

O HOME CARE E O COOPERATIVISMO MÉDICO

Autores

Hugo Campos Borges¹

Nathércia J. Abrão²

Carlos Rafael Velloso de Almeida³

O lugar natural da doença é o lugar natural da vida - a família: doçura dos cuidados espontâneos, testemunho do afeto, desejo comum da cura, tudo entra em cumplicidade para ajudar a natureza que luta contra o mal e deixar o próprio mal se desdobrar em sua verdade; o médico do hospital só vê doenças distorcidas, alteradas, toda uma teratologia do patológico; o que atende a domicílio "adquire em pouco tempo uma verdadeira experiência fundada nos fenômenos naturais de todas as espécies de doenças". A vocação desta medicina a domicílio é, necessariamente, ser respeitosa: "Observar os doentes, ajudar a natureza sem violentá-la e esperar, confessando modestamente que faltam ainda muitos conhecimentos".

Michel Foucault⁴

RESUMO

No presente artigo, os autores buscarão fazer uma síntese de toda a experiência e os conhecimentos acumulados por uma cooperativa médica que mantém, há quase quatro anos, um serviço de Home Care inédito em sua região e que hoje certamente se constitui em uma iniciativa de sucesso. Partindo-se de uma visão histórica que se inicia pelo surgimento das primeiras modalidades de assistência domiciliar na Inglaterra e nos EUA e chega a uma perspectiva da situação do Home Care no Brasil dos dias atuais, passar-se-á a uma delimitação dos papéis desempenhados pelo médico e demais profissionais que compõem uma Equipe Multidisciplinar na assistência em domicílio. A seguir, serão abordadas as razões pelas quais o Sistema Unimed, maior cooperativa de trabalho médico do mundo, vem investindo na criação destes programas em muitas de suas Singulares, e porque tais serviços assumem uma configuração própria quando florescem no ambiente fértil do cooperativismo. Em termos de experiência concreta, a parte mais ilustrativa deste trabalho será aquela que apresenta detalhadamente o funcionamento do Unimed Domiciliar de Juiz de Fora/MG. Será dada ênfase ao papel do Home Care como instrumento de educação cooperativista, baseando-se ainda na prática desenvolvida naquela Singular. Os dois pilares que conjuntamente sustentam a existência de todo serviço de Home Care serão então detalhados em dois tópicos que se debruçam sobre as questões da qualidade e dos custos nesta modalidade assistencial. Far-se-á em seguir uma breve digressão sobre respon-

sabilidade legal e comprometimento ético em Home Care, já que hoje são estes dois aspectos cuja discussão se encontra na ordem do dia nos serviços de saúde; desta forma, não se poderia deixar a assistência domiciliar de fora deste debate. Em conclusão, os autores delimitarão os espaços suplementares ocupados pelos hospitais e pelas instituições de assistência domiciliar, consideradas como um promissor mercado para as empresas e como um espaço de trabalho de futuro para os médicos.

A extensão deste artigo não se deverá tanto às fontes bibliográficas consultadas. O que se buscará é, sobretudo, sintetizar tudo aquilo que a Diretoria da empresa e a Coordenação Médica do programa de Home Care mantido pela mesma conseguiram aprender e acumular até aqui. Como a assistência domiciliar ainda se encontra em fase de desenvolvimento e de atualização contínua em nosso país, os autores acreditam que, a partir deste momento de síntese, novos horizontes surgirão e a discussão mudará progressivamente de patamar, até que finalmente chegue aquele momento histórico em que o Home Care se consolide como uma realidade inquestionável em saúde pública ou privada no Brasil.

UNITERMOS

Home Care, cooperativismo medico, equipe, qualidade, custos.

DEFINIÇÃO

Assistência domiciliar à saúde (*Home Health Care*) é a oferta de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional. Graças ao constante avanço da tecnologia e do conhecimento, cuidar de um paciente em sua residência tornou-se a principal opção para o tratamento de um elevado número de patologias. A assistência domiciliar apresenta as mesmas qualidade e eficiência proporcionadas pelo hospital, com vantagens adicionais. *Home Care* é uma maneira inovadora de se fazer medicina, largamente utilizada no exterior e atualmente em fase de expansão no Brasil. Constitui um mercado com tendência a crescimento acelerado nos próximos anos; muitos empreendedores e empresas novas surgirão neste ramo.

