

CÁSSIA AMÁLIA GRANERO MADEIRA DUARTE

**A ROTINA DA INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA: UMA
EXPERIÊNCIA PECULIAR**

Monografia apresentada à
Universidade Federal de São Paulo
– Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do título de Especialista
em Intervenções Fisioterapêuticas
em Doenças Neuromusculares.

São Paulo

2004

CÁSSIA AMÁLIA GRANERO MADEIRA DUARTE

**A ROTINA DA INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA: UMA
EXPERIÊNCIA PECULIAR**

**Monografia apresentada à
Universidade Federal de São
Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do
título de Especialista em
Intervenções Fisioterapêuticas
em Doenças Neuromusculares.**

**Orientadora: Ms. Lígia Masagão
Vitali**

São Paulo

2004

Duarte, Cássia Amália Granero Madeira

A rotina da Internação Domiciliária: uma experiência peculiar/ Cássia Amália Granero Duarte – São Paulo, 2004.
ix, 44 fls.

Monografia(Especialização) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Neurologia e Neurocirurgia.

Titulo em Inglês: The custom of home's Internment: a uncommon experience.

1. Internação domiciliar 2. Cuidadores no domicílio. 3. Assistência domiciliar. 4. "Home care". 5. " Caregivers".

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DISCIPLINA DE NEUROLOGIA
SETOR DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES**

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Débora Amado Scerni

**Coordenadores do Curso de Especialização em Intervenção Fisioterapêutica
nas Doenças Neuromusculares:**

Prof. Dr. Acary Souza Bulle de Oliveira

Ms. Francis Meire Fávero Ortensi.

CÁSSIA AMÁLIA GRANERO MADEIRA DUARTE

**A ROTINA DA INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA: UMA
EXPERIÊNCIA PECULIAR**

Presidente da Banca: Ms. Lígia Masagão Vitali.

Banca Examinadora:

- **CONVIDADO:** Ms. Henrique Hortêncio Neto.
- **COORDENADORA:** Ms. Francis Meire Fávero Ortensi

Aprovado em: ___/___/___

DEDICATÓRIA

* À você, meu querido marido, Marcos, dedico este trabalho que é um pouco da nossa história, e que apesar das dificuldades passadas, com amor e com a proteção de Deus, estamos conseguindo superá-la juntos.

* Às nossas queridas filhas, que tanta falta sentem da “rotina que tinham” e hoje crescem aprendendo a conviver e superar os obstáculos, sempre acreditando “no melhor”.

* Aos nossos pais, que sofrem calados com a situação, mas que estão sempre do nosso lado para “o que der e vier.”

* Aos nossos irmãos, que estão sempre presentes e nos apoiando em todas as situações.

* Aos nossos parentes, e aos muitos amigos: “Amigos antigos”, “Amigos novos”, pessoas especiais e muito presentes em nossas vidas.

“ Benditos os que possuem amigos, os que têm sem pedir, porque amigos não se pede, não se compra, nem se vende amigo, amigo a gente sente!”

* Aos muitos profissionais que passaram pelo nosso caminho, independente da profissão, e que nos deram com dedicação e amor, “o seu melhor”.

* Dedico este trabalho, enfim, a todas as pessoas que passaram pelo nosso caminho desde o dia 24 de abril de 2003, pois todas, têm um lugar especial nas nossas vidas

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por te sentir tão presente em minha vida, e mostrar o caminho a seguir, quando não sei para onde vou.

Por me iluminar quando me falta forças e ânimo, e é neste momento que eu sinto a tua presença, acontecendo sempre alguma coisa, que me faz continuar em frente.

Obrigado Senhor, por colocar no nosso caminho tantas pessoas lindas por dentro, e hoje poder acreditar que “o ser humano é especial”.

Todas as pessoas tem dentro de si algo de bom, e precisamos perceber e saber valorizar essas qualidades em nosso semelhante.

Agradeço a Deus por guiar nossos passos, e nos ensinar a dividir e compartilhar nossas experiências com quem está ao nosso lado.

Se eu fosse agradecer neste papel a todas as pessoas que nos ajudam neste período, não conseguiria, pois faltaria espaço. Mas peço a Deus, que ilumine o caminho de todas, porque todas são “especiais”, e estarão sempre nas minhas orações, e meus pensamentos.

Agradeço as pessoas, tão queridas, que me proporcionaram participar deste curso e a realizar este trabalho. Além do aprendizado que adquiri para ajudar o Marcos, me deram a chance de ter “meus momentos” de realização pessoal.

Com todo o meu amor e carinho.

Cássia

MENSAGEM

**“Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida e
nela só se tem uma chance de fazer aquilo que se quer.
Tenha felicidade bastante para fazê-lo doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.
As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem
em seus caminhos.
A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem a importância das pessoas
que passam por suas vidas.
O futuro mais brilhante é baseado num passado intensamente
vivido.
Você só terá sucesso na vida quando perdoar os erros e as
decepções do passado.

