é muito mais do que a soma ou aplicação de técnicas para uma determinada análise. Conforme a própria etimologia da palavra, trata-se antes de mais nada, de reflexão e estudo sobre o método. Assim, cada discussão metodológica é uma possibilidade de análise e redefinição dos caminhos a serem utilizados em pesquisa a partir de questões suscitadas pelo pesquisador, os grupos de implicados e o próprio objeto da análise.

Minayo (1994:16)) define metodologia como “... o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Assim, as concepções teóricas de abordagem, bem como as técnicas que possibilitam a análise e construção da realidade, fazem parte da metodologia da pesquisa.

#### **3.1 Definição do Objeto de Estudo**

Sabe-se que a pesquisa científica baseia-se no confronto permanente entre o conhecimento e a ignorância, entre as categorias científicas e as estruturas da realidade, sendo portanto o campo científico, caracterizado por conflitos, dilemas e contradições. Até que ponto existe uma correspondência ontológica entre as teorias científicas e a realidade social?

Para Minayo (1994:13), dizer que o objeto das Ciências Sociais é histórico, significa

“ que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social.”

Desse modo, tanto o investigador como as pessoas, os grupos, as sociedades, as instituições que se tornam objeto do conhecimento, atribuem significado e intencionalidade às suas ações, dando sentido à construção do conhecimento, uma vez que as estruturas sociais são o resultado das ações objetivadas pelos sujeitos.

De acordo com Demo (1981), é no contexto de uma totalidade de mútuo condicionamento e recíproca necessidade, que ocorre a relação entre sujeito e objeto, não existindo pois, realidade pura, evidente, nem sujeito objetivo, mas um constante dilema entre duas dimensões contrárias e inseparáveis.

Faz-se ainda importante considerar-se o reconhecimento de que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, sendo a realidade social, em si, a própria dialética da vida individual e coletiva com infinitos significados daí decorrentes.

Logo, essa realidade é sempre mais complexa do que qualquer pensamento que se possa expressar sobre ela, sendo portanto, o conhecimento, uma busca inesgotável de aproximação com a essencialidade do real. De acordo com Minayo (1994:15),

“As Ciências Sociais possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória”

Demarcados os fundamentos teóricos que embasam a trilha metodológica desta investigação, procede-se com a explanação propriamente dita, do objeto de estudo.

Partindo-se de algumas curiosidades apontadas pela vivência enquanto membros da equipe diretiva do HMMc, responsável pela implantação do Programa de Internação Domiciliar(PID), algumas perguntas foram sendo delineadas, no intuito de melhor definir este objeto de investigação.

Considerando os Programas que promovem a desospitalização enquanto tendência mundial de atenção em saúde nos dias atuais, bem como proposta inovadora para o Sistema Local de Saúde do município de Maracanaú, ao promover a quebra de paradigmas de modelo hospitalocêntrico ainda vigente, teve-se a intenção de suscitar, a priori, a seguinte questão: **Qual o perfil sócio-econômico e epidemiológico dos usuários do Programa? Quais elementos sinalizam a Internação Domiciliar como estratégia para a mudança da atenção à saúde no município de Maracanaú?**

E num recorte mais amplo do objeto de pesquisa, perguntou-se: **Que resultados da análise do PID de Maracanaú podem contribuir à discussão sobre políticas públicas de saúde para a implantação de PIDs em realidades semelhantes?**

### 3.2 Delineamento do Estudo

Para compreender o modelo do Programa de Internação Domiciliar, optou-se por um estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Tendo por finalidade identificar e registrar ordenadamente os dados relativos ao objeto de estudo, analisou-se o funcionamento do Programa, o perfil sócio-econômico e epidemiológico de seus usuários, e questionou-se se a proposta de internação domiciliar representa um referencial na mudança de paradigma da atenção à saúde no município de Maracanaú.

A amostragem utilizada para a realização deste trabalho, foi do grupo das não probabilísticas: amostragem por acessibilidade, a qual, segundo Gil (1994:97), “é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo”. Por ser um tipo de amostragem onde não é requerido, segundo o autor, elevado nível de precisão, foi considerado viável e oportuno para fins desta pesquisa. Desse modo, para a coleta de dados quantitativos, lançou-se mão dos 350 prontuários dos pacientes atendidos pelo Programa no ano de 2004; e para a coleta de dados qualitativos, entrevistou-se 16 sujeitos sociais envolvidos com o Programa.

Visando analisar os dados quantitativos, obtidos através da análise de documentos como prontuários dos pacientes, estatísticas de produtividade do hospital e normatização do PID, foram desenvolvidas as seguintes tarefas, com base em Marconi e Lakatos (1986):

1º) Estabelecimento de categorias: utilizaram-se as categorias sexo, idade, escolaridade, ocupação, tipo de habitação e número de membros do grupo

familiar, unidade, custo unitário, custo total, dentre outros, para classificar os dados encontrados;

2º) Codificação: foram atribuídos códigos numéricos às categorias eleitas, a fim de resumir a apresentação dos dados;

3º) Tabulação: os dados foram distribuídos em tabelas para verificar as relações que apresentavam entre si, bem como o número de casos encontrados para cada categoria;

4º) Montagem de Folha-sumário: após a categorização, codificação e tabulação de todos os questionários, os dados foram condensados da forma mais reduzida possível, montando-se uma folha-sumário para cada questionário

5º) Distribuição de frequência: utilizaram-se frequências absolutas e relativas para apresentação das ocorrências de cada evento, através de tabelas simples e gráficos, usando o Microsoft Excell e Word.

6º) Interpretação: discutiram-se os resultados obtidos, mediante comparação dos achados com o referencial teórico, estabelecendo-se relações entre a teoria e a prática, o geral e o particular.

Quanto ao fator custo, é importante destacar que para o cálculo dos custos com pacientes internados no hospital e no domicílio, tomou-se como amostra:

- para a internação hospitalar: 13 pacientes internados com pelos menos 30 dias de permanência no ano de 2004 (permanência única ou subdividida em três ou quatro internações no ano), e com patologia de hipertensão, diabetes mellitus, AVC ou neoplasia, sendo a escolha desses pacientes, aleatória;
- para a internação domiciliar: os 13 pacientes ou cuidadores entrevistados, tomando como período de estudo, 30 dias de internação no domicílio.

O método utilizado foi o de custo padrão, em que foram estabelecidos os componentes da internação, tanto hospitalar como domiciliar, utilizando-se um quadro comparativo.

**Quadro 2 – Modelo do quadro utilizado para comparação dos dados referentes aos custos com internação hospitalar e internação domiciliar**

Internação hospitalar					Internação domiciliar				
Componente	Unid.	Quant. 30 dias	Custo unitário	Custo total	Componente	Unid.	Quant. 30 dias	Custo unitário	Custo total
Equipe técnica					Equipe técnica				
Material médico-hosp. e medicament					Material médico-hosp. e medicament				
SADT					SADT				
Custos administrativos					Custos administrativos				

- Componente 1 – equipe técnica: somatório de horas trabalhadas em 30 dias pelos profissionais, tanto na internação hospitalar como na domiciliar, e cálculo do custo dessas horas, por categoria profissional, considerando-se os encargos trabalhistas, previdenciários e sociais.

$$\text{Qtde. de horas de trabalho/categoria} \times \text{valor da hora} = \text{custo total por profissional no período}$$

- Componente 2 – material médico-hospitalar e medicamento: levantamento dos materiais e medicamentos utilizados pelos pacientes em internação hospitalar e em internação domiciliar, e cálculo dos custos com base no valor de compra desses produtos, pelo Hospital.

$$\text{Valor da unidade utilizada} \times \text{qtde. utilizada} = \text{custo total com materiais e medicamentos no período}$$

- Componente 3 – SADT (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia)- levantamento dos exames realizados pelos pacientes estudados, e cálculo do custo destes exames, com base na Tabela SAI/SUS.

$$\text{Valor dos exames realizados} \times \text{qtde. de exames} = \text{custo total com exames no período}$$



- Componente 4 – custos administrativos – considerou-se um percentual de 15% sobre o custo total dos pacientes no período, em cada modalidade de internação (hospitalar e domiciliar), para fins de possível cobertura de despesas com serviços administrativos necessários ao cuidado do paciente (xerox de documentos, impressos hospitalares), bem como despesas com infra-estrutura, roupa e alimentação por ocasião da internação.

Esgotando as explicações sobre a forma de apreensão dos dados quantitativos deste estudo, passemos ao método utilizado na busca dos elementos qualitativos.

Para a captação dos dados qualitativos, o caminho metodológico construído buscou a compreensão da realidade em sua dinamicidade e as contradições presentes no Programa de Internação Domiciliar estudado.

Segundo Bogdan e Biklen (1996), a pesquisa qualitativa possui cinco características destacáveis: neste tipo de investigação, o ambiente natural é lócus da fonte direta dos dados, sendo o investigador, instrumento crucial; a investigação qualitativa é descritiva, com dados recolhidos em forma de palavras e imagens, e não de números; é atribuído valor significativo aos processos (histórias, círculos de vida, atitudes), e não somente aos resultados; a análise dos dados tende a ser indutiva, ou seja, os conceitos são construídos à medida que dados particular recolhidos, vão se agrupando; é dada importância vital aos significados.

A coleta dos dados para análise qualitativa foi realizada por meio de entrevistas. As perguntas foram dirigidas individualmente junto a 16 sujeitos sociais, sendo 03 pacientes, 10 cuidadores, 02 profissionais da equipe do PID e 01 membro da equipe diretiva do hospital.

Quanto aos usuários do Programa entrevistados, ressalte-se que a predominância de cuidadores se deu pelo fato de que os pacientes do Programa são totalmente ou parcialmente acamados, dependem dos cuidadores, e em muitos casos apresentam dificuldades em expressar suas opiniões em decorrência de suas patologias e idades avançadas.

A modalidade da entrevista aplicada foi a semi-estruturada, que articula uma situação onde o informante aborda o tema proposto, a partir de perguntas previamente formuladas, ou seja, mais ou menos dirigidas, porém, com flexibilidade para expor livremente seus conceitos, suas experiências, suas formulações quanto a realidade em foco.