VISÃO HISTÓRICA

O cuidado informal de pessoas doentes por familiares, amigos ou membros de sua comunidade esteve presente ao longo de toda a trajetória da raça humana. Contudo, a prestação sistemática de serviços assistenciais no domicílio baseada em técnicas e em conhecimentos sobre as doenças é uma iniciativa recente. Na Inglaterra do final do século XIX, Florence Nightingale desencadeou este processo ao dar início a um programa de educação científica para enfermeiras. A partir daí, a noção de prestar serviços de enfermagem qualificados para o doente pobre difundiu-se pelo Ocidente. No final do século XIX, filantropos norte-americanos forneceram recursos financeiros para a abertura de organizações voluntárias, precursoras das atuais *Visiting Nurses Associations* (VNAs- Associações de Enfermeiras Visitantes), compostas

1 - Médico Anestesiologista. Diretor Presidente da UNIMED Juiz de Fora.

2 - Médica Pediatra. Diretora Superintendente da UNIMED Juiz de Fora.

3 - Médico Psiquiatra. Mestre em Filosofia. Coordenador Médico do UNIMED DOMICILIAR.

de enfermeiras treinadas para prestar serviços de enfermagem em domicílio. A partir do começo do século XX, tais serviços começaram a se expandir. Já na metade do século, várias agências voluntárias ou oficiais buscavam combinar recursos em vários graus para tornar suas operações mais eficientes, diminuindo custos e evitando retrabalho.

Em 1947, E. M. Bluestone, médico do Hospital de Montefiore no Bronx, New York, introduziu a noção de assistência domiciliar como extensão do hospital. Os pacientes liberados daquele hospital recebiam uma ampla variedade de serviços de enfermagem, serviços sociais e outros correlatos, todos prestados em suas próprias casas. Tal combinação entre uma instituição de saúde operando um departamento de assistência domiciliar não se limitou somente aos hospitais, estendendo-se a centros de reabilitação e organizações de enfermagem qualificadas. Surgiram também agências de assistência domiciliar independentes das instituições.

Por volta de 1960 já havia nos EUA cerca de 1.200 empresas de assistência domiciliar, sendo a maioria delas financiada por doações feitas pelas comunidades locais ou pelos receptores dos serviços. A instituição pelo governo norte-americano dos programas *Medicare* e *Medicaid*, na metade dos anos sessenta, estimulou o crescimento do setor de assistência domiciliar, pelo fato de tais programas governamentais reconhecerem os serviços de *Home Care* como um ramo da assistência à saúde e assegurarem uma fonte de financiamento àquelas empresas detentoras de certificação de acordo com suas normas.

A partir de 1982, deu-se um novo impulso ao crescimento quando o Congresso americano e o *Health Care Financing Administration* (HCFA) estendeu o reembolso do *Medicare*, com mais ênfase ao setor de assistência domiciliar privada.

Desde 1982, o crescimento nos EUA das empresas baseadas em hospitais e/ou particulares foi expressivo. Um número cada vez maior de instituições hospitalares passou a se diversificar para ampliar suas fontes de arrecadação, sendo a assistência domiciliar uma das áreas visadas.

Dados de 1998 mostram que existem nos EUA aproximadamente 20.215 organizações de assistência domiciliar, com um movimento de US\$ 42 bilhões e um número de 8.000.000 de pessoas atendidas. Tais empresas são semelhantes em sua estrutura administrativa e fontes de financiamento. As principais diferenças entre elas estão na classificação fiscal, no controle financeiro ou na propriedade.

No Brasil, um dos grandes desafios é viabilizar técnica e financeiramente o sistema de saúde. A política atual do Ministério da Saúde, que prevalece desde o governo passado, é acabar com a gestão centralizada da saúde pública e transferir integralmente a responsabilidade, a coordenação e a execução dos serviços de saúde aos governos estaduais e municipais. O mercado de assistência à saúde está subdividido em três categorias, de acordo com o acesso à assistência: pacientes atendidos no setor público ou pelo SUS (65% da população); pacientes atendidos no setor privado (25%); e 10% sem nenhum tipo de assistência.

A assistência domiciliar no Brasil iniciou-se por volta de 1994, primeiramente como serviços de enfermagem em casa e evoluindo posteriormente para o sistema de *Home Care*. Não existem praticamente números no país a respeito, por tratar-se de uma atividade que ainda se encontra em seus princípios. Todas as inferências disponíveis baseiam-se em especulações praticadas pelos poucos profissionais que atuam na área. O que se sabe de concreto é que existem poucas empresas atuando no ramo de assistência domiciliar, com faturamento ainda pouco expressivo em termos nacionais. Mas esses indicadores mostram o grande potencial de expansão do setor.

Como subdivisão da atividade de *Home Care*, pode-se incluir também a medicina preventiva, por muitos considerada como a solução para a saúde no Brasil. Outro ponto favorável à assistência domiciliar é a economia que ela determina em relação aos hospitais.