A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar duram
uma eternidade.**

A vida não é de se brincar porque um belo dia se morre”

(Clarisse Lispector)

ix
SUMÁRIO

Dedicatória	vi
Agradecimentos	vii
Mensagem	viii
Resumo	xi
1. Introdução	12
2. Objetivos	18
3. Método	20
3.1 – Relato de caso	21
4. Resultados	24
5. Discussão	29
6. Conclusões	35
7. Referência Bibliográfica	39

Abstract

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma análise crítica da Internação Domiciliária, relatando as alterações físicas no ambiente, as mudanças na dinâmica familiar e o atendimento fisioterapêutico no domicílio de um paciente. Além de uma revisão bibliográfica, traz o relato da minha própria experiência como fisioterapeuta e cuidadora de um familiar em regime de Internação Domiciliária conveniada.

Observando e estando identificada com as necessidades, precariedades e vantagens deste tipos de atendimento foi possível vivenciar as mudanças drásticas que a Internação Domiciliária traz tanto na dinâmica familiar como no espaço físico do ambiente. Normalmente o enfoque fisioterapêutico feito neste tipo de atendimento é para reabilitação cardiopulmonar, prevenção de deformidade e complicações.

Neste relato, no entanto, houve também uma preocupação com a reabilitação personalizada do paciente. Este estudo demonstra que a Internação Domiciliária deveria ser repensada em muitos de seus aspectos, adaptando o atendimento com objetivos mais específicos para a necessidade do paciente, visando também a funcionalidade e uma qualidade de vida melhor para ele e seus familiares.

Palavras-chaves: internação domiciliar, cuidadores no domicilio, assistência domiciliar, “caregivers”, “home care”, “hospital at home”.

1- INTRODUÇÃO

A Assistência Domiciliária (AD)¹ á saúde é a provisão de serviços de saúde a indivíduos de qualquer idade, e seus familiares, em seus locais de residências ^(5,21,25) com finalidade de promover, manter, ou restabelecer a saúde, ou minimizar os efeitos das doenças e suas capacidades.

Apesar de não haver definições formais, os termos Assistência, Atendimento e Internação Domiciliária guardam diferenças importantes a serem consideradas. A Assistência Domiciliária (AD) é termo amplo e genérico, de qualquer ação de saúde realizada no domicílio, independente de seu grau de complexidade ou objetivo. Já o termo Internação Domiciliária (ID) refere-se ao cuidado intensivo e multidisciplinar em casa. Há um deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio de acordo com a complexidade da doença, e acompanhamento de profissionais capacitados para o tratamento ^(4,25). O Atendimento Domiciliário envolve ações menos complexas, multiprofissionais ou não, que pode ser comparado a “consultório em casa” ⁽²⁵⁾.

Embora possa parecer uma novidade no setor, historicamente a Assistência Domiciliária (AD) remota aos tempos bíblicos com citações no velho e novo testamento, sendo utilizada ao longo do tempo por religiosos e militares, no cuidado de doentes e idosos ^(4,8). Mesmo estando a AD amplamente enfatizada há mais de duas décadas nos EUA, só recentemente começou a ser utilizada no Brasil como uma nova opção para serviços de saúde ⁽⁴⁾. Foi por volta de 1994 que os EUA

¹ No dicionário Aurélio o termo domiciliário significa relativo a domicílio, feito no domicílio e domiciliar significa dar domicílio a, fixar residência; sendo assim o atendimento na residência deve ser mais apropriadamente denominado como “domiciliário”, mas ainda o termo mais utilizado e conhecido é “domiciliar”.

criaram as primeiras leis que normatizavam esta assistência, mas o grande aumento da prática desta modalidade terapêutica no país, só ocorreu nos anos 60 ^(3,4). Entretanto, no Brasil, o crescimento começou na última década do século XX, tanto no setor público como privado ^(3,9).

O primeiro grupo organizado voltado á AD deu inicio a pouco mais de 30 anos no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com a desospitalização de pacientes crônicos estáveis com o objetivo de desocupar uma parte dos leitos que estavam superlotados naquela época ⁽²⁵⁾. Embora não haja registro formal da historia da AD no Brasil, Mendes relata que o medico Nildo Aguiar, dirigiu o primeiro hospital com AD no Rio de Janeiro e, posteriormente, ocupou inúmeros cargos nos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, fornecendo os principais dados sobre a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) criado em 1984, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho. Esta é, provavelmente, a primeira atividades planejadas de AD á saúde no país, criado por sindicatos de trabalhadores, principalmente os de transporte e marítimos, insatisfeitos com o atendimento de urgência vigente ⁽¹⁵⁾. Na Europa e em grande parte dos outros países já existem sistemas organizados de AD.

Esta modalidade terapêutica foi estimada pela possibilidade de redução de elevados custos operacionais ^(4,11,19,21,25) provocados pela progressiva incorporação tecnológica imposta á área da saúde ⁽⁴⁾. Além do fator econômico, outras vantagens foram surgindo tais como: o atendimento personalizado, diminuição de risco de infecção cruzada, otimização dos leitos hospitalares, co-participação da família no processo de recuperação do paciente e humanização do tratamento pelo processo de desospitaização ^(4,18,19,21,22). Muitos outros fatores incrementam a AD,

principalmente mudanças demográficas proporcionadas pelo envelhecimento populacional cada vez mais acentuado com predomínio de doenças crônicas degenerativas ^(5,11,18,22), já que a maior parte dos pacientes atendidos são idosos ^(4,5,19,21). Os desenvolvimentos tecnológicos aumentam o número de pacientes que sobrevivem a traumas e doenças agudas e crônicas, possibilitando ao paciente continuar seu tratamento no domicílio ^(3,4).

Há também o interesse e aceitação dos profissionais nesta modalidade de assistência à saúde devido a uma crescente expansão deste setor da economia e aumento na formação de profissionais especializados para este tipo de atendimento. Além disso, são muitos os artigos científicos que indicam favoravelmente o tratamento domiciliário ^(3,4). Por todos esses fatores e pela preferência dos pacientes e familiares utilizarem este tipo de assistência, há um aumento da demanda pela AD ⁽⁴⁾.

Atualmente, existem em funcionamento no Brasil centenas de empresas públicas e privadas que se propõem a prestar AD aos seus associados ⁽³⁾. Entretanto, nem todas estas empresas promovem ID. Algumas se dedicam somente a determinadas especialidades ou determinados segmentos da medicina tais como instituições que só atendem pacientes cardíacos e outras que cuidam somente de pacientes geriátricos ⁽⁵⁾.

Parece existir a necessidade das instituições e empresas criarem regras e regulamentos em âmbito nacional para nortear e caracterizar esta modalidade de atendimento de saúde direcionado à realidade brasileira ⁽⁵⁾. Em 2001 o setor de medicina privada ainda não possuía uma forma uniforme de AD e nenhuma norma específica estabelecendo limites à sua atuação no território nacional ⁽³⁾, nem mesmo

a lei dos planos de saúde, porém foram submetidas às leis ordinárias do país que estavam em vigor ^(3,15,21). Só em maio de 2003, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n.º 1.668 dispôs sobre normas técnicas necessárias à Assistência Domiciliária de pacientes, definindo as responsabilidades do médico, hospital empresas públicas e privadas e a interface multiprofissional neste tipo de assistência ⁽¹⁾.

Considerando que a ID visa atender os portadores de enfermidades cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar (próprio ou no de familiares) só poderá ser realizada após avaliação médica, solicitação específica em laudo próprio ^(1,3,14), sendo precedida pela avaliação das condições familiares e domiciliares ^(1,3,11,14), eleição e avaliação do cuidador ^(1,3,14), por membro da equipe que expedirá laudo específico que condiciona a autorização da internação. Cabe ao médico a tarefa de indicar o momento exato que seu paciente poderá ir para a ID.

A empresa responsável pela Internação Domiciliária deverá ter condições mínimas que garantam uma boa assistência como: um hospital de retaguarda que garanta a reinternação, para o caso de alguma intercorrência que impeça o tratamento de ser realizado no domicílio; um médico de plantão 24 horas para eventuais emergência; ambulância equipada para remoção do paciente; todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e medicamentos necessários; cuidados especializados necessários ao paciente internado ^(1,14). A “alta” do paciente acontece quando a equipe, de acordo com o médico responsável, retira-se da casa do paciente e transfere os cuidados para o próprio paciente ou para

seus familiares ^(5,14). Se considerando que a Internação Domiciliária equipara-se internação hospitalar, segundo o Código do consumidor, art. 12, inciso II – alínea “a”, ela deverá ser mantida enquanto necessário ⁽²⁾. Assim como a eleição, a interrupção ou alta do paciente é decisão exclusivamente médica e sendo critério médico, não é razoável a limitação de tempo mínimo e máximo de sua duração, ou seja, esta duração de tempo deve ser balizada pela recuperação clínica do paciente ⁽¹⁾.

Teoricamente não há dúvida de que a AD repousa sobre bases científicas sólidas já que importantes instituições em todo o mundo relatam experiências bem sucedidas, inclusive com estudos prospectivos que comparam a AD com o atendimento hospitalar tradicional ⁽³⁾.

O que motivou o desenvolvimento deste trabalho foi, principalmente, o fato de estar vivendo a condição de cuidadora em ID há mais de um ano e, portanto, estou diretamente identificada com as necessidades, precariedades e vantagens dessa forma de atendimento. Como cuidadora e fisioterapeuta, procuro fazer uma análise crítica dessa modalidade de atendimento, uma vez que não sou apenas, uma observadora, mas parte interessada em que esse tratamento traga benefícios ao pacientes, a mim e á minha família.

2- OBJETIVO

O objetivo geral do trabalho é relatar a experiência de ter um familiar em regime de Internação Domiciliária conveniada. Como objetivos específicos, pretende-se relatar as alterações físicas realizadas no ambiente, o atendimento fisioterapêutico no domicílio e as mudanças na dinâmica familiar.

3- MÉTODOS

Através de estudo descritivo e exploratório de um relato de caso, além da revisão bibliográfica cuja estratégia de busca foram livros, teses, artigos, e publicações da Cochrane, Medline, Lilacs e Pubmed.

3.1- RELATO DE CASO

M.D.; 44 anos, casado e pai de duas filhas, paciente crônico em coma vigil decorrente de parada cardíaco-respiratória pós infarto do miocárdio deste 29 de abril de 2003. Ficou internado no hospital de abril a outubro de 2003. Totalmente dependente e hemodinamicamente estável foi indicado pela equipe médica que acompanhava o caso para a Internação Domiciliária. Foi feita a avaliação do paciente por vários profissionais da equipe multidisciplinar de ID, dentre eles: enfermeira responsável (do convênio), estomaterapeutas¹ e assistente social. Na primeira entrevista com a enfermeira responsável foi informado verbalmente aos familiares que M.D. tinha como fator determinante de inclusão para este tipo de atendimento: úlcera de pressão sacral, gastrostomia e traqueostomia, mas nada foi escrito ou assinado a esse respeito. Também foi realizada uma visita á residência para avaliação das condições e para identificação e avaliação da esposa como cuidadora, que acompanhará o paciente em tempo integral. Foi assinado, no momento da internação, um termo onde a cuidadora deu ciência do conceito domiciliário a ser realizado por equipe multidisciplinar, conforme o regulamento do programa de serviço domiciliares em saúde do convênio, que foi entregue antecipadamente.

¹ Enfermeira graduada com especialização voltada para assistência de pessoas com estomias, fístulas, tubos, cateteres e dreno, feridas agudas e crônicas e incontinência anal e urinária, nos seus

Também foi assinado um termo de compromisso em que a cuidadora se comprometia a cuidar do paciente em referência e estar ciente que o programa de tratamento tem começo, meio e fim, conforme expresso no regulamento que foi entregue, sendo que a duração da Assistência Domiciliária será determinada pela equipe do plano de saúde, de acordo com avaliação clínica do caso realizada pelo médico assistente responsável, especializado em “home care”, cessando também a seu critério. Quando o paciente ainda estava no hospital, foi indicado pelo neurologista, fisioterapia neurológica e hipoterapia. A autorização para esse tratamento foi muito difícil de ser conseguida por ser ID e ter a necessidade de se deslocar até a clínica onde as terapias estão sendo feitas. Para isso, foi enviado para a empresa de ID um relatório pelo médico neurologista indicando as terapias. A empresa também solicitou assinatura de um termo fora das normas, em que, neste caso, a cuidadora ficou responsável pelas despesas com o transporte do paciente, isentando o convênio e a empresa de ID de qualquer responsabilidade no caso de acidentes no transporte e na prática das terapias. A responsável e a cuidadora por M.D. é a mesma, embora, em outros casos, possa haver pessoas distintas para cada função, uma sendo a responsável e outra a cuidadora do paciente.

A implantação dos equipamentos foi feita enquanto M.D. ainda se encontrava no hospital, para orientar o tamanho da cama hospitalar, da cadeira de rodas e a de banho, e organizar os espaços para acomodar os equipamentos. Foi retirada uma porta para poder passar a cadeira de rodas e foram adquiridos recipientes fechados

para armazenar matérias e medicamentos, além de vários lençóis para serem adaptados á cama hospitalar, tendo que ter uma travessa para transferências. Foi recomendado que os lençóis deveriam ser muito bem alisados para evitar úlcera de pressão e que as roupas de cama e banho deveriam ser serão específicas para uso do paciente para maior segurança em relação a qualquer tipo de contaminação. Além disto, foi recomendado também que a lavagem fosse feita separadamente das outras roupas da casa, passadas e armazenadas em lugares fechados e bem limpos. Paralelamente, foram feitos contatos, via telefone, com os profissionais que iriam trabalhar na casa.

Com a cuidadora e os familiares quiseram dar a melhor qualidade de vida para o paciente, foram retirados móveis da sala e colocados no lugar aparelho e utensílio para serem utilizados durante a fisioterapia e no decorrer do dia. Foi adquirido prancha ortostática, bola suíça e utensílio que pudessem estimular o paciente.

Estava tudo pronto para receber M.D.

4- RESULTADOS

Este período de implantação da ID foi muito movimentado, com telefone e interfone tocando e gente chegando a todo o momento. Neste período foi feito o ajuste dos horários das atividades e terapias e também a adaptação com as pessoas que iriam freqüentar a casa.

A família tem a possibilidade de caso não haja adaptação como profissional, poder trocar por outro, da mesma forma que o profissional, se não quiser ficar na casa, poderá ser substituído.

No começo a relação com os técnicos¹ de enfermagem (pessoa que fica 12 horas por dia/noite na casa) não é muito fácil, pois tanto a família como o profissional têm que se adequar á situação. A família tem que se adaptar ás mudanças, á sensação de ser observada o tempo todo, á falta de privacidade. O profissional, aos costumes, tratamento e temperamento dos moradores da casa. Esta relação com o passar do tempo torna-se muito diferente: há uma relação de ajuda mútua e de amizade que segundo a empresa da ID não poderia haver, mas que acontece naturalmente, pois o profissional participa ativamente de todas as atividades da casa, convivendo com o paciente e a família diariamente.

M.D. toma banho de aspensão² diariamente pela manhã, por volta das 8:30h, e é feito o curativo da úlcera de pressão logo em seguida e, finalmente, a fisioterapia. A casa se mantém o mais normal possível para que o M.D. possa receber estímulos de todas a formas. Mesmo estando em coma quer-se que M.D, viva a rotina de casa como sempre foi, pois não está num hospital e sim na sua casa, com sua família e amigos, sempre tomando os cuidados que requer. Os horários da dieta foram os

¹ O profissional pode ser tanto auxiliar como técnico de enfermagem

mais difíceis de serem adaptados, pois como M.D. é um paciente que faz várias (passivas) precisa de um tempo para fazer a digestão. No período das 9h30 às 18h00 M.D. fica na sala. Só depois é que vai para o quarto onde é posicionado na cama para descansar. Como a cuidadora é fisioterapeuta, há um intercâmbio de conhecimento e aprendizado entre os profissionais, sendo ela e o técnico de enfermagem a ponte entre as diversas pessoas que participam do tratamento. São eles: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, estomaterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem que cobrem as folgas, e as pessoas responsáveis pela entrada de material (desde gases, até torpedo de oxigênio). A fisioterapia da ID é feita com o material que tem no domicílio, direcionado mais a função cardiopulmonar. Neste caso, a fisioterapia motora pôde ser beneficiada pela disponibilidade de matérias a serem utilizados, como bola, colchão, prancha ortostática. Foi enriquecida também pelo intercâmbio da cuidadora, que é fisioterapeuta direcionada á reabilitação neurológica, com o fisioterapeuta que atende pela ID, e também, muitas vezes, pela participação tanto da cuidadora como do técnico de enfermagem na terapia.

Um paciente que está em ID, ou seja, INTERNADO NO DOMICÍLIO, não pode sair de casa. Neste caso, foi conseguida a autorização fora do regulamento para as terapias indicadas pelo neurologista. Outras saídas são vetadas: não pode sair para um passeio para tomar sol, por exemplo. Observando a reação tranqüila de M.D. durante o percurso até as terapias, ou mesmo na hípica num ambiente com muito verde e estímulos de toda a forma, percebe-se a necessidade de proporcionar esta

² O paciente é colocado na cadeira de banho, onde será feita sua higiene debaixo do chuveiro.

vivência para ele, principalmente como uma forma de participar a vida. As saídas para ir para as terapias são realizadas três vezes por semana, devendo-se comunicar o horário para todos da equipe saberem da sua ausência durante este período e se organizarem para não haver desencontros, tais como visitas semanais de profissionais sem encontrá-lo em casa.

Com o prolongamento do tempo neste tipo de assistência há uma pressão muito grande para a recuperação do paciente, mesmo que o estado clínico do paciente possa permanecer o mesmo por tempo indeterminado, como no caso de paciente em estado de coma. Isto gera um medo e uma segurança muito grande para a família durante este período, pois a alta do paciente é determinada pelo médico, mesmo que o paciente encontra-se exatamente como quando saiu do hospital. Depois de ter passado tantos momentos de estresse, de adaptações, tendo que lidar com os problemas do dia-a-dia, orçamentos, e M. D. se encontrando exatamente da mesma forma, ou seja, traqueostomizado, com gastrostomia e úlcera de pressão, mas com menos infecções e com algumas reações, a família e a cuidadora têm que se preocupar com o desmane³ da ID, pois o plano de saúde não dá os parâmetros técnicos em que se baseia para dar alta para o paciente, o que indica que o plano de saúde tem todo o controle da situação. Muitas vezes é preciso ir atrás de advogado para orientação, pois o médico começa a preparar a família através de discursos “ Nossa, ele está bem melhor, não é mesmo? Não tem infecção...”. Enfim, além da família ter passado por uma mudança estrutural, tem que estar equilibrada para lidar com situações inesperadas que requerem ajuda de outros

profissionais para lutar pelos direitos do pacientes, principalmente por não ser capaz de se comunicar. Também, por se tratar de um caso que do ponto de vista médico não tem perspectiva de melhora, pode, como em muitos outros casos semelhantes, ficar anos internado no hospital. Em casa deverá chegar o dia em que só a família cuidará do paciente, ou se não puder, deverá mandá-lo de volta para o hospital ou clinica de repouso por tempo indeterminado.

³ Como é chamado o processo de redução dos profissionais, terapias e atendimentos até a alta domiciliar.

5- DISCUSSÃO

Embora na visão de Monttram, Pitkala e Lees, não tenham sido encontradas evidências suficientes para avaliar os prováveis benefícios, prejuízos e custos da atenção domiciliar em relação à atenção institucional ⁽¹⁶⁾, a Internação Domiciliar é uma opção para o tratamento que pode trazer muitos benefícios tanto para a família como para o paciente. Wilson, Wynn e Parker demonstram haver uma maior satisfação com o hospital em casa do que na instituição hospitalar⁽²⁷⁾. O fator mais positivo é a satisfação de viver ⁽¹⁰⁾ e o desejo de manter ou reencontrar a qualidade de vida ⁽²¹⁾.

Devido à falta de leis específicas para esses serviços no setor privado ⁽²¹⁾, as empresas de home care são semelhantes, oferecendo pelo menos os serviços básicos e suporte necessários para esse tipo de atendimento, que foi definido pelo Conselho Federal de Medicina⁽¹⁾. Mas como um dos motivos principais para a ID é a de diminuição de custos para os convênios, cada empresa tem sua forma de trabalho, tendo suas regras e administração própria. Cada empresa vai oferecer os seus serviços para que agrade o convênio e forneça o tratamento de forma que o paciente se recupere o mais rápido possível, diminuindo a ocorrência de infecções e re-internações, fazendo com que os familiares tenham confiança no trabalho realizado e fiquem satisfeitos com o atendimento prestado. Por isso os convênios e empresas de “home care” acabam ditando as regras. São elas que aprovam a internação e também que dão a alta domiciliar. Segundo Vilar, presidente da ABEMID (Associação Brasileira das Empresas de Medicina e Internação Domiciliar) o setor conseguiu definir critérios clínicos que elegem o paciente e em que modelo de assistência se encaixa. Estas regras servem tanto as empresa prestadora de

serviço, quanto aos planos de saúde, e ainda ao próprio paciente⁽²⁴⁾, só que estes critérios não são discutidos com os familiares, nem os critérios para a alta do serviço.

O processo de inclusão é feito de uma maneira tão rápida que muitas vezes os familiares não tem tempo de assimilar o que está acontecendo. Também a ID é um tipo de atendimento que a população pouco conhece a respeito, pois ainda não é muito comum no dia-a-dia, sendo um serviço com pouca divulgação e informação a seu respeito.

Existe também um medo da família, de acontecer alguma emergência em casa e o paciente não ter atendimento médico imediato, com todos os equipamentos disponíveis, como acontece no hospital. Na Internação Domiciliária há um médico de plantão que pode ser contatado por telefone, mas deve-se considerar a necessidade de um tempo para ele chegar na residência. Muitas vezes o tempo é essencial para a manutenção da vida do paciente.

As mudanças que acontecem na casa são muitas e estruturais, e estão relacionados ao espaço físico do ambiente: quanto menor, mais difícil de administrar. É condição para a ID, ter um cuidador por tempo integral, maior de 18 anos. O perfil deste, segundo Osimo et al, é de 91% do sexo feminino, sendo que a maioria faz parte da família (filhos, cônjuge, pais)^(13,17,22). A sobrecarga para estes familiares é grande, inclusive, exigindo mudanças na organização familiar^(11,13,18), ficando a maior parte do tempo restritos ao domicílio⁽¹²⁾. Segundo Mishima, integrante da Comissão Científica do SIBRAD'2003 (Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar), "se a internação ocorre dentro de casa, além das adaptações do espaço

físico e da capacidade técnica da equipe multidisciplinar, os familiares precisam estar preparado para esta situação” ⁽²⁶⁾.

A comunicação entre os profissionais e a família/paciente é muito importante para ID. O conhecimento da doença e do tratamento a ser realizado vão interferir na ajuda ou nos obstáculos impostos pela família para a execução das condutas realizadas no decorrer do tratamento.

Os autores Fellowes, Wilkson e Moore sugerem que a comunicação eficaz influi sobre a taxa de recuperação do paciente, no controle eficaz da dor, no cumprimento do tratamento e também interfere sobre o fator psicológico, sendo que a comunicação ineficaz faz com que o tratamento não seja feito de forma adequada, gerando estresse, falta de satisfação com o trabalho e um desgaste emocional entre os profissionais ⁽⁶⁾. Mendes diz que a parceria com a família é condição indispensável para o sucesso do tratamento ^(6,7,15,23), sendo a comunicação eficaz um fator importante para isto acontecer.

Neste relato de caso a família influenciou bastante na recuperação, até na forma de tratamento para M.D. Um paciente comatoso normalmente passa a maior parte do dia no quarto sendo medicado, fazendo as mudanças de decúbitos a cada três horas e tomando banho no leito. M.D. sempre foi tratado como se estivesse em contato com o meio externo, sempre com a cuidadora e os familiares, perguntando a ele o que acha, brincando e até “dando bronca” em alguns momentos.

No início do programa, todos os profissionais que atendiam M.D. achavam que todo o movimento que o paciente fazia era reflexo, ou mesmo tinham a impressão que aquilo não tinha acontecido. Após um ano de tratamento o paciente

apresentou melhora inesperadas para o caso em questão: come, por dia, 300 ml de comida pastosa administrada via oral, apresenta expressões faciais, às vezes focaliza ou acompanha o movimento de pessoas ou objetos. E também com a convivência e observação na forma de interação o paciente e cuidadora, pôde-se perceber mudanças dos profissionais que atendiam o paciente. Como no exemplo, do técnico de enfermagem, que é o profissional que mais tempo fica com o paciente, já pede até a sua colaboração: “ Ah seu M.D. ajude um pouco, segura a cabeça senão não vou levantá-la mais hein...”.

É como se os mesmos profissionais que começaram com o atendimento, vêem-no agora com outros olhos e acreditam que de alguma forma ele esta se fazendo presente. A maneira como é encarada a reabilitação do paciente acaba sendo com mais empenho e dedicação, acreditando que se deve fazer o melhor possível pelo paciente não importando a condição física que se encontre no momento, pois estamos lidando com um ser humano no seu aspectos bio-psico-social que está doente e não uma doença. Também é importante levar em conta que, por se tratar da casa do paciente, os profissionais, além de serem capacitados, deverão dar segurança aos familiares/pacientes.

A rotatividade muito grande do pessoal da equipe, que implica numa nova readaptação com o profissional substituto e vice-versa, gera estresse e ansiedade no ambiente familiar. Muitos são os pacientes internados em casa que têm doenças crônicas-degenerativas, que atualmente não tem cura e cujo desfecho é a morte, ou mesmo a doença que manterão a mesma condição clinica indeterminadamente. A evolução da doença pode torná-los totalmente depedentes, e estando internado em

casa e sendo mantidos entre quatro paredes até o fim dos seus dias, é um processo que pode levar o paciente a uma grande depressão acelerando este processo de morrer. No caso de M.D. pode-se verificar a satisfação e a tranquilidade ao sair de casa.

Portanto, deve-se pensar que cada caso precisa ser estudado separadamente. Quaisquer procedimentos que possam trazer benefícios para o paciente devem ser considerados e, nesse sentido, a possibilidade de sair com o paciente, traz benefícios não só a ele, como aos familiares que podem se aproximar de um nível razoável de “vida normal”, trazendo um maior bem-estar para todos os envolvidos.

A fisioterapia realizada no domicílio fica restrita ao material e ao espaço existente na casa, sendo que os materiais fornecidos pelo atendimento são direcionados a reabilitação cardiopulmonar. Alguns dos objetivos da Internação Domiciliária são reduzir os custos, proporcionar assistência humanizada buscando a recuperação de sua independência funcional, procurando mantê-lo um cidadão ativo, participativo e efetivo ^(9,20). No entanto, há um padrão de atendimento para todos os tipos de doença, onde com a utilização de materiais mais específicos, as terapias poderiam ser mais personalizadas para o paciente, diminuindo assim o tempo para que os objetivos sejam alcançados.

6- CONCLUSÃO

A Internação Domiciliária dá a possibilidade ao paciente de conviver no seu ambiente familiar, com pessoas queridas, e para isso, objetivando a melhora do paciente, a família deve estar aberta às mudanças que vão ocorrer neste ambiente familiar. O sucesso ou o fracasso deste tipo de atendimento não depende só da equipe que assiste o paciente, mas também do intercâmbio dos profissionais com os familiares/cuidador, pois com o passar do tempo há uma convivência muito grande entre eles.

Antes da saída do hospital deveria haver um maior esclarecimento de como tudo será realizado, quais mudanças no ambiente poderão ser benéficas, e como se dá a alta do paciente, informando os critérios clínicos para tal. A família deve saber de antemão como estará o paciente quando ficar somente sob seu cuidados. Estas informações antecipadas são importante, pois nem todas as famílias vão estar dispostas às alterações, ou terão estrutura para cuidar do paciente. Cada paciente é único e a partir do momento que sai do hospital, falta um direcionamento específicos do tratamento para sua doença e independência (se possível), o que significa que cada paciente terá uma necessidade própria. Os profissionais deverão estar capacitados para realizar as terapias, tendo o conhecimento prévio da doença e sempre objetivando a melhora do quadro, mesmo não tendo esta previsão.

È preciso objetivar a melhora em todos os aspectos, além mesmo em casos degenerativos, pois a ciências esta em constante evolução. A equipe tem que ser interdisciplinar, com os profissionais direcionados para o mesmo objetivos, tendo a necessidade de haver troca de informações constantemente para poder reorganizar metas sempre que houver necessidades.

Com uma internação prolongada no domicílio é preciso pensar no aspecto motivacional e emocional tanto para o paciente como para os familiares. Há, em alguns casos, a necessidade de incluir saídas com todos os cuidados necessários para o doente, dando a ele a alegria de participar de algumas atividades fora de casa: **a inclusão social**. Nenhum ser merece ficar confinado entre quatro paredes indeterminadamente. Isto precisa ser pensado pelas empresas de Internação Domiciliária, principalmente porque um dos objetivos desse atendimento é de melhorar a qualidade de vida do paciente e este fator poderá acelerar o processo de recuperação,

O atendimento fisioterapêutico em Internação Domiciliária é limitado aos materiais disponíveis que a empresa disponibiliza e ao espaço físico do ambiente, padronizando o tipo de terapia onde o enfoque principal é a função cardiopulmonar e a prevenção de complicações e deformidades. Há necessidade de enriquecer estes procedimentos, direcionando o atendimento também para a reabilitação, dando condição para o paciente se tornar o mais independente possível. Para isto é importante o profissional ter conhecimento prévio da doença e saber aplicar alguma técnica mais específica para cada caso. Com conhecimento, tratamento específico e com materiais adequados para cada necessidade, a reabilitação funcional poderia ser mais eficiente, possibilitando a diminuição do tempo de internação e uma melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, gerando uma motivação para participar ativamente das terapias.

Os profissionais que acompanham o tratamento de M.D. são unânimes em afirmar que a forma com que a cuidadora interagiu com o paciente foi extremamente

importante para convencê-los de que deveriam encarar o tratamento de uma forma mais positiva, humanizada e de crença de melhora. É importante ressaltar que a cuidadora neste caso, é que influenciou a forma de atuação dos profissionais, Sendo os profissionais que trabalham em “home care” é que deveriam estar preparados tendo este tipo de atitude, influenciando assim o cuidador e os familiares do paciente na motivação do tratamento.

È difícil aceitar a alta da ID pois trata-se da retirada da equipe do domicilio do paciente, transferindo os cuidados para o próprio paciente ou familiar. Muitas vezes o paciente está se recuperando, mas ainda não tem condições de continuar os cuidados sem auxílio dos profissionais capacitados. Neste relato, a reabilitação neurológica de M.D. é lenta e é importante fazer estimulação sensório-motora. Por ser totalmente dependente, precisa sempre de duas pessoas para as transferências, nas estimulações e para os cuidados. Neste caso, se ocorrer a alta, a chance de continuar com o mesmo tratamento diminui, pois será apenas uma pessoa para fazer tudo o que o paciente necessita.

7- REFERÊNCIAS

1. Andrade EO, Silva RS. Resolução CFM nº 1.668. 7 de maio de 2003 [publicado no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 105,3 jun 2003. Sessão 1, p. 84, Disponível em URL:

<http://www.ahcrl.com.br/legislaçao1.asp?link=1668>.

2. Cardoso FH. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência á saúde, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Medida Provisória nº 2.177-44, de agosto de 2001. Brasília, Disponível em URL:

http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455.

3. Cunha GKF relator. Atendimento domiciliar (home care). [Processo Consulta Protocolo CREMEC nº 4238/99], Parecer Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará nº 4,2001.

4. Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar. São Paulo: Atheneu; 2003.p. 3-17.

5. Falcão HÂ. "Home care" uma alternativa ao atendimento da saúde. Revista Virtual de Medicina 1999; 7(2). Disponível em URL:

http://www.medonline.com.br/med_ed/med.htm.

6. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Communication skill training for training for health care professionals working with cancer patients, their familiares and/or carers. (Cochrane Review). In: The Cochrane libray, issue 2, 2004. Oxford : Update Software.

7. Fialho AV, Pagliuca LMF, Soares E. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar á luz do modelo Barnum's model. Rev. Latino Am – Enfermagem São Paulo; 2002;10:(5).

8. Fialho AV, Soares E. Refletindo sobre o cuidados domiciliar a partir da pratica Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem Rio de Janeiro; 2001;5(3):289-294.

9. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004: 4:(20).

10. Godfrey MRT, Long A. Grant M. Review of effectiveness and outcomes: home care. 2000:87, Exeter: University of Exeter, Centre for Evidence-Based Social Services.

11. Kasch UM. Idosos dependentes: familias e cuidadores. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 2003; Jun 19:(3).

12. Luk WS-C. The home care experience as perceived by the caregivers of chinese dialysis patients. International Journal of Nursing Studies, 2002: 39:269-277.

13. Manual de implantação atendimento domiciliar. UNIMED Federação dos Estados de Goiás e Tocantins, maio 1999.

14. Manual UNIMED Paulistana. Home Care eSpecial Care,2003.

15. Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência á saúde [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro,2001.

16. Mottram P, Pitkala K, Lees C. Institutional versus at-home long term care for functionally dependent older people. (Cochrane Review) Cochrane library, 2004:issue 4.

17. Osmo AA, Castellanos PL, Makiyana MN, Tonaki AO, Castanheira MF, Albuquerque SMRL. Os cuidadores a domicilio: da decisão política a gestão de programa. Congresso Internacional Calass;1998;Abano Terme.

18. Paskulin MG, Dias VRFG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. Rev. Bras. Enfermagem; Brasília 2002;55:(2):140.

19- Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, Peters TJ, Parinsford J, Darlow M_A
Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early
discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. British Medical Journal
June 1998;13:(316):7147.

20. Santana APP, Lino L. Atenção domiciliar ao paciente terminal com dor de câncer.
Rev. Simbidor Brasil 2000;2(1): 64-74.

21. Santos CA, Neto JT. Home Care. In: Levy JÁ, Oliveira ASB. Reabilitação em
doenças neurológicas. São Paulo: Atheneu;2003:245-9.

22. Sena RR, Leite JCA, Santos FCO, Gonzaga RL, O ser cuidador na internação
domiciliar em Betim/MG. Revista Brasileira Enfermagem, Minas
Gerais,2000;53(4):544.

23. Soto CCS, Acunã BLR, Hechavarria EC, Smith WS. Aspectos bioéticos del
ingreso domiciliário. Rev. Cubana de Enfermagem,2002;18:(1):63-8.

24. Souza K, editora, Vilar JM. Entrevista sobre atendimento em domicílio, jun 2004
Disponível em URL:

http://www.saudebusinessweb.com.br/sbw_artigo.u?pub?id=52417/2004.

25. Tavorari Cel, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do "Home Health Care"
no Brasil. Rev. Administração Saúde 2000; 3:(9):15-8.

26. Turnês C, Donatelli L jornalista. Assistência domiciliar, da prevenção á reabilitação-limites e possibilidades. Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar SIBRAD, 6ª edição ,out.2003.

27- Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with “Hospital at Home” quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. British Journal of General Practice January 2002:9-13

ABSTRACT

This work's goal is to make a critical analysis of the Home's Internment, reporting the physical alterations in the home environment, the changes in the family dynamics and the physiotherapeutic treatment at the patient's home. Besides the bibliographic revision this work reports own experience as a physiotherapist and as caregiver of a relative going through the Home's Internment provided by Health Insurance. By watching and also identifying the needs, weaknesses and advantages of this type of treatment. I've been able to live and experience the drastic changes that the Home Care Process causes in the family dynamic, as well as in the home environment.

Usually, the physiotherapeutic focus in this kind of treatment is for the cardiac-pulmonary rehabilitation, the prevention of distortion and deformities and other complexities. In this report, however, there was also the concern with the patient's personal rehabilitation. This study shows that the Home's Internment Care Process should be reconsidered in many aspects, adapting the treatment with a much more specific focus in the patient's needs, also aiming a better performance and a better quality of life, not only for the patient, as well as for his/her family.

KEY WORD: home's internment, caregivers in home, home's attendance, "caregives", "home-care", "hospital at home".