Após realizadas e gravadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, a fim de que fossem definidas as categorias de análise que referissem-se a avaliações, expectativas e recomendações dos informantes sobre o PID-HMMc, as quais foram:

- Para análise da fala dos pacientes e/ou cuidadores:
  - Internação domiciliar como forma de atendimento que possibilita a manutenção do convívio social do paciente junto à comunidade.

- Internação domiciliar como oportunidade de um cuidado conjunto e humanizado – profissional x paciente x família.
  - Internação domiciliar como uma forma de atenção que não impõe ao paciente, a submissão às regras e normas institucionais (hospitalares).
- Para análise da fala dos profissionais do PID-HMMc
- Internação domiciliar como forma de atenção à saúde que permite um cuidado personalizado ao paciente.
  - Internação domiciliar como espaço para a promoção da educação em saúde ao paciente e à família.
- Para análise da fala do gestor do HMMc
- Internação domiciliar como diferencial de atendimento da Instituição.
  - Internação domiciliar como instrumento de redução dos custos.
  - Internação domiciliar como possibilidade de aumento da oferta de leitos hospitalares.

Assim, a análise qualitativa dos dados seguiu a metodologia proposta por Bourdieu (1998). As idéias centrais, ou seja, aquelas mais evidentes e que descreviam de forma sintética e precisa o sentido das falas, foram identificadas e destacadas. Do agrupamento das idéias emergiram as categorias empíricas.

O processo de tratamento do material consistiu em ordenamento do material empírico e classificação dos dados. Os discursos dos informantes foram o insumo que resultou nos dados interpretados a partir da associação aos referenciais teóricos. A análise buscou a confluência do material empírico com o teórico para se compreender a práxis e revelar o que vai além das idéias, como propõe Minayo

(1999), procurando contribuir para o enfrentamento dos problemas e a transformação da prática da internação domiciliar.

E para tratar os resultados de modo geral, como ferramenta de planejamento e intervenção na realidade estudada, foram definidos indicadores de avaliação para o Programa de Internação Domiciliar, a fim de facilitar a percepção do seu funcionamento quanto a sua estrutura, seus processos e seus resultados, conforme o apresentado no quadro 2.

**Quadro 3 – Indicadores do Programa de Internação Domiciliar/2004**

Referência	Indicador	Variável
Estrutura	Nº de categorias profissionais da equipe do PID	Soma do nº de categorias profissionais que compõe a equipe/ano
Estrutura e processo	Taxa de admissões no PID sob encaminhamento inadequado	Nº de admissões sob encaminhamentos inadequados/ Nº total de admissões de 2004 x 100
Estrutura e processo	Média de itens de suporte liberados por paciente*	Nº total de itens liberados por pacientes/ nº total de pacientes/ano
Estrutura	Perfil profissional do gerente do Programa	Verificação dos atributos: Formação; Cursos na área de gestão; Experiências na área de gestão de equipes
Processo	Média de visitas da equipe do PID por paciente	Nº total de visitas realizadas/ Nº total de pacientes do PID no ano
Processo	Proporção de desligamentos do PID por alta solicitada (abandono)	Nº de altas solicitadas pelo paciente ou cuidador/ Nº total de altas dadas pelo Programa no ano
Processo	Tempo médio despendido nas visitas e locomoção da equipe	Somatório das horas entre o momento das saídas do Hospital e o momento das saídas dos domicílios em uma semana/ nº total de visitas realizadas em uma semana
Resultado	Relação do Custo por paciente PID com o custo por paciente internado	Custo total com pacientes hospitalizados/ custo total com pacientes no domicílio em determinado mês
Resultado	Taxa de Mortalidade	Nº de óbitos de pacientes do Programa/ Nº total de pacientes do Programa no ano x 100
Resultado	Índice de pacientes desospitalizados/ HMMc	Nº de pacientes encaminhados para o PID/ Nº total de pacientes internados na Cl. Médica no ano x 100
Resultado	Nº de re-internações hospitalares	Somatório do nº absoluto de re-internações hospitalares dentre os pacientes do PID no ano
Resultado	Satisfação do Cliente**	Nº de respostas nos quesitos satisfatório e razoavelmente satisfatório/ nº total de repostas x 100

\* Itens de suporte são os mobiliários, equipamentos e materiais indispensáveis ao atendimento no domicílio do paciente, como por exemplo, cama, colchão, respirador, medicamento, cadeira para banho, gase, etc.

\*\*A satisfação averiguada diz respeito somente aos 13 pacientes e/ou cuidadores entrevistados.

### 3.3 Campo de Estudo

Tomamos como área geográfica para os desdobramentos do estudo, o Hospital Municipal de Maracanaú, e os domicílios dos pacientes do PID, localizados em vários bairros do município.

Com base em Minayo (1992), pode-se dizer que campo de pesquisa, é um recorte espacial que o pesquisador faz, o qual representa uma realidade empírica a ser estudada, a partir das concepções teóricas que respaldam o objeto da investigação

#### 3.3.1 Perfil do Hospital Municipal de Maracanaú (HMMc)

O Hospital Municipal de Maracanaú iniciou suas atividades sanatoriais na década de 50, por iniciativa da Campanha Nacional Contra Tuberculose/MS, com o objetivo específico de prevenir, tratar e reabilitar pessoas acometidas com a tuberculose, um grave problema de saúde pública da época. Atendia a populações de todas as regiões Nordeste do País, e configurava-se enquanto um centro de estudos, pesquisas e lócus de residência médica da Universidade Federal do Ceará, na especialidade de Pneumologia.



Figura 2 - Hospital Municipal de Maracanaú – dec. 50

A partir dos anos 80, é transformado em hospital geral, passando a atender além da Tisiologia, as Clínicas Médica, Pediátrica e Obstétrica, bem como Pronto Atendimento Clínico e Traumatológico, embora precariamente em decorrência das crises financeiras da saúde brasileira.

No início da década de 90, a Unidade foi municipalizada pela primeira vez, não obtendo êxito por dificuldade orçamentárias do município para manter o hospital em funcionamento, retornando à gestão federal após um ano e meio. Por força do modelo de organização do SUS em processo de implantação, ao final da mesma década (1999), o hospital é novamente municipalizado, assim permanecendo até os dias de hoje.

Atualmente o hospital dispõe de 82 leitos para internação nas Clínicas Médica, Tisiológica, Pediátrica e Obstétrica, e dispõe de um Pronto Atendimento clínico para adultos e crianças com 16 leitos de observação, além de um centro de especialidades com mais de 15 especialidades médicas e não médicas ( com atendimento sob referência das Unidades Básicas de Saúde da Família do município), centro de reabilitação, centro de especialidades odontológicas, laboratório de análises clínicas, posto de coleta de leite humano, e serviço de transporte de pacientes (SOS Maracanaú).

Em termos assistenciais, realiza cerca de 325 internações/mês, conforme mostra a tabela 2, considerando-se a média dos serviços prestados por todas as clínicas durante o ano de 2004.

**Tabela 1 – Média de internações realizadas/mês por Clínica, e respectivos indicadores de produtividade-HMMc/2004**

Clínica	Admissões/mês	Taxa de Ocupação (%)	Média de permanência	Taxa de Mortalidade (%)
Clínica Médica	38	94	18 dias	6
Clínica Tisiológica	18	81	27 dias	16
Clínica Pediátrica	65	66	6 dias	0
Clínica Obstétrica	204	82	2 dias	0

Fonte: Hospital Municipal de Maracanaú - 2004

Desse modo, percebe-se que a Unidade apresenta bons indicadores de produtividade hospitalar, porém, especialmente a Clínica Médica com uma taxa de ocupação de 94%, demonstra o estrangulamento do serviço e evidencia a necessidade da desospitalização de pacientes, a fim de reduzir custos com internação e diminuir os riscos de infecção hospitalar.

Quanto às demandas ambulatoriais, a tabela 3 demonstra a média de atendimentos realizados/mês, durante ano de 2004, tanto no Pronto Atendimento como nos ambulatórios especializados e serviço de transporte.

**Tabela 2 – Média de atendimentos ambulatoriais realizados/mês, por especialidade –HMMc/2004**

Serviço Ambulatorial	Média de atendimentos/mês
Cardiologia	950
Clínica Médica	103
Estomaterapia (curativos especiais)	890
Dermatologia	186
Fisioterapia	914
Fonoaudiologia	338
Ginecologia/Pré-Natal de risco	668
Laboratório	20.900
Neurologia	286
Nutrição	57
Odontologia	274
Otorrinolaringologia	135
Pediatria	306
Planejamento Familiar (risco)	232
Pneumologia	56
Pronto Atendimento (adulto e pediátrico)	14.420
Puericultura	337
Radiologia	1.450
Serviço Social	795
SOS Maracanaú (transporte de pacientes)	1.265
Terapia Ocupacional	216
Tisiologia	142
Ultrassonografia e Ecografia	370
Vacina	143

Fonte: Hospital Municipal de Maracanaú – 2004

Como se pode perceber, a Unidade apresenta elevada demanda por serviços de pronto atendimento, uma característica comum aos hospitais públicos do país, em decorrência de um modelo de saúde hospitalocêntrico, com ênfase da doença e não na saúde e na prevenção da doença, que marcou o sistema de saúde

brasileiro por décadas, sendo atualmente um empecilho à consolidação do modelo baseado na educação em saúde, prevenção e auto-cuidado.

Percebe-se ainda, que a especialidade médica com maior número de atendimentos é a cardiologia, o que confirma as evidências epidemiológicas da situação de saúde da população brasileira. A especialidade não médica mais atendida é o Serviço Social, o que demonstra o perfil dos usuários que fazem uso dos serviços do hospital, vítimas do processo de exclusão social e má distribuição de renda e oportunidades de vida. Já na área de reabilitação, a Fisioterapia lidera a quantidade de atendimentos, confirmando o elevado número de problemas de saúde por causas externas no município, como violência e acidentes de trânsito.

Na área de diagnóstico e terapia, verifica-se elevado atendimento em exames laboratoriais, possivelmente evidenciando a ausência de protocolos clínicos ou restritos critérios para solicitação de exames para diagnóstico. A especialidade de estomaterapia é destaque, e seus atendimentos conforme pudemos identificar junto aquele serviço, estão diretamente relacionados à taxa de ocupação da Clínica Médica, bem como pacientes encaminhados por este serviço após a internação hospitalar, sejam eles atendidos ou não pelo Programa de Internação Domiciliar.

### **3.4 Instrumentos de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de:

- Prontuários dos 350 pacientes atendidos em 2004 pelo PID-HMMc, para coleta de dados tais como: nome, idade, renda familiar, escolaridade, diagnóstico, tratamento indicado, frequência das visitas domiciliares, dentre outros;



- Estatísticas de Clínica Médica do Hospital de base do Programa, para coleta de informações dos 350 pacientes de 2004, como: pacientes internados, taxa de mortalidade e média de permanência dos pacientes;
- Levantamento e análise de custos com a Internação Hospitalar e a Internação Domiciliar, para coleta de dados dos 13 pacientes da internação domiciliar entrevistados, e 13 pacientes internados no hospital durante o ano de 2004, sobre custos com os componentes equipe técnica, material médico-hospitalar e medicamentos, SADT e custos administrativos;
- Entrevistas com 13 pacientes e/ou cuidadores para a coleta de pontos de vista sobre o funcionamento, expectativas e avaliação do Programa;
- Entrevistas com os 02 profissionais do Programa para coleta de dados tais como: formação acadêmica, capacitação para atuação em internação domiciliar, percepção do profissional sobre o Programa, tempo gasto nas visitas domiciliares, dentre outros;
- Entrevistas com 01 gestor do Hospital para coleta de dados tais como: motivos de implantação do Programa, percepção do gestor sobre o mesmo.

### 3.5 Logística do Estudo

Para a realização do estudo foi definido o objeto da pesquisa, bem como o campo e atores sociais envolvidos, além de identificação de diversas fontes de coleta de dados, tais como estatísticas de produção hospitalar, prontuários dos pacientes e entrevistas. A partir de então foram feitas leituras em diversas fontes bibliográficas para a formatação do referencial teórico da pesquisa.

Em seguida, foram elaborados os instrumentos de coleta de dados, tanto para efeito de averiguação dos documentos (prontuários e estatísticas) e análise dos custos, como para a realização de entrevistas.

Assim, partiu-se para o agendamento e realização das entrevistas junto aos gestores e profissionais do Programa, bem como para a realização de visitas aos domicílios dos pacientes. Os contatos com os gestores e profissionais se deu de acordo com sua disponibilidade de tempo, em horário de expediente, nas dependências do Hospital Municipal de Maracanaú. Já as visitas domiciliares, se deram nas ocasiões das visitas de rotina da equipe do PID, sendo que a abordagem para a pesquisa foi realizada após o atendimento do PID, em ambiente privativo do domicílio (sem a presença de pessoas da equipe do PID), a partir da qual eram realizadas as entrevistas.

A verificação dos itens dos prontuários foi sendo realizada imediatamente após a visita domiciliar do respectivo paciente, no caso dos pacientes entrevistados, para se ter uma visão mais ampla de sua fala, com base em seu diagnóstico e tratamento indicado; e aleatoriamente, conforme a disponibilidade de tempo do pesquisador, no caso dos pacientes não entrevistados.

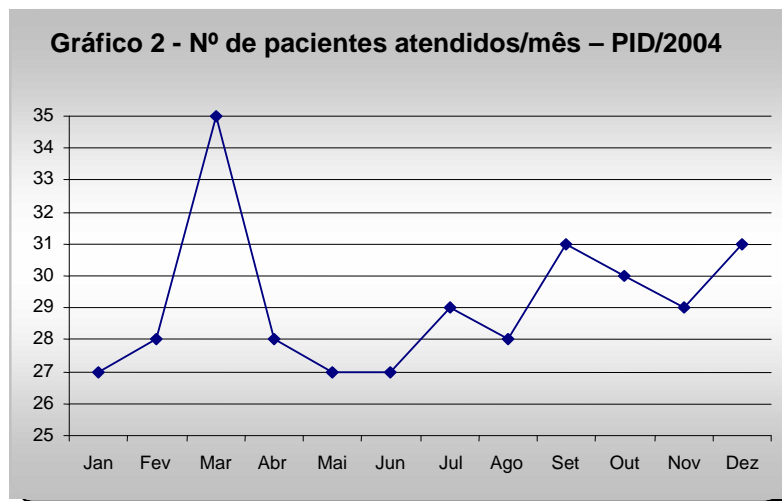
O levantamento dos custos foi a última fonte a ser buscada. Deu-se a partir de dados fornecidos pelo setor de compras, contabilidade e recursos humanos do Hospital Municipal de Maracanaú, bem como pela tabela SIA/SUS e pelas informações contidas nos prontuários dos pacientes estudados quanto aos custos, tendo como foco 26 pacientes, sendo 13 atendidos pelo Programa, e 13 internados no HMMc, sem cobertura do Programa durante o ano de 2004.

Para ordenar os dados em forma de resultados, após análise, foram elaborados indicadores para o Programa de Internação Domiciliar, a fim de facilitar a percepção do funcionamento do Programa quanto a sua estrutura, seus processos e seus resultados, conforme o apresentado no delineamento do estudo.

## 4 RESULTADOS

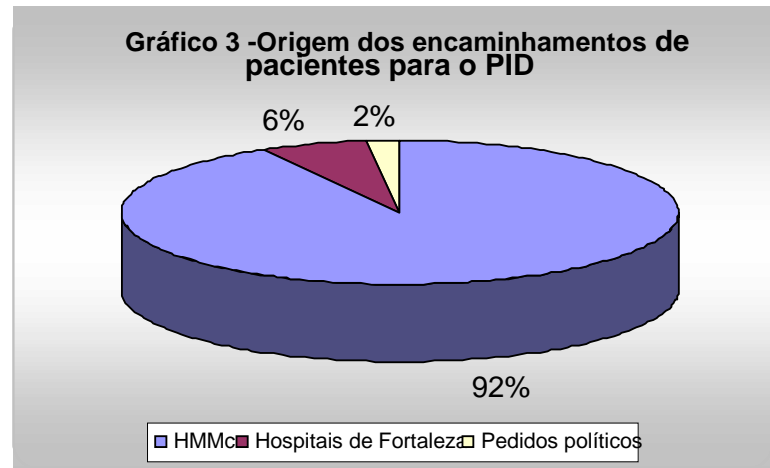
### 4.1 Perfil Sócio-Econômico e Epidemiológico dos usuários do PID-Maracanaú

Durante o ano de 2004, foram atendidos 350 pacientes pelo Programa, sendo um total aproximado entre 27 e 30 pacientes/mês na maior parte dos meses, atingindo o pico de 35 pacientes no mês de março (gráfico 2), por ocasião do período chuvoso iniciado em fevereiro, e conseqüente aumento da incidência de viroses, com internação de pacientes potenciais do Programa, conforme pôde ser verificado mediante análise dos prontuários dos pacientes.



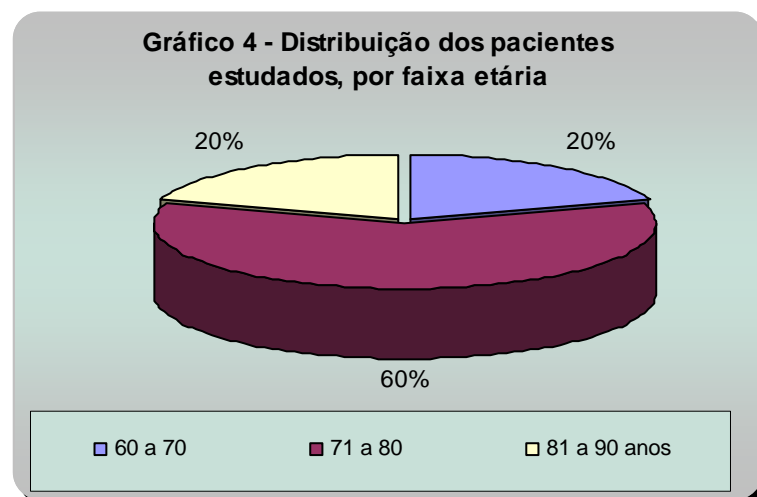
Fonte: HMMc – Relatórios do PID/2004

Desses atendimentos realizados em 2004, observou-se que 92% dos encaminhamentos de pacientes são oriundos do Hospital (Maracanaú), e que dos 8% restantes, 6% vêm de hospitais do município de Fortaleza, por se tratar de municípios de Maracanaú, e 2% são resultantes de pedidos de gestores políticos municipais, conforme mostra o gráfico 3.



Fonte: HMMc/2004

Atentando para a distribuição dos 350 pacientes atendidos pelo Programa em 2004, observou-se que 60% são do sexo feminino, enquanto que 40% são do sexo masculino. Quanto à faixa etária, verificou-se a predominância de pessoas da 3ª e 4ª idade, estando 100% com mais de 60 anos de idade, o que caracteriza o Programa como uma modalidade de assistência predominantemente geriátrica, considerando idoso a pessoa com mais de 60 anos (Lei 10.741/03), conforme mostra o gráfico 5.



Fonte: HMMc/2004

Quanto ao meio de provimento econômico para sobrevivência e situação de moradia, 304 informantes sobrevivem da aposentadoria e têm casa própria ou financiada, enquanto que 46 moram e sobrevivem sob custódia de outros membros

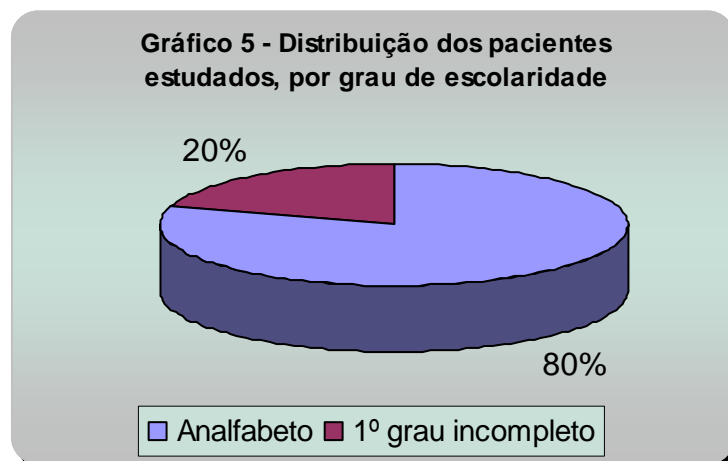
da família. Porém, mesmo dentre os que têm casa própria, apenas 22 têm boa estrutura com água e luz. Os outros 282 vivem em condições precárias de habitação, com água e luz em alguns casos, irregulares. A tabela 3 demonstra estes destaques.

**Tabela 3-Provimento econômico e situação de moradia - pacientes do PID-2004**

Provimento econômico	Quant. de pacientes	Situação de moradia	Quant. de pacientes
Aposentadoria	304	Própria quitada ou financiada	304
Sem renda – sob custódia de familiares	46	Mora com parentes	46
Total de pacientes	350	Total de pacientes	350

Quanto ao aspecto do grupo familiar a grande maioria dos pacientes estudados (234 ou 67%), fazem parte de famílias formadas por até 5 membros, onde a aposentadoria do paciente é a única fonte de renda formal, sendo a renda familiar complementada por “bicos” ou trabalhos informais realizados por outros membros do grupo. Percebe-se então, que o paciente é o principal provedor do lar.

Outro fator de relevância a saber, diz respeito à escolaridade desses 350 pacientes estudados, onde 80% são analfabetos, e os outros 20% têm apenas o 1º grau incompleto, o que demonstra tratar-se de pessoas sem oportunidade de vida, vítimas do processo de exclusão social do país, conforme demonstra o gráfico 5.



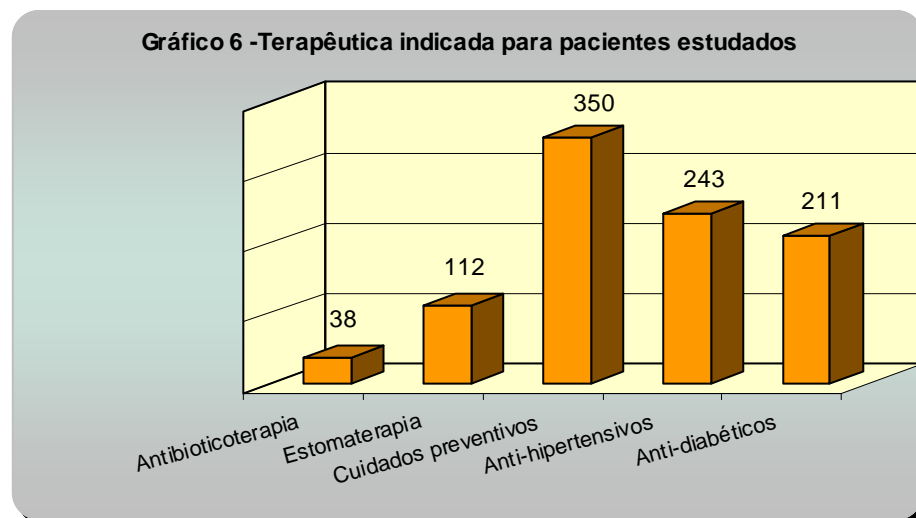
Fonte: HMMc/2004

No que diz respeito ao diagnóstico dos pacientes estudados, a maior frequência dos mesmos apresenta problemas cardiológicos, seguidos por enfermidades decorrentes dos acidentes vasculares cerebrais e diabetes mellitus tipo 2, conforme o que mostra a tabela 4. Percebe-se portanto, a grande ênfase de acompanhamento de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Ressalte-se que cada paciente têm pelo menos duas patologias associadas, sendo portanto, a quantidade absoluta de patologias maior do que a quantidade de pacientes atendidos durante o ano de 2004

**Tabela 4-Diagnósticos dos pacientes do PID-2004**

Patologia dos pacientes -PID	Quantidade absoluta de casos de patologias
Hipertensão	285
Seqüelas de AVC	211
Diabetes Mellitus tipo 2	136
Neoplasia	48
Artrose	13
Complicação pós-cirúrgica	8
Total de patologias	701

Como terapêutica para estes pacientes, a equipe do PID utilizou-se com maior frequência, dos cuidados preventivos ao agravamento do quadro clínico, anti-hipertensivos, anti-diabéticos e estomaterapia, conforme apresenta o gráfico 6.



Fonte:HMMc/2004

## 4.2 Funcionamento do PID-Maracanaú

Para facilitar a apresentação da análise do funcionamento do Programa, eis os resultados dos indicadores referentes a estrutura, aos processos e aos resultados do mesmo, conforme o quadro 4.:

**Quadro 4 – Resultados dos Indicadores do PID –HMMc/2004**

Referência	Indicador	Resultado
Estrutura	Nº de categorias profissionais da equipe do PID	07
Estrutura	Perfil profissional do gerente do Programa	Adequado
Estrutura e processo	Taxa de admissões no PID sob encaminhamento inadequado	2%
Estrutura e processo	Média de itens de suporte liberados por paciente*	03
Processo	Média de visitas da equipe do PID por paciente	04
Processo	Proporção de desligamentos do PID por alta solicitada (abandono)	00
Processo	Tempo médio despendido nas visitas e locomoção da equipe	70 minutos
Resultado	Relação do Custo por paciente PID com o custo por paciente internado	5/1
Resultado	Taxa de Mortalidade	4%
Resultado	Índice de pacientes desospitalizados/ HMMc	27%
Resultado	Nº de re-internações hospitalares	16
Resultado	Satisfação do Cliente**	98%

\* Itens de suporte são os mobiliários, equipamentos e materiais indispensáveis ao atendimento no domicílio do paciente, como por exemplo, cama, colchão, respirador, medicamento, cadeira para banho, gase, etc.

\*\*A satisfação averiguada diz respeito somente aos 13 pacientes e/ou cuidadores entrevistados

A partir da análise dos dados, pudemos destacar quanto ao funcionamento do Programa, o seguinte:

- O Programa dispõe de 01 sala de 12m<sup>2</sup> localizada no Centro de Especialidades Ambulatoriais do Hospital, com birôs, cadeiras, armários para arquivos, telefone, computador com impressora;
- Uma média de três itens de apoio liberados para cada paciente, conforme apresenta a tabela 5, sendo os mais comuns, cama hospitalar, colchão e medicamentos, não sendo a situação ideal, tendo em vista as necessidades apresentadas pelos pacientes quanto a outros itens como cadeiras para banho, fraldas e lençóis descartáveis.



- 01 equipe multidisciplinar, formada por 01 médico, 01 enfermeira, 01 assistente social, 01 motorista, 01 secretária, 01 fisioterapeuta e 01 estomaterapeuta para suporte. Logo, o N° de categorias profissionais da equipe do PID é igual a 07, conforme demonstra a tabela, sendo este um fator de eficácia à estrutura do Programa, bem como um diferencial, especialmente pela disponibilidade da especialidade de estomaterapia, levando em consideração o perfil dos pacientes (diagnósticos, faixa etária);
- 01 gerente de Programa com formação superior da área da saúde, cursos na área de gestão de equipes e experiência de 06 anos em gestão de profissionais da saúde.
- 01 veículo Fiat Doblô em ótimo estado de conservação

O que ocasiona as limitações quanto à estrutura do Programa, segundo os pacientes e/ou cuidadores entrevistados, é a não disponibilidade de outros itens de necessidade do pacientes, dentre eles, prioritariamente cadeiras para banho e fraldas descartáveis. Para os profissionais do PID, as limitações de estrutura dizem respeito ao espaço físico para funcionamento e organização do Programa, refletindo pois, a questão das condições de trabalho para uma ação mais otimizada do mesmo. Além disso, os profissionais destacam ainda a elevada quantidade de pacientes para uma única equipe (média de 25 paciente/equipe), o que limita a capacidade de atendimento, frequência e tempo de permanência nas visitas, dentre outras questões.

Com relação aos processos do Programa, percebe-se pela tabela 5, que é realizada uma média de uma visita semanal por paciente. Neste caso, conforme o que se pôde perceber através da análise dos Prontuários, há uma desordenação quanto aos critérios para visitas. Há pacientes recebendo 02 visitas por semana, enquanto que há outros recebendo 02 visitas por mês. Segundo profissionais do

Programa, as visitas são realizadas por conveniência demográfica, e não pela necessidade ou indicação clínica do paciente, necessariamente.

Outros fatores analisados com relação aos processos do Programa, foram os seguintes, de acordo com o demonstrado pelos indicadores da Tabela 5:

- Durante o ano de 2004, nenhum paciente ou acompanhante solicitou desligamento do Programa.
- O tempo médio utilizado para visitas e locomoção da equipe do PID aos domicílios dos pacientes de 70 min, um tempo razoável, em se considerando as vias de tráfego e os difíceis acessos para transporte à boa parte dos domicílios.
- Quanto aos custos com pacientes internados no hospital e atendidos pelo PID pôde-se perceber que as internações hospitalares custam cerca de 5 vezes mais do que as internações nos domicílios.

No que diz respeito aos resultados do Programa, foram averiguados a partir deste estudo, os seguintes aspectos apresentados em indicadores da tabela 5:

- 27% dos pacientes internados na Clínica Médica do Hospital durante o ano de 2004, foram desospitalizados e admitidos pelo PID, o que fortalece a importância do mesmo para a desobstrução dos leitos hospitalares, sobretudo aqueles para paciente idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas.
- A taxa de mortalidade do ano de 2004 foi de 4%, um percentual que pode ser considerado baixo, em se considerando a gravidade do quadro clínico da grande maioria dos pacientes do Programa.

- 98% dos pacientes expressaram que estão satisfeitos ou razoavelmente satisfeitos com o Programa.
- Dos 350 pacientes atendidos durante o ano 2004, somente 16 passaram por pelo menos uma re-internação hospitalar em função da complicação do seu quadro clínico.

Afora as percepções dos pacientes, foi possível perceber por ocasião do estudo, alguns detalhes merecedores de cuidados com relação ao total de pacientes do Programa em 2004:

- Preenchimento incompleto de Formulários não médicos que compõem o Prontuário do paciente. Ressalte-se que 100% das Fichas de evolução do paciente, bem como outros formulários de responsabilidade do profissional médico estavam preenchidos de forma legível e completa;
- Ausência de chek list do material da maleta de visita domiciliar ocasionando dificuldades para realização de procedimentos no domicílio do paciente, ou adiamento do procedimento para a próxima visita, pela falta ou pouca quantidade de alguns materiais;
- Insuficiente serviço de fisioterapia para atendimento à demanda do Programa: pacientes necessitam de sessões de fisioterapia com maior freqüência e o serviço disponível não é suficiente para atender a demanda;
- Cuidadores não recebem treinamento para atuarem como cuidadores.

### 4.3 Elementos que sinalizam a Internação Domiciliar como estratégia para a mudança da atenção à saúde

Identificou-se a partir deste estudo, três elementos básicos que sinalizam ou caracterizam a internação domiciliar como ação potencial à quebra de paradigmas do modelo hospitalocêntrico ainda predominante nos dias atuais. A fala dos pacientes e profissionais confirma esta assertiva:

- **Atenção multiprofissional:** Todo o atendimento prestado aos usuários foi, em sua totalidade, realizado por uma equipe multiprofissional

“Quando eles vêm aqui em casa eu acho muito é bom. Vem tudim,.. o doutor, a assistente social, a enfermeira, ... e eles quando tão aqui, são só pra mim, a tenção é toda pra mim” (paciente)

- **Planejamento conjunto do cuidado:** Atuando dessa forma, o cuidado ao usuário pôde ser planejado como um todo e não com segmentação de especialidades.. Cada profissional realizou seu trabalho de forma integrada à equipe, realizando reuniões semanais e contatos até diários para sanar as necessidades que surgiram.

“ Pra o programa funcionar bem nós nos reunimos com muita freqüência, e sempre combinamos o percurso, os pacientes a serem visitados, e a conduta necessária, bem como os materiais necessários, de acordo com a situação do paciente. Se temos alguma dúvida, prontamente combinamos com o colega uma forma de solucionar o problema do paciente” (profissional do PID)

- **Papel da família no cuidado:** Pôde ser percebido que o trabalho do PID ajudou na recuperação e reabilitação do doente e propiciou uma melhor integração entre a equipe e o cuidador e/ou família. Esses parecem confiar melhor no tratamento proposto e, dessa forma, tornam-se mais colaborativos. A família e/ou cuidador têm papel fundamental no cuidado ao usuário em seu domicílio.

“ ... ave Maria, ela tá em casa é tudo pra nós, por que a gente trabalha e não tem tempo de tá o tempo todo dentro do hospital. Esse Programa foi uma bênção,... depois que ela entrou melhorou demais, fica dizendo que tá melhor, reage, quer comer. Se eu não to em casa meu menino ta, eu já ensinei como é que cuida dela e como ele deve fazer se acontecer dela passar mal, qual o número que ele liga pro Programa. O pessoal do

Programa tira as dúvidas da gente, orienta, e eu sei que gosto dela aqui,... do jeitinho que eles (médico, enfermeira) mandam a gente faz. É ótimo.” (cuidadora)

Atualmente, há muita discussão sobre a situação do sistema de saúde do Brasil. A assistência domiciliar, sem dúvida, é uma realidade de trabalho que pode ajudar a sanar um pouco da deficiência encontrada na assistência à saúde do país.

Resgatou-se a grande importância do cuidado prestado no domicílio e de um profissional de saúde mais atuante em todos os níveis de assistência. Com essa modalidade, o profissional pode proporcionar não apenas cuidados ao usuário, mas também realizar um intenso trabalho de educação com cuidadores e/ou familiares, tornando-os aptos e seguros para continuidade do cuidado.

#### **4.4 Discussão**

A análise dos dados permite afirmar que, quanto aos espaços e tecnologias utilizados no PID, o domicílio constitui-se no lócus do cuidado, sem desconsiderar a existência de espaços institucionais e as necessidades dos usuários e das famílias.

Assim, apreendeu-se que a partir das ações do PID, sinaliza-se a construção do paradigma da produção social da saúde, a partir da percepção dos pacientes ou cuidadores sobre essa nova forma de prestar assistência à saúde, expressa a partir de suas falas, e ordenadas em forma das categorias empíricas:

- Internação domiciliar como forma de atendimento que possibilita a manutenção do convívio social do paciente junto à comunidade.

“não falta vizinho aqui em casa. Eu nunca tô só. Se não é um amigo, é um neto, é uma irmã, ... até o padre vem me ver, saber como eu tô. A melhor coisa que já me aconteceu foi esse Programa. Eu tinha muito medo de passar o resto dos meus dias dentro do hospital” (paciente)

- Internação domiciliar como oportunidade de um cuidado conjunto e humanizado – profissional x paciente x família.

“Eu não sou formada em auxiliar de enfermagem, mas toda vida gostei de cuidar dos outros. Ai quando ele adoeceu e ficou de cama, a gente teve que levar pro hospital com medo dele morrer. Ai foi lá que o médico encaminhou nós pro PID. Ai eles me orientaram um jeito melhor de cuidar dele, de banhar, de fazer curativo,... ai pronto. Ele ta é melhor, já senta, acha graça, fala, ... nem parece aquele que queria morrer. No dia de visita do pessoal do PID, ele pede pra tomar banho e botar perfume, e quando ele chegam ele vai contar como eu fiz pra ver se tá certo.” (cuidadora)

- Internação domiciliar como uma forma de atenção que não impõe ao paciente, a submissão às regras e normas institucionais (hospitalares).

“... no hospital elas gosta é muito de mim. Mas aqui em casa, eu faço o que quero, como banana na hora que eu quero. Lá elas me tratam muito bem, eu parece que sou um bebê, mas tudo tem aquelas horas certas, né,... tem que ser aquilo, tem que ser daquele jeito, e às vezes num quer comer naquela hora, num quer aquela comida, mas tem que fazer do jeito que o hospital manda. Às vezes a gente não pode receber uma amiga pra conversar, só naquela horinha da visita, né, e a pessoa num pode ir. Ai é melhor em casa por tudo, eu digo, ô menino, traz ali uma banana, e ele traz. Aqui em casa eu é quem mando.” (paciente)

Na internação domiciliar as relações cuidador/usuário, equipe/usuário, família/usuário, cuidador/família são otimizadas pelo vínculo cotidiano que se estabelece e são vistas como positivas na implementação do cuidado e melhoria do usuário.

As falas dos profissionais permitem afirmar que, na modalidade internação domiciliar, permeia o cuidado, um agir pautado nas normas e rotinas

institucionalizadas, porém, considerando em muito, a humanização, e a intervenção nos hábitos de vida do usuário e da família, mediante ações educativas:

- Internação domiciliar como forma de atenção à saúde que permite um cuidado personalizado ao paciente.

“a credibilidade que é dada a gente, pelo paciente, pra realizar o trabalho no domicílio, é muito grande. O Programa permite que possamos desenvolver um atendimento com foco naquele paciente, é algo mais personalizado. No hospital, a correria não nos permite este tipo de dedicação. Não é que a gente deixe de lembrar que a assistência tem suas regras, assim como no hospital, os cuidados, as técnicas, mas é que o próprio ambiente favorece a qualidade da atenção.” (profissional)

- Internação domiciliar como espaço para a promoção da educação em saúde ao paciente e à família.

“... ponto muito importante, é a questão da educação não só pro paciente, mas pra toda a família que participa daquele momento da visita. A gente aproveita pra orientar sobre o auto-cuidado, a higiene, a necessidade das prevenções,... e o nosso poder de formar opinião é muito grande, por que eles têm muita confiança na gente” (profissional)

O gestor demonstrou em sua fala, uma percepção do Programa sob a ótica da administração, sob a lógica da competitividade da empresa pública, e necessidade de otimização dos recursos disponíveis, conforme pôde ser percebido em sua fala:

- Internação domiciliar como diferencial de atendimento da Instituição.

“ Atualmente as empresas, sejam elas de que ramo forem, precisam estabelecer diferenciais competitivos, independente se serem públicas ou privadas. O atendimento domiciliar é visto como uma forma inovadora de fazer saúde, e neste hospital, o PID constitui um diferencial importante nos nossos serviços, além de ser muito bem aceito e elogiado pela comunidade como um todo. É um Programa reconhecido” (gestor)

- Internação domiciliar como instrumento de redução dos custos.

“ com a recessão presente no país, toda forma de redução de despesas é louvável. A literatura mostra que a internação domiciliar pe muito mais vantajosa financeiramente do que a internação hospitalar, além dos outros benefícios que sabemos que ela traz, em particular a humanização ”  
(gestor)

- Internação domiciliar como possibilidade de aumento da oferta de leitos hospitalares.

“ temos uma demanda reprimida muito grande no hospital. Se você for lá na emergência agora tem pelo menos uns quatro pacientes na observação, aguardando um leito de clínica médica para internação. Não temos esse leito disponível, e estas pessoas aguardam por respostas da central de leitos, que não sabemos quando vão chegar. A cada paciente admitido pelo PID, é um leito a mais que podemos disponibilizar para estas pessoas, por que Fortaleza está com todos os hospitais lotados, e nós precisamos buscar formas de oferecer vagas aqui, pro pessoal desse município. O PID é uma forma que procuramos para disponibilizar mais leito hospitalares ”  
(gestor)

Podemos dizer que o PID constitui um espaço para construção de uma modalidade de atenção com ênfase no trabalho em equipe, que permitem a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de uma assistência de qualidade.



## 5 CONCLUSÃO

No Brasil, mesmo considerando todos os avanços obtidos nos últimos dez anos, a rede pública de saúde encontra-se ainda sucateada, as medidas preventivas são insuficientes, os tratamentos adiados e os cidadãos usuários submetidos à condições humilhantes, quando da procura da maioria dos serviços públicos de saúde.

É necessário ampliar e melhorar os serviços oferecidos, mas os recursos não são suficientes, ao passo que a população cresce em quantidade e em problemas de saúde, sobretudo com a transição demográfica que torna evidente o aumento, a cada dia, da população idosa neste país. Desse modo, a racionalização do que está disponível surge como alternativa inevitável.

Os serviços de saúde no Brasil adotam um modelo centrado na doença e na hospitalização, nos casos agudos e não nos crônicos, menosprezando ainda as ações preventivas, com a opção pelo atendimento à doença já manifesta, muitas vezes em estado grave. Os serviços são estruturados de forma a serem prestados em unidades de saúde, transformando as exigências de melhores serviços de saúde em reivindicações de novos equipamentos. As filas, o congestionamento de unidades, a burocracia e enormes gastos de tempo e dinheiro, caracterizam o cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Para ultrapassar este modelo de atenção, são necessários instrumentos de políticas de saúde baseados na desconcentração dos serviços e em atividades de prevenção, para que se possa reduzir a crise hospitalar e promover melhorias nas condições de vida das pessoas.

A mudança de paradigmas que os Sistemas Locais de Saúde vêm implementando, a partir da ênfase ao cuidado à pacientes crônicos, e não mais a pacientes agudos (como por exemplo, os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, no estado do Ceará), que predominava anteriormente, é um dos importantes fatores que vêm contribuindo ao desenvolvimento da internação domiciliária.

A história demonstra que os hospitais foram criados para conveniência dos provedores de saúde. Era mais viável e simples ao profissional de saúde, ver muitos pacientes em um só lugar. Ocorre que a fragmentação do cuidado ao paciente tem aumentado pelas dificuldades de seguimento pós-internação hospitalar e falhas no sistema de referência e contra-referência.

A internação domiciliária surge então, como resposta a algumas demandas: individualização da atenção e diminuição das iatrogenias assistivas; oferta de serviços de saúde no domicílio, promovendo a privacidade e segurança do paciente; possibilidade de maior participação da família nas decisões quanto ao cuidado com o paciente; estabelecimento de parceiras para a assistência ao

paciente, entre provedores de saúde, paciente e familiares; diminuição dos custos, quando comparados às intervenções hospitalares; co-responsabilidade da família e do paciente com o planejamento e execução dos cuidados necessários.

Porém, apesar das vantagens que a internação domiciliar apresenta, sua implantação e gestão dos serviços que lhe são peculiares exigem muita atenção, ao passo que serviço desta natureza só pode ser concebido a partir da existência da rede de unidades de saúde que funcione como porta de entrada e ofereça retaguarda hospitalar e ambulatorial para os pacientes. Trata-se portanto, do aperfeiçoamento dos serviços oferecidos pela rede.

Assim, para a implantação de um Serviço de internação domiciliar, é necessário definir quais os tipos de serviços viáveis no município, considerando as maiores necessidades e as possibilidades locais em termos de profissionais, equipamentos e investimentos. O Serviço requer equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, e outras especialidades, como nutricionistas, psicólogos, etc.

É importante ainda, estabelecer critérios de seleção das regiões ou pacientes a serem atendidos, não deixando de avaliar condições existentes na residência dos pacientes e suas possibilidades de receber cuidados de saúde em casa.

Desse modo, a internação domiciliar é aconselhável aos Sistemas Locais de Saúde onde houver carência de leitos hospitalares públicos, destacando que a desconcentração das unidades hospitalares gera benefícios econômicos e sociais.

Os benefícios econômicos, como a racionalização do uso dos recursos, pela redução dos custos com hotelaria; aumento da disponibilidade das pessoas para o trabalho, pela maior oferta do acesso ao tratamento e redução do tempo gasto por pacientes e acompanhantes para obter atendimento, com a melhoria do estado geral de saúde da população; e os benefícios sociais, como o aumento da oferta de leitos hospitalares, fator relevante a um país como o Brasil, onde existe má distribuição de leitos e carência em muitos municípios, além de maior dignidade para os paciente terminais e diminuição das taxas de infecção hospitalar.

## BIBLIOGRAFIA

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método na Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira, 2001

BOGDAN,R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Uma introdução à teoria e aos métodos. São Paulo: Porto Editora, 1996

BOURDIEU P, organizador. **A miséria do mundo**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998

CAMPOS, GWS, organizador. **Razão e planejamento**. São Paulo: Hucitec; 1989

CAMPOS GWS. **Paidéia e modelo de atenção**: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 103-21

CARLETTI, SMM, REJANI, MI. **Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso**. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996

CASTRO, C.M. **A Prática da Pesquisa**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1977

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. F.; PINEAULT R. **A avaliação na área da saúde:conceitos e métodos**. In: Hartz Z. M. A. (org.). Avaliação em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,19-48.1997

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994

COTTA M. M. et al. **La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas**. Rev. Panam. Salud Publica/ Pan Am/ Public Health 10 (1), 2001

COTTA, T. C. **Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultado e impacto.** Ver. Do Serviço Público. Ano 49, nº2, Abr-Jun 1998

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1981.

DESLANDES, S. F. **Concepções em Pesquisa Social: articulações com campo da avaliação em serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, jan/mar. 1997, vol.13, nº.1., p.103-107.ISSN 0102-311X

DIECKMANN, J. **Home Health Administration: An Overview.** In: HARRIS, M. Handbook of Home Care Administration. USA: Aspen Publication, 1997, PP. 3-13

DUARTE, Y.A. de O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico** . In: COTTA et al. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev. Panam. Salud Publica/ Pan Am/ Public Health 10 (1), (p. 3-16), 2001

FREITAS, AVS; BITTENCOURT, CMM. **Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar:** relato de experiência. Rev Baiana Enfermagem 2000;13(1/2):103-7.

FURTADO, J.P. **Um método construtivista para avaliação em saúde.** Ciênc.saúde coletiva, 2001, vol.6, nº 1, p.165-181. ISSN 14138123

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1994

LEVCOVITZ E, GARRIDO, NG. **Saúde da família:** a procura de um modelo enunciado. *Cad Saúde Família* 1996;1(1):3-15.

MARCONI, M. de A. e LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa:** Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnica de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo, Atlas, 1986.

MARRELLI, TM. **Welcome to home care: the health care setting of the future.** In: Marrelli TM. Handbook of Home Health Orientation Mosby, St. Louis, 1997

MENDES, EV. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996

MENDES JUNIOR, W. V. **Home Care: Uma modalidade de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001

MERCIER C. **L'évaluation des programmes d'intervention en milieu naturel.** La La Revue Canadienne d'Évaluation de Programme. 5(1): 1-16.1990

MINAYO, Maria Cecília. **Fase de Trabalho de Campo.** In: O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992, p. 105-196

MINAYO MC. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Pesquisa Social – Teoria Método e Criatividade.** 3 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994

MONTEIRO e MONTEIRO, **Atendimento Domiciliar – Um enfoque multidisciplinar de atenção ao idoso.** In: Calkins E, Ford AB, Katz P. Geriatria Prática. Rio de Janeiro: Revinter, 2000

NAKAGAWA, A. et al. **Influência do atendimento médico domiciliar no tratamento de pacientes com doenças crônicas.** Revista de Administração em Saúde -Vol.5, Nº 19 – Abr-jun (26-30), 2003

NETO, Otávio C. **O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação.** In MINAYO, Maria Cecília (Org.). Pesquisa Social – Teoria Método e Criatividade. 3 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 51-66.

NORONHA, J.; UGÁ, M. O Sistema de Saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, Labra. **Sistema de Saúde – Continuidade e Mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, pp. 177-219

OSTERNE, M. do S. F. **O Projeto de Pesquisa e a Monografia**: Etapas Fundamentais do Trabalho Científico. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará/IEPRO, 2000

PEDRO, A.D. **Memória do Serviço de Assistência Domiciliar**. Rio de Janeiro: Hospital do Servidor Público Estadual, 1998 (mimeo)

PROTNOW J., SAMUELS A.J **Tratamento Domiciliar**. In: Calkins E, Ford AB, Katz P. Geriatria Prática. Rio de Janeiro: Revinter, 1994

TANAKA, Oswaldo; MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente. Um modo de fazer**. São Paulo, 2001

TEIXEIRA, CF. Modelos de atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 79-99



## **Documentos:**

**Portaria Nº 2.416**, de 23 de março de 1998 – Ministério da Saúde. Brasil

Brasil. **Lei 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 16 abr 2002. p. 1

Brasil. **Portaria nº 1892**, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a internação domiciliar no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 22 dez 1997.

**Programa de Internação Domiciliar** – Hospital Municipal de Maracanaú.  
Maracanaú-Ce: Maio/2004

Brasil. **Lei 10.741** de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.





**P.I.D.**  
**PROGRAMA**  
**DE**  
**INTERNAÇÃO**  
**DOMICILIAR**

**MARACANAÚ - CE**

**MAIO - 2004**

# PREFEITURA MUNICIPAL DE MARACANAÚ

Prefeito: Júlio César Costa Lima

HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ

SECRETÁRIO DE GESTÃO HOSPITALAR

Francisco Sales de Macedo Júnior

DIRETOR CLÍNICO/TÉCNICO

Antônio Maurício de Carvalho Alves

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Wilma-Ney Lopes Bastos

COORDENADOR DO PID

Jorgelino José Prado Gondim Oliveira

## **ELABORAÇÃO:**

***Jorgelino José Prado Gondim Oliveira – Médico – Coordenador PID***

Glória Maria de Paula Soares Lima – Enfermeira  
Eloísa V. Damasceno de Freitas – Acadêmica de Serviço Social  
Raquel Albuquerque - Fisioterapeuta

## **COLABORAÇÃO:**

Wilma-Ney Lopes Bastos  
Diretora Administrativa – HMMc

*Humberto Correia Mota Neto*  
Assessor Voluntário / Diretoria Administrativa

## **APROVAÇÃO:**

Antonio Maurício de Carvalho Alves  
Diretor Clínico/Técnico -HMMc

Francisco Sales de Macedo Junior  
Secretário Municipal de Gestão Hospitalar

## **NORMATIZAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR-PID: HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ – HMMc**

### **I. Definição**

A assistência ao paciente em domicílio é uma tendência mundial tanto no âmbito de serviços particulares como também públicos. É uma modalidade assistencial que começa a ser mais utilizada devido a crescente demanda nas unidades hospitalares, principalmente de pacientes idosos portadores de doença crônica levando a superlotação, com conseqüente queda da qualidade de serviços; a elevação dos custos hospitalares, dada a longa permanência de internações e a maior exposição a uma série de agravos, em particular a depressão, em face dos longos períodos de internação e do afastamento das famílias que podem acelerar a evolução de várias patologias e comprometer a qualidade de vida.

A internação domiciliar é uma das modalidades de assistência domiciliar que pode ser definida como uma prestação de serviço de saúde às pessoas de qualquer idade em seus domicílios. De maneira geral, nos países mais desenvolvidos e também no Brasil, sua utilização é mais frequente na população idosa acima de 65 anos de idade. Tem como finalidade promover, manter ou restabelecer a saúde ou minimizar os efeitos de enfermidades e inaptidões.

O Hospital Municipal de Maracanaú, instituição de nível secundário e integrado à rede SUS, percebendo essa tendência, tem como serviço oferecido à população o Programa de Internação Domiciliar (PID).

Pautado na portaria nº 2416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde e no documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado após II Encontro de Assistência Domiciliar, o Hospital Municipal de Maracanaú resolve normatizar as rotinas do programa, para que continue a oferecer um serviço de qualidade e com elevado nível de satisfação da comunidade hospitalar.

## **2. Objetivos**

### **2.1 – Geral**

Prestar um serviço de saúde no domicílio do paciente, promovendo, mantendo ou restabelecendo à saúde ou minimizando os efeitos de enfermidades e inaptidões.

### **2.2 – Específicos**

- Humanizar o atendimento, proporcionando conforto e segurança aos usuários, contribuindo para melhorar a qualidade de vida;
- Proporcionar ao paciente o retorno ao convívio familiar;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares;
- Reduzir riscos de infecção hospitalar;
- Contribuir para a racionalização de gastos públicos.

## **3. A quem se destina o PID**

Serão atendidos pacientes acamados, portadores de enfermidades crônicas: insuficiência cardíaca, doença vascular cerebral, diabetes e hipertensão arterial. Pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação e pacientes portadores de neoplasia em fase terminal. Ou ainda pacientes acamados necessitando de cuidados específicos de estomaterapia.

O serviço oferecido pelo programa do HMMc determina, para cada equipe multiprofissional (01 médico, 01 enfermeira, 01 assistente social, e 01 fisioterapeuta), um limite de 25 pacientes adultos assistidos, sendo 5 pacientes acompanhados devido a dependência contínua de oxigênio (oxigenoterapia). Como complemento, poderão agregar-se à equipe, quando se fizer necessário, profissionais de nutrição, de terapia ocupacional, e outros.

### **3.1 – Critérios para admissão**

- A internação domiciliar só pode ser realizada após uma internação hospitalar e suas causas devem estar relacionadas,
- Somente serão atendidos pacientes residentes em Maracanaú, que disponham de cuidador/responsável orientado e esclarecido,
- A internação hospitalar que precede a internação domiciliar deve ter duração mínima de pelo menos a metade do tempo médio estabelecido para o procedimento realizado,
- A internação domiciliar só pode ser realizada após a avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio, com antecedência mínima de 48 horas antes da alta hospitalar,
- As condições familiares, domiciliares e do cuidado ao paciente devem ser avaliadas por membro da equipe de saúde que expedirá um laudo específico de autorização. A internação domiciliar deverá ter anuência da família e também do paciente, se possível.

### **3.2. Condições prioritárias para internação**

Pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano.

### **3.3. Documentações necessárias e registros**

Todas as informações sobre o paciente e sua evolução deverão ser registradas no prontuário.

A folha de evolução é multiprofissional, portanto, após visita domiciliar, o profissional registrará cada procedimento realizado. No prontuário é necessário conter os seguintes documentos:

- Encaminhamento da internação;
- Avaliação médica/enfermagem/fisioterapia/estomaterapia;
- Ficha social
- Termo de compromisso da família;
- Folha de evolução.

Após a admissão, o paciente receberá um crachá de identificação para atendimento prioritário a ser apresentado em situação de emergência/urgência no SPA do HMMc, haja vista que não é atribuição do PID atender estes casos.

#### **4. Equipe**

A equipe base (mínima) e multidisciplinar do PID constitui-se de: um médico, uma enfermeira, uma assistente social e uma fisioterapeuta. Além da equipe base, o hospital deve colocar à disposição outros profissionais para o cuidado especializado, quando assim se fizer necessário ao paciente da internação domiciliar .

Como suporte a esta equipe, a Instituição deverá disponibilizar: uma secretária e um motorista..

##### **4.1. Atribuições dos profissionais da equipe**

###### **Gerais**

A equipe do PID deverá estabelecer uma conduta humanizada junto aos pacientes e seus familiares, procurando a eficiência e a satisfação do cliente, bem como zelar pelo bom relacionamento entre todos os seus componentes.

Estes deverão participar das reuniões para a avaliação do desempenho do programa e tomadas de providências necessárias, além de manter compromisso, assiduidade e pontualidade.

Exercer atividade com zelo, obedecendo aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo, preservando a honra, o prestígio e as tradições da profissão.



## Específicas

### ▪ **Médico (Coordenador Geral)**

- Planejar e desenvolver a prática da assistência médica;
- Coordenar, acompanhar e discutir admissão, permanência e alta do paciente no programa, de acordo com os critérios estabelecidos pela equipe;
- Elaborar um plano terapêutico para os pacientes incluídos no programa;
- Prescrever medicamentos e cuidados;
- Emitir laudos e atestados que forem necessários;
- Participar das orientações às famílias dos pacientes antes da desospitalização;
- Combinar com médico assistente do paciente data e condição da alta hospitalar;
- Realizar visita domiciliar dos pacientes para avaliação de rotina e em caso de intercorrência médica, para decidir conduta terapêutica e orientar os cuidadores;
- Providenciar a emissão de parecer de qualquer outra especialidade médica que se fizer necessária no atendimento do paciente;

### ▪ **Enfermeira (Coordenador Técnico)**

- Visitar pacientes que estão com solicitação de parecer para entrada no PID, e elaborar parecer de enfermagem;
- Supervisionar toda a preparação para alta do paciente que ingressará no programa (transporte, funcionamento das sondas, consultas agendadas, se houver, etc...);
- Programar juntamente com os outros membros da equipe o calendário de visitas;
- Checar todo material necessário, com antecedência, para a realização das visitas domiciliares;
- Elaborar um plano de cuidados de enfermagem;
- Orientar os pacientes e familiares que ingressarão no programa;
- Avaliar inicial e continuamente o ambiente do lar e as condições do cuidador quanto à demanda terapêutica do paciente;
- Treinar e supervisionar o cuidador por meio de instruções detalhadas e estratégias de ensino – aprendizagem pertinentes ao seu grau de compreensão e habilidades;
- Dar apoio aos familiares nas intercorrências e articular-se com os outros membros da equipe para resolução de problemas;

- Realizar visitas domiciliares, e acompanhar procedimentos realizados pelo cuidador;
- Estabelecer e revisar os diagnósticos de enfermagem a cada visita;
- Assistir a demanda do cuidado especializado que não pode ser prestado pelo cuidador;
- Manter o cliente e a família informados sobre o diagnóstico, tratamento e evolução;
- Elaborar relatórios de avaliação;
- Promover reuniões sistemáticas com cuidadores e equipe.

▪ **Assistente Social**

- Apresentar parecer técnico, tendo como instrumento a ficha social;
- Esclarecer familiares sobre o PID e seu funcionamento: as normas do programa, direitos e deveres do paciente e familiares, admissão e desligamento;
- Fomentar a participação dos familiares no tratamento e acompanhamento do paciente;
- Acompanhar pacientes, através de visitas domiciliares ou contatos telefônicos;
- Orientar a família quanto aos direitos garantidos pela seguridade social;
- Encaminhar a família para outros serviços disponíveis à comunidade;
- Estimular o cuidador a tirar dúvidas com a equipe interdisciplinar;
- Reforçar a importância do cuidador na melhoria da qualidade de vida do paciente;
- Estimular a família a propiciar, dentro da realidade de casa, um ambiente mais digno para o paciente;

▪ **Fisioterapeuta**

- Elaborar o diagnóstico cinético-funcional compreendido como avaliação físico-funcional, detectando desvios intercorrentes na estrutura e no funcionamento;
- Prescrever técnicas próprias da fisioterapia induzindo o processo terapêutico no paciente;
- Dar alta fisioterápica utilizando critério de reavaliações sucessivas que demonstrem a necessidade ou não da continuidade do tratamento;
- Prestar assistência fisioterápica a pacientes com: disfunção decorrente de lesão do Sistema Nervoso Central e/ou periférico, disfunção decorrente de alteração do

Sistema músculo-esquelético, disfunção decorrente de alteração do Sistema Respiratório, no pré e pós cirúrgico;

- Orientar, de forma continuada, o cuidador e a família no que diz respeito a mudança postural no leito, prevenção de contraturas e deformidades, indicação de próteses e órteses quando necessário.

### **Normatização específica do serviço de fisioterapia**

- Fica determinado que uma vez enquadrado no programa o paciente terá direito a assistência fisioterápica, após avaliação cinético-funcional;
- O paciente terá direito a um acompanhamento bimestral, com sessões continuadas;
- A família compromete-se a dar continuidade ao tratamento fisioterápico ambulatorial;
- Pacientes acamados clinicamente estáveis, obterão alta domiciliar, porém terão continuidade de atendimento fisioterápico com o número de sessões a serem definidas pelo fisioterapeuta.
- É vetado o uso do transporte do PID para levar pacientes a tratamentos fisioterápico ambulatorial;
- O programa não se responsabiliza por próteses e/ou órteses quando necessário, é de responsabilidade da família.

### **▪ Secretária**

- Pegar os prontuários e depois arquivá-los no setor de SPP;
- Receber nos setores de referência os materiais que foram solicitados;
- Manter atualizado os prontuários dos pacientes do programa, encaminhamentos de alta e óbitos;
- Receber os resultados dos exames solicitados e colocar nos respectivos prontuários;
- Recepcionar e contactar familiares de pacientes assistidos pelo programa quando necessário.

- **Motorista**

- Organizar o roteiro de visitas domiciliares;
- Zelar pelo bom funcionamento do transporte;
- Comunicar a equipe quando solicitado a fazer um serviço extra PID.

## 5. Desligamento do programa

- **Óbito** - o prontuário de pacientes ficará no SPP. É dever do médico do programa fornecer a declaração de óbito quando este acontecer no horário de funcionamento do PID. No entanto, quando o óbito domiciliar ocorrer em finais de semana, feriados ou por qualquer impedimento do médico do programa, a D.O será emitida por médico plantonista do SPA, mediante prontuário. O transporte do SOS buscará o corpo. O carro do PID ficará a disposição do médico para leva-lo até o domicílio onde ocorrera o fato, se assim ele decidir.
  
- **Alta domiciliar**- a alta domiciliar deve ser planejada como a alta hospitalar. Terá alta paciente com quadro clínico estável, em condição de acompanhamento ambulatorial pela equipe do PSF, após seu encaminhamento através de ficha de referência emitida pelo médico do programa.
  
- **Alta por descumprimento das orientações da equipe**- uma vez detectado o não cumprimento das orientações estabelecidas pelo programa, a equipe poderá decidir pelo desligamento do paciente e encaminha-lo ao PSF, justificando essa decisão.

## 6. Material a ser disponibilizado pelo HMMc

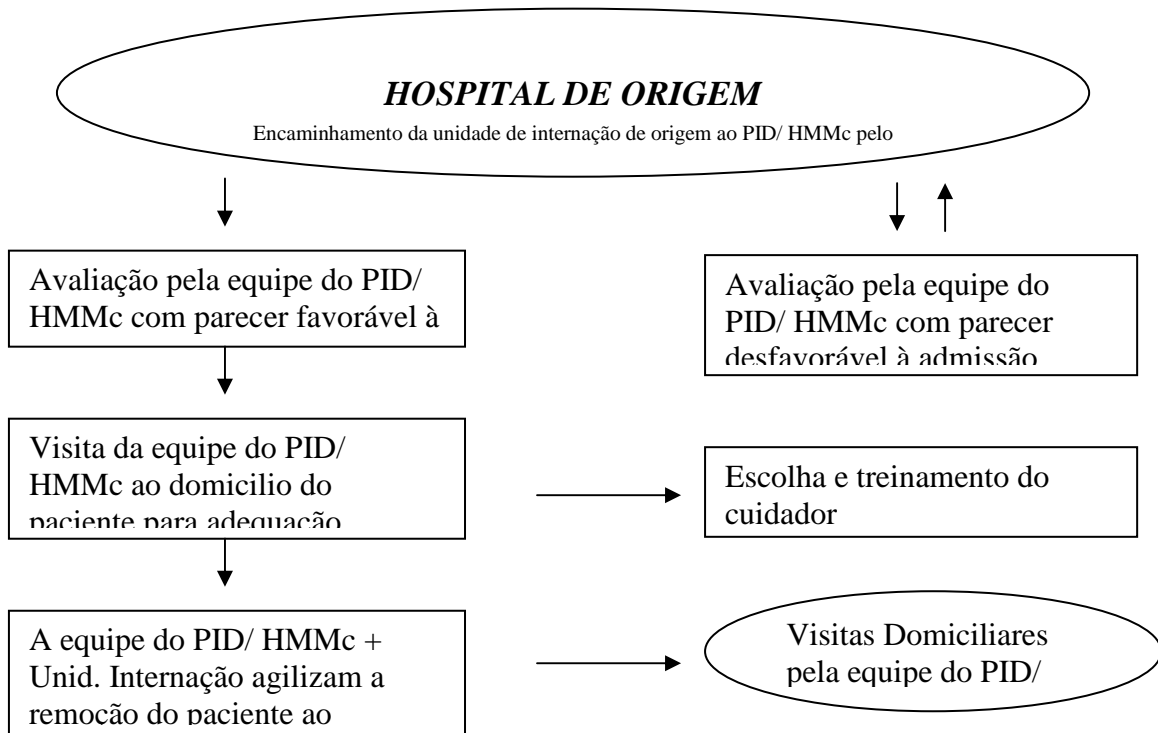
Diante do perfil de pacientes atendidos pelo PID se faz necessário a disponibilidade dos seguintes materiais:

<b>Materiais disponibilizados pelo HMMc</b>	<b>Materiais não disponibilizados pelo HMMc</b>
Colchão hospitalar para empréstimo	Fraldas descartáveis
Cama hospitalar para empréstimo	Colchão articular
Concentrador de oxigênio (cobertura para o máximo de 05 pacientes)	Cadeira higiênica

Óleo de girassol	Cadeira de rodas
Micropore	Analgésico controlado
Bala de oxigênio	
Gases simples e acolchoadas	
Pomada sulfadiazina de prata	
Alginato de cálcio	
Hidrogel	
Ácidos graxos	
Curativos estéreis	
Soro fisiológico	
Luvas	
Máscaras	
Sondas	
Catéteres	
Glicosímetro e fita teste para glicemia	
Tensiômetro e estetoscópio	
Aspirador	
Medicação específica	

## Anexo 1 – Fluxo de Admissão de Pacientes ao PID/HMMc

### Fluxo de admissão ao PID/HMMc



### Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Gesthos Gestão Hospitalar: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde: Módulo II: Gestão Contemporânea nas organizações de Saúde. Brasília 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2416 de 23 de março de 1998

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Guia de Procedimento HIV/AIDS. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília 1999.

Associação Brasileira de Fisioterapia. Referencial Nacional de Honorários Fisioterápicos. 1998.

# **APÊNDICES**

## ITENS DE VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

### Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário nº \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Sexo: 1)  M 2)  F

Idade: 1)  60 a 65 anos 2)  66 a 70 anos 3)  71 a 75 anos 4)  76 a 80 anos  
5)  81 a 90 anos

### Perfil Sócio-econômico:

Escolaridade: 1)  analfabeto 2)  1º grau incompleto

Ocupação/sustento: 1)  aposentado(a) 2)  Dona de casa – sem renda

Habitação: 1)  própria quitada ou financiada 2)  de parentes

Quantidade de membros do grupo familiar: 1)  até 2 pessoas 2)  3 a 5 pessoas  
3)  6 a 10 pessoas

Renda familiar (soma da renda de todos os membros do grupo familiar): 1)  até 1 salário mínimo(sm)  
2)  entre 1 e 2 sm  
3)  mais de 2sm

### Sobre a Internação Domiciliar:

Unidade de encaminhamento: 1)  HMMc 2)  PSF 3)  Hospital de Fortaleza

Grau de parentesco do cuidador: 1)  Filho 2)  parentes de 2º grau 3)  amigo

Paciente solicitou desligamento do Programa em algum momento? 1)  Sim 2)  Não

Teve quadro clínico complicado em alguma ocasião, sendo re-internado? 1)  Sim 2)  Não

Em caso de sim, quando? \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s): 1)  diabetes melitus tipo II 2)  complicações pós-cirúrgicas 3)  neoplasias  
4)  úlcera varicose (pé diab.) 5)  úlcera de pressão 6)  artrose  
7)  hipertensão 8)  seqüela AVC

Tratamento indicado (terapêutica): 1)  antibioticoterapia 2)  estomaterapia  
3)  anti-diabéticos 4)  cuidados preventivos  
5)  anti-hipertensivos

Itens de suporte liberados para o paciente:

1)  cama 2)  colchão 3)  medicamento 4)  respirador 5)  outros

Média de visitas realizadas por mês no domicílio ao paciente:

1)  1 2)  2 3)  3 4)  4 5)  mais de 4

Observações importantes:

---



---



---



---



---

Data da verificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_



**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES DO PROGRAMA**

Qual o significado do Programa de Internação Domiciliar (PID) para sua vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**VERIFICAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DO PROGRAMA**

(Itens a serem verificados na ocasião das entrevistas)

Nome: \_\_\_\_\_

1. Quanto ao atendimento/atenção da equipe de profissionais do Programa:

1)  satisfatório                      2)  razoavelmente satisfatório                      3)  insatisfatório

Justificativas:

---

---

---

2. Quanto aos itens de suporte disponibilizados pelo Programa para suporte da internação domiciliar:

1)  satisfatório                      2)  razoavelmente satisfatório                      3)  insatisfatório

Justificativas:

---

---

---

3. Quanto a frequência das visitas da equipe ao domicílio:

1)  satisfatório                      2)  razoavelmente satisfatório                      3)  insatisfatório

Justificativas:

---

---

---

4. Quanto ao atendimento da equipe do Programa, quando de sua procura no próprio hospital para esclarecimento de dúvidas:

1)  satisfatório                      2)  razoavelmente satisfatório                      3)  insatisfatório

Justificativas:

---

---

---

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA**

Nome: \_\_\_\_\_

Formação acadêmica: \_\_\_\_\_

Fez algum curso sobre internação domiciliar?

1)  Sim      2)  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Qual sua avaliação sobre o Programa ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quanto tempo é gasto, aproximadamente, para a realização de cada visita, considerando o momento da saída do hospital até o momento da finalização da visita?

---

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Entrevistador: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO HMMc**

Quais os motivos de implantação do PID?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Qual a sua avaliação sobre o Programa?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_



**ITENS DE VERIFICAÇÃO DOS CUSTOS MENSAIS :**  
**INTERNACÃO HOSPITALAR X INTENACÃO DOMICILIAR**

Internação hospitalar					Internação domiciliar				
Componente	Unid.	Quant. 30 dias	Custo unitário	Custo total	Componente	Unid.	Quant. 30 dias	Custo unitário	Custo total
Equipe técnica*					Equipe técnica**				
Material médico-hosp. e medicament					Material médico-hosp. e medicament				
SADT					SADT				
Custos administrativos ***					Custos administrativos ****				

\*médico, ass.social, enfermeira, aux. de enfermagem , fisioterapeuta, secretária, contínuo, zelador, copeiro, cozinheiro, auxiliar de lavanderia, Farmacêutico, auxiliar de farmácia, Nutricionista, auxiliar de manutenção, maqueiro

\*\* médico, ass. social, enfermeira, fisioterapeuta, motorista, secretária

\*\*\* energia, água, telefone, impressos, medicamentos e materiais médico-hospitalares, equipamentos, manutenção do espaço físico e mobiliários; alimentação para pacientes 6 x dia; e para acompanhantes 3x dia; roupas de cama, banho e vestimenta para pacientes.

\*\*\*\* impressos, mobiliários sob empréstimo, medicamentos e materiais médico-hospitalares

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)