Os principais fatores que favoreceriam a assistência domiciliar no Brasil são: apoio mais abrangente da medicina suplementar a esta atividade, particularmente em função da redução de custo proporcionada; pressão sobre os hospitais com relação à redução de custos; tendência mundial à desospitalização; e o retorno do antigo sistema do médico de família, com valorização do médico generalista e da relação médico-paciente.

A regulamentação dos planos de saúde no Brasil, ora levada a efeito pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), impõe padrões mínimos de operações, tornando os baixos custos fundamentais para a competitividade do setor. O *Home Care* é uma alternativa que propor-

ciona grande redução de custos. A entrada no mercado brasileiro das gigantes multinacionais do setor de seguros de saúde, acostumados a financiar programas de *Home Care* em seus países de origem, também faz supor um grande incremento desta opção nos próximos anos; muitas operadoras de planos de saúde têm aderido às modalidades de assistência domiciliar, ainda que seus contratos não estabeleçam este tipo de cobertura. Soma-se a isto a razoável suposição de que alguma parcela da população brasileira com problemas de saúde é candidata ao tratamento domiciliar. Também a parcela da população atendida pelo setor público de saúde e que tem suas eventuais internações pagas pelo SUS constitui um público-alvo em potencial para programas de assistência domiciliar.

A entrada no mercado brasileiro desta nova técnica em assistência à saúde representará um inegável avanço para a sociedade brasileira. Dentro de um período de tempo mais ou menos curto, os programas de saúde poderão dispor de todos os serviços de assistência domiciliar encontrados no 1º mundo: curativos, prevenção e monitoramento da saúde, internação domiciliar, além de equipamentos e outros aparatos disponibilizados na residência do paciente. Em termos econômico-financeiros, as cifras deverão ser de milhões de pacientes tratados domiciliarmente de ano a ano, com ganhos para todos os segmentos envolvidos: o receptor dos serviços, com satisfação de suas necessidades de assistência à saúde; o prestador de serviços, com aumento de sua demanda; e o financiador, com a redução dos custos.

O PAPEL DO MÉDICO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Por razões históricas, educacionais e econômicas, os médicos não estão significativamente envolvidos no modelo norte-americano de assistência domiciliar. Tal falta de envolvimento pode se constituir em obstáculo ao crescimento da assistência domiciliar, uma vez que, com a expansão desta modalidade, os casos de pacientes incluídos serão cada vez mais complexos; um número cada vez maior de profissionais médicos será essencial para gerenciar esses casos que requerem múltiplas terapias e procedimentos.

A percepção dos médicos sobre a questão da assistência domiciliar tem mudado com o passar do tempo. Até a Segunda Guerra Mundial, os médicos acreditavam que a assistência prestada em casa era equivalente à dos consultórios. Os avanços tecnológicos e os modernos aparelhos de terapia e diagnóstico fizeram com que eles começassem a ver seus consultórios e clínicas como locais melhores e mais seguros para o atendimento. Uma visita domiciliar sempre demanda mais tempo, é insuficientemente remunerada e deixa o profissional distante das facilidades do consultório.

Com a perspectiva de crescimento do *Home Care*, torna-se necessário treinar os médicos para a assistência domiciliar. Atualmente, as escolas de medicina e os serviços de residência médica raramente fornecem informações a seus estudantes sobre a moderna prática da assistência domiciliar. Há ainda em nosso meio poucos médicos com experiência suficiente para preceptorar os mais novos que estão se iniciando nesta atividade. Como resultado, os médicos desconhecem o que a assistência domiciliar pode fazer, não sabem utilizá-la e nem têm conhecimento suficiente para dela participar.

Outras barreiras também dificultam a aproximação dos médicos em relação à assistência domiciliar. Uma delas é a dificuldade de muitos médicos em trabalhar em equipe. Muitas empresas de assistência domiciliar são dirigidas por enfermeiras e outros profissionais não médicos, que enxergam no *Home Care* uma oportunidade para demonstrar suas habilidades, liderança e capacidade empreendedora. Os médicos podem se sentir excluídos e começam a enxergar o *Home Care* como espaço de intervenção de outros profissionais. Por sua vez, estes profissionais relutam em recuar para meros papéis de suporte, cedendo seu espaço aos médicos.

Nunca se deve cometer o erro de excluir a participação do médico no processo de assistência domiciliar. Médicos e outros profissionais devem se enxergar como membros de uma equipe multidisciplinar, e todos devem estar envolvidos no planejamento estratégico das empresas.

Segundo a maioria dos documentos com valor legal, emitidos pelos Conselhos de Medicina, cabe ao médico a responsabilidade pelo serviço de assistência domiciliar que coordena. Cabem a ele ainda a consulta ao paciente e o estabelecimento do planejamento terapêutico juntamente com o restante da equipe.

Funções do médico em Home Care

(exclusivas ou não, assistenciais ou não)

- Gerenciamento dos problemas médicos.
- Identificação das necessidades do paciente.
- Estabelecimento de um plano de tratamento com objetivos e prazos.
- Avaliação e resolução dos novos problemas que forem surgindo.
- Comunicação com o paciente, a família e os demais médicos envolvidos.
- Suporte aos outros membros da equipe.
- Treinamento continuado em serviço.
- Reavaliação periódica do plano de tratamento.
- Avaliação da qualidade do tratamento.
- Documentação em registros médicos apropriados.
- Disponibilidade (inclusive telefônica) para cobertura nas 24 horas do dia.
- Realizar a avaliação clínica inicial, atender as intercorrências, realizar pequenos procedimentos, participar da alta.
- Coordenação dos serviços.

Nos programas de assistência domiciliar ligados às cooperativas médicas no Brasil, a vinculação do médico ao serviço pode se dar de duas maneiras:

1^a) o serviço possui uma equipe médica própria que percebe um pagamento fixo ou por produção; o papel do médico assistente termina a partir do momento em que o paciente é admitido ao programa; 2^a) o médico assistente continua a acompanhar o paciente durante sua permanência no programa ou responde a pareceres como especialista; em ambos os casos, ele percebe honorários da cooperativa por visita domiciliar realizada; o serviço possui uma coordenação médica própria, responsável pela integração entre o médico assistente, a equipe e o paciente/cuidador.

O primeiro modelo possui a vantagem de garantir um maior entrosamento entre médicos e equipe e unificar condutas. Já a segunda opção apresenta o diferencial de oferecer espaço de trabalho de forma equitativa ao coletivo dos cooperados.

O PAPEL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Entende-se por Equipe Multidisciplinar ou Transdisciplinar um conjunto de profissionais com formações diversas, dotados de visão ampla e coletiva, unidos e motivados por um objetivo comum; cada um desenvolve a sua atividade específica de caráter indispensável. A composição por profissionais das Equipes Multidisciplinares costuma variar de serviço para serviço. A equipe mínima necessária para o funcionamento de um serviço de assistência domiciliar deve incluir: médico, enfermeira, assistente social e técnicos/auxiliares de enfermagem. Outros profissionais também necessários são: fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, motoristas, auxiliares administrativos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, além de outros. Não é necessário que uma equipe seja composta por todos estes profissionais para se considerar completa; pelo contrário, uma equipe com tais dimensões seria de um gigantismo incompatível com a manutenção do binômio qualidade/custos em nível de equilíbrio. Cada programa deve encontrar suas melhores soluções e determinar quais os profissionais necessários e úteis ao seu bom funcionamento.

Outro membro importante em uma Equipe Multidisciplinar de Home Care é o administrador ou gerente. Além de sua tradicional função de cuidar das finanças, ele é diretamente responsável por atribuições como: suporte da sede, administração de pessoal, compra de material e suprimentos, logística, marketing, contratos e aspectos legais. Uma outra função muitas vezes delegada ao administrador é a promoção do trabalho em equipe. O administrador, na assistência domiciliar, deve ser uma peça fundamental para a ligação entre a equipe.

Ações assistenciais da equipe em Home Care

- Discutir admissão, permanência e alta do paciente no programa, de acordo com os critérios estabelecidos.
- Realizar planejamento assistencial individualizado.
- Responsabilizar-se pela orientação e educação do paciente e familiares.
- Manter o comportamento ético dos seus membros.
- Documentar os gastos referentes ao tratamento.

Não caberia nas dimensões deste artigo listar as funções de todos os demais profissionais envolvidos em uma equipe de Home Care. Existem diversos trabalhos e publicações, inclusive citados na bibliografia, que fornecem suficientemente tal informação. O que é mais importante salientar é que, em qualquer programa de assistência domiciliar, o trabalho em equipe não é uma mera declaração de princípios destinada a cumprir exigências cartoriais ou servir a disputas de poder, como tantas vezes ocorre em serviços de saúde públicos ou privados. Ou o Home Care funciona em equipe, ou não é Home Care. Daí se deduz a importância de manter a união operativa de um grupo de profissionais de diferentes especificidades em um serviço como este, sem, por outro lado, extrapolar os limites das atribuições próprias e intransferíveis de cada um. É preciso também que exista uma diretriz para o trabalho em equipe; sem tal força motriz, a Equipe Multidisciplinar não funcionará perfeitamente ou poderá constituir apenas um aglomerado de bons profissionais.

O HOME CARE EM COOPERATIVAS MÉDICAS

O Sistema UNIMED constitui a maior cooperativa de trabalho médico do mundo. Ele engloba 364 cooperativas médicas (Singulares) distribuídas por 4900 municípios brasileiros, congregