

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DO VALE DO RIO PARDO/RS: um relato de experiência

Vânia Rosimeri Frantz Schlesener¹, Suzane Beatriz Frantz Krug²

RESUMO

O Sistema de Internação Domiciliar é uma nova proposta de assistência a pacientes internados em hospitais, que, ao apresentarem alguma melhora em seu quadro de saúde inicial, poderá ser destinado à internação no domicílio. Esta nova modalidade de assistência, segundo a Portaria 2.529 de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde, visa desenvolver o auto-cuidado, criando um novo foco à saúde, que atualmente centra-se na assistência hospitalar, gerando superlotações nas instituições públicas de saúde, elevados índices de infecção, consequentes da hospitalização prolongada ou alta hospitalar, na qual o paciente não é educado para dar continuidade ao tratamento no seu domicílio, acarretando possíveis reinternações e elevados gastos aos cofres públicos. A atual necessidade de relatar a busca de novas alternativas de trabalho e melhorar a assistência ao paciente doente, resgatando o auto-cuidado no domicílio, envolvendo os familiares neste processo de cura e bem estar, vem a ser o objetivo deste estudo através da implantação e acompanhamento do sistema de internação domiciliar, junto a uma instituição de saúde no Vale do Rio Pardo. Como metodologia, utilizou-se o relato descritivo das experiências vivenciadas, descrevendo cada etapa do processo de implantação. Deste modo, realizar este trabalho foi prazeroso, pois destaca a importância desta modalidade de assistência para o paciente e para a formação do profissional enfermeiro, contribuindo para o constante desenvolvimento de uma área de atenção promissora, de oportunidades de crescimento para profissionais da saúde.

Palavras-Chave: Assistência domiciliar, enfermagem, cuidador, domicilio e auto-cuidado.

DEPLOYMENT OF HOUSEHOLD HOSPITAL SYSTEM IN A HOSPITAL INSTITUTION OF VALE DO RIO PARDO / RS: an experience report

ABSTRACT

The Home Care System is a new proposal of patient care in hospitals, which, by presenting some improvement in their initial health framework, may be allocated to hospital at home. This new modality of assistance, according to the Decree 2529 of 19 October 2006, the Ministry of Health, aims to develop self-care, creating a new focus on health, which currently focuses on hospital care, creating overcrowding in public institutions health, high rates of infection, resulting in prolonged hospitalization or discharge, in which the patient is not educated to continue the treatment at home, leading to possible hospitalizations and higher costs to the public coffers. The current need for new alternatives and work to improve patient care patient, recovering self-care at home, involving family members in the process of healing and wellness, becomes the objective of this study through the implementation and monitoring of the system hospitalization, next to a health institution in Vale do Rio Pardo. The methodology used the descriptive account of experiences, describing each step of the deployment process. Thus, performing this work was enjoyable because highlights the importance of this form of care for the patient and for the training of nurses, contributing to the ongoing development of an area of attention promising growth opportunities for our profession.

Keywords: Household assistance, nursing, caregiver, home and self-care.

¹ Enfermeira da Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, Pós Graduação em Administração dos Serviços de Enfermagem IACHS – RS - Email: vaniaf@unisc.br

² Enfermeira, Doutora em Serviço Social, Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem sido crescente no mundo inteiro os questionamentos e movimentos que buscam respostas para o fenômeno dos altos custos com a atenção hospitalar e com a insatisfatória resposta comprovada pelos indicadores da qualidade de saúde das populações. A análise dos gastos públicos com atenção à saúde revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, decorrentes do uso crescente de alta tecnologia¹.

Desta forma, sente-se a necessidade da construção de uma lógica de atenção com enfoque na promoção, prevenção à saúde e humanização da atenção, fazendo-se necessárias novas formas de atuação, novos espaços e processos de trabalho que incluam: hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o auto-cuidado, incorporando os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades¹.

Merhy² acredita que se faz necessário buscar um modo diferente de “se fazer saúde”, que implique na possibilidade de se forjar novos processos de produção de sujeitos sociais, obrigatoriamente vinculados a possibilidade de se produzir nos cotidianos institucionais “novos agentes”, comprometidos com outras perspectivas. Um modo de agir em saúde que esteja organicamente implicado com a produção de uma nova relação trabalhadores/usuários de serviços de saúde, em todos os lugares que este processo de relação operar.

Segundo Mezomo³, o mundo está passando por grandes mudanças e o sistema de atendimento à saúde precisa se adequar a elas. Hospitais e serviços devem mudar não apenas fisicamente, mas também em sua atitude com relação, sobretudo, ao paciente, porque a qualidade não é simples questão técnica ou filosófica, mas uma prática e um compromisso permanente de busca do “defeito zero”: zero erro, zero infecção, zero insatisfação e zero queixa.

Nesse contexto, a missão do hospital é prestar a assistência de forma resolutiva e humanizada, onde o paciente participa enquanto sujeito de seu processo de cura. Para tanto, o trabalho é realizado por equipes multiprofissionais que se responsabilizam por todo o acompanhamento do doente internado, elaborando projetos terapêuticos específicos para cada caso. O acompanhamento é horizontalizado, com a mesma equipe avaliando diariamente a evolução de seus pacientes, estimula-se o vínculo entre a equipe e o paciente e a responsabilização da equipe para com a cura deste⁴.

A internação hospitalar é indiscutivelmente importante e necessária como componente de qualquer política de saúde, mas não é a única e sequer a mais importante. Com o envelhecimento da população e a cronificação de certas doenças, modalidades alternativas a hospitalização que utilizam o domicílio como lugar de cura e cuidado tem apresentado rápido e expressivo crescimento no Brasil, fazendo-se necessário a construção do novo modelo assistencial que visa reduzir custos e o tempo de internação hospitalar. Cria-se, então uma nova política, a Internação Domiciliar, recentemente adotada pelo Governo Federal para pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde¹.

A busca por uma atenção à saúde de forma segura e eficaz, direcionada para pacientes possuidores de doenças agudas ou crônicas, oncológicas, portadoras de seqüelas variadas e com história de frequentes reinternações hospitalares, motivou o Ministério da Saúde a desenvolver um Sistema de Assistência no Domicílio, que posteriormente, na instituição de saúde onde implantou-se o projeto, chamou-se de Sistema de Internação Domiciliar (SID). Segundo Silva¹, o Governo Federal criou o Sistema de Assistência no Domiciliar com o intuito de desafogar a superlotação nos hospitais, disponibilizando um maior número de vagas a pacientes com problemas de saúde de maior complexidade. A internação domiciliar é uma diretriz para a equipe básica de saúde, sendo que a mesma não substitui a internação hospitalar, e deve sempre ser usada com o 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, juntamente com estrutura e recursos disponíveis no município o permitirem.

Desta forma, esse estudo trata de um relato de experiência sobre a implantação do Sistema de Internação Domiciliar (SID), e acompanhamento de suas atividades junto a uma instituição hospitalar. Objetivou-se relatar a experiência vivenciada durante este período, apontando as etapas desenvolvidas, bem como as dificuldades e facilidades encontradas durante essa trajetória.

MÉTODOS

Representa um relato descritivo acerca da experiência sobre a implantação do Sistema de Internação Domiciliar em um hospital do Vale do Rio Pardo, região central do Rio Grande do Sul, onde pretende-se descrever e analisar o desenvolver deste processo, seguindo diretrizes da portaria 2.529 de 19 de outubro de 2006 do Ministério da Saúde⁵.

A casa de saúde onde desenvolveu-se o projeto é uma instituição filantrópica, com 80 leitos, 325 funcionários e corpo clínico composto por 180 médicos. Atua principalmente nas áreas de cardiologia, nefrologia, e oncologia, onde é referência regional pelo Sistema Único de Saúde, como Unidade de Alta Complexidade para o tratamento oncológico, sendo este, fator principal para o desenvolvimento do projeto, considerando o longo período de internação dos pacientes oncológicos, principalmente, os pacientes em estágio final da doença.

O município onde se situa a instituição de saúde possui uma população de 118.374 habitantes; na economia, predomina a indústria e o cultivo do fumo em folha. Na saúde é gestão plena, possui três hospitais, que totalizam 426 leitos de internação, as neoplasias, seguido por doenças pulmonares, são as principais morbidades hospitalares, segundo dados do IBGE⁶.

Para o desenvolvimento do projeto, enviou-se a proposta de trabalho para a administração executiva do hospital, onde se obteve o parecer favorável, e após vários encontros estruturou-se a equipe e elaboraram-se as etapas de implantação da proposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define assistência domiciliar como “a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais, com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna”⁷.

A equipe multiprofissional, a atuar no programa, sempre ressaltou que levar o paciente pra casa, não pode caracterizar uma desospitalização precoce. O programa visa buscar uma atenção à saúde de forma segura e eficaz, que promova conforto e segurança para o paciente e a família. O trabalho de conscientização se estendeu a todos os profissionais do hospital, que se tornaram parceiros do projeto e auxiliaram no mapeamento dos pacientes em condições de concluir o tratamento no domicílio, e também aos profissionais da Estratégia da Saúde da Família a atuar no município. As capacitações com todos os sujeitos do estudo foram satisfatórias e facilitaram a implantação do projeto, pois obteve-se o apoio da equipe do hospital e da Secretaria de Saúde do município.

A permanência máxima do paciente no SID é de trinta dias, durante este período a equipe tem um papel fundamental, preparar o paciente e a família para dar continuidade ao tratamento após a alta do programa, focando-se a educação quanto aos cuidados necessários como: oferecer as medicações nos horários corretos, realizar as atividades de higiene e conforto, curativos, manipular sondas e bolsas em placa, instalar e monitorar dietas, movimentar o paciente no leito. Durante o período de internação no domicílio, sempre procurou-se atuar em parceria com a equipe do ESF, pois após a alta do programa, os mesmos continuarão a acompanhar o paciente com visitas semanais ao domicílio.

Etapas e vivências no processo de implantação da proposta

Para a implantação da proposta estabeleceram-se varias etapas, onde, através de reuniões, a equipe multiprofissional composta por médico da família, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social, discutiram-se as dificuldades, e através das vivências e necessidades do hospital, elaboraram-se as fases de implantação.

Desta forma, com o desenvolvimento do projeto de Sistema de Internação Domiciliar, estabeleceu-se que pacientes oncológicos e crônicos, internados pelo Sistema Único de Saúde no hospital, poderiam integrar o programa, e para seu bom funcionamento definiram-se alguns conceitos e critérios relatados a seguir.

a) Conceitos e critérios para inclusão dos pacientes no Sistema de Internação Domiciliar (SID)

Poderá integrar o programa os pacientes internado na instituição de saúde que desenvolve o projeto e que atendem aos seguintes critérios:

- pacientes que possuem um cuidador;
- consentimento da família e da pessoa enferma;
- condições de infra estrutura no domicilio para assistência domiciliar;
- more na área de abrangência do programa;
- enfermos que necessitem de uso contínuo de infusões parenterais, tais como quimioterápicos, transfusões sanguíneas, entre outros, será avaliado pela equipe suas condições e recursos para prestar este tipo de assistência.

b) Critérios de alta ou desligamento do paciente do SID

Receberá alta do programa o paciente que:

- apresentar melhora em seu estado de saúde e que após avaliação do médico juntamente com a equipe de enfermagem não necessita mais de acompanhamento diário pela equipe no domicilio, sendo então encaminhado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Posto de Saúde de abrangência;
- apresentar piora em seu quadro de saúde e necessitar de nova internação hospitalar.

Será desligado do programa o paciente que:

- não possua um cuidador e/ou não aceitar desenvolver o plano de cuidado/tratamento prescrito;
- não aceitam o acompanhamento;
- deslocara-se da área de abrangência;
- ausência de condições domiciliares mínimas que comprometam a resolatividade da assistência domiciliar;
- opção do doente e da família por prescrições contraria as da equipe.
- óbito.

A portaria 2.529, no artigo 9º, ainda define critérios de exclusão dos usuários do SID, devido complexidade do modelo proposto, onde, pacientes em ventilação mecânica, com necessidade de monitorização continua, necessidade de enfermagem intensiva, pacientes que necessitam de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em sequencia com urgência, pacientes que estejam fazendo uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração, pacientes que necessitam de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e que não tenham um cuidador contínuo identificado, devem ser excluídos do Sistema de Internação Domiciliar⁵.

c) Fluxo de recepção e avaliação das solicitações para internação domiciliar

A solicitação para internação domiciliar para os pacientes internados no hospital deve ser prescrita no prontuário do paciente somente pelo médico assistente da internação hospitalar. A enfermeira do SID ou da unidade de internação, pode sugerir ao profissional médico o serviço de internação domiciliar para pacientes que apresentaram melhora em seu quadro e possivelmente teriam condições de concluir o tratamento no domicílio com o auxílio da equipe do SID.

Após a solicitação do médico, a enfermeira do SID juntamente com a assistente social realiza a abordagem ao paciente e família, onde se esclarece o funcionamento do sistema, agenda-se a visita domiciliar e após identificação do cuidador, inicia-se a capacitação do mesmo, quanto aos cuidados no domicílio.

d) Processo de inclusão da família e moradia

No contexto familiar teve-se a preocupação de conhecer os envolvidos com o paciente durante seu período de internação hospitalar, onde a enfermagem juntamente com a assistente social, realiza a primeira abordagem no hospital, esclarecendo o funcionamento do SID. Se a abordagem for positiva, a assistente social agenda a visita no domicílio, na qual o objetivo é observar se há um bom ambiente familiar, preparando todos os integrantes da família a receber o paciente.

Houve sempre a preocupação para que os cuidadores sejam indicados pelo paciente e familiares, e sugeriu-se a indicação de, no mínimo, duas pessoas como cuidadoras, para que possa ocorrer divisão de tarefas e não sobrecarregar apenas um cuidador.

Para ter-se a garantia de que o paciente possui um responsável pelos seus cuidados no domicílio, a equipe do SID, juntamente com assessoria jurídica do hospital elaborou o Termo de Responsabilidade e Consentimento, onde esclarece os critérios de avaliação para internação domiciliar, critérios de alta, critérios para empréstimo de materiais e finalizando o consentimento do cuidador responsável. Este termo é devidamente preenchido, durante o período de internação hospitalar do paciente, após a avaliação positiva das condições do domicílio, permanecendo junto ao prontuário do mesmo.

e) Capacitação do cuidador

A capacitação para o cuidado no domicílio é uma preocupação bastante presente. Iniciam-se ainda no hospital, após a identificação do cuidador, orientações sobre cuidados de higiene e conforto, alimentação, manejo de dietoterapias, drenos e sondagem vesical de demora, instalação e retirada de oxigenioterapia, curativos e administração de medicação via oral, subcutânea e tópica. Esta capacitação é realizada junto ao leito do paciente, pela equipe de enfermagem, sob supervisão da enfermeira, e continua-se a dar as orientações no domicílio do paciente pela equipe do SID.

f) Plano de cuidados

O plano de cuidados no domicílio é realizado pelo médico assistente, juntamente com enfermeira do SID, que discutem as condutas e adequações dos cuidados. Primeiramente, o médico assistente na internação hospitalar preenche a ficha de solicitação de internação domiciliar, descrevendo o diagnóstico, plano de tratamento e terapia medicamentosa. A enfermagem, ao visitar o paciente no leito, também preenche um relatório de avaliação, onde realiza a anamnese do paciente. Desta forma, o paciente vai para casa, com os cuidados diários elaborados, e, conforme alterações em seu quadro, após cada visita no domicílio, realizam-se diariamente a prescrição médica e de enfermagem.

g) Registros da equipe do SID

Após o retorno das visitas, a equipe faz as evoluções no prontuário do paciente. Os registros são diários, o prontuário do paciente permanece nas dependências do hospital. No domicílio, o cuidador também possui uma segunda via da prescrição médica e de enfermagem.

h) Grupo de estudos

Semanalmente, a equipe se reúne, discutem-se novas condutas no tratamento, avaliam-se as alterações no quadro de saúde do paciente e procura-se informar o médico assistente, durante o período de internação hospitalar, para juntos buscar soluções para os problemas. Discutem-se também as dificuldades encontradas durante a semana pela equipe do SID, e desta forma, em grupo criam-se as estratégias de trabalho para a semana seguinte.

i) Visitas às Estratégias de Saúde da Família do território de abrangência da moradia do paciente

Ao chegar em casa, o paciente recebe a visita da equipe do SID e, após essa primeira visita, a equipe também visita o ESF de abrangência do território de moradia do paciente, com o objetivo de informar condições atuais do paciente e discutir o plano de cuidados para, juntos, interagirem na assistência. Após a alta do paciente do programa, a equipe do ESF assume os cuidados do mesmo. Os pacientes que não possuem cobertura por ESF, no mês seguinte à alta, recebem a visita da equipe do SID para resgatar e monitorar as orientações prestadas.

j) Extensão territorial de abrangência ao SID

A área de cobertura em extensão territorial do SID atende a pacientes em um raio de 25 quilômetros de distância do hospital.

k) Materiais e medicamentos necessários para o tratamento no domicílio

Os medicamentos necessários para continuar o tratamento no domicílio, são fornecidos pelo hospital, até a alta do SID. A medicação da prescrição médica de alta, a família é orientada a solicitar os medicamentos padronizados pela Secretária de Saúde junto à farmácia municipal e os demais devem providenciar a aquisição de modo particular. Para pacientes que necessitam de oxigênio terapia, ao ser solicitado a internação a domicílio, o médico assistente preenche a ficha de solicitação de oxigênio para o domicílio, padronizado pela Secretaria de Saúde do município, e juntamente com a assistente social, o familiar faz o encaminhamento junto ao setor público. O paciente somente é levado ao domicílio no momento que o sistema de oxigênio terapia estiver devidamente instalado e conferido pela equipe do SID.

Pacientes que necessitam de outros recursos para continuar o tratamento no domicílio, como bolsa em placa (colostomia), dietas para sonda nasoentérica, seguem a mesma conduta quanto à solicitação de oxigênio terapia. As solicitações de fisioterapia a domicílio são encaminhadas ao ESF ou Posto de Saúde de abrangência da família.

l) Dificuldades encontradas

Um dos princípios do SID é atuar respeitando à realidade de cada local e de cada paciente atendido, ou seja, a equipe deve adequar-se a realidade e meio de convívio do paciente, respeitando seu espaço, suas crenças, procurando atender também suas prioridades, tornando seu tratamento o mais próximo possível de sua rotina de vida anterior ao adoecimento.

Diante destes princípios, várias dificuldades surgiram, principalmente, referentes aos cuidadores, pois, com o passar dos dias de internação no domicílio, geralmente a responsabilidade de ser cuidador, se figurava em uma única pessoa, considerando que a proposta é dividir as responsabilidades com mais membros da família, e por mais que a equipe media esforços para evitá-lo, o próprio paciente elegia seu cuidador, sobrecarregando uma única pessoa e dificultando o trabalho.

O medo do óbito no domicílio também é uma manifestação muito forte dos familiares dos pacientes. Apesar do incansável trabalho de orientações da equipe, esclarecendo que esta situação poderia ocorrer, principalmente diante de pacientes terminais, sempre se respeitou o posicionamento da família, e, assumiu-se o princípio de retornar ao hospital para que esse momento do óbito fosse vivido em ambiente hospitalar.

As dificuldades financeiras muitas vezes limitaram o trabalho da equipe, considerando que o hospital arca com a maior parte dos recursos. Aguardou-se uma contribuição significativa da Secretaria de Saúde do município, mas a mesma não ocorreu conforme o programado no início do projeto. Do mesmo modo, o hospital continuou a arcar com os custos do projeto, zelando pelo bem estar do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre o atual 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. Hoje, para atender essa demanda, é importante que a saúde da população centre-se no usuário, no cuidado e não apenas na sua doença.

A construção de um novo modelo assistencial visa à redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família, o SID 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, de modo especial a enfermagem.

No início do projeto, muitos foram os questionamentos em levar para os lares a responsabilidade de um paciente considerado doente, transferir tecnologias pesadas que gerariam uma elevação de custos no orçamento da família. Portanto, a cautela na seleção dos pacientes, onde traçou-se o perfil dos possíveis pacientes a integrarem o SID, seleção, preparação e educação do cuidador no domicílio são fatores que consideram-se de extrema importância para o sucesso no tratamento do paciente que integra o SID.

O cuidador é o responsável pelo bom desenvolvimento da assistência, porém, teve-se o cuidado em não sobrecarregá-lo nas tarefas. Durante as visitas realizadas pela equipe, ao menos uma vez na semana, a assistente social ou psicóloga acompanham as visitas da equipe com o objetivo de interagir com o cuidador. Esta ação foi vista como extremamente positiva pela família, fazendo com que o cuidador sintasse valorizado e saiba que estamos preocupados com sua saúde.

Para isso, o sistema de referência e contra-referência deve ser efetivo e eficaz, torna-se necessária a construção de parcerias entre instituições públicas e privadas. A parceria pode ser entendida como trabalho articulado e participativo, mantendo-se uma relação horizontal entre as instituições, respeitando e preservando a identidade de cada uma, e estabelecendo-se uma rede progressiva de cuidados, rompendo com a concepção da hierarquia e níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação Domiciliar no Sistema

Único de Saúde. Revista de Saúde Pública. 39 (3), 391-397, 2005.

2. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. 78 p.

3. Mezomo J C. Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos. Barueri, SP: Manole, 2001. 301p.

4. Cecílio L C O, Merhy EL, Campos GWS. Inventando mudança na saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 333p.

5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2527 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 de out. de 2006.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Banco de dados - Cidades [acesso em 12 nov 2012]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

7. Organización Mundial de La Salud [homepage na internet]. Directrices de La OMS [acessado em 13 nov 2012]. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/guidelines>>.

Recebido em Março de 2012

Aceito em Abril de 2012

Publicado em Junho de 2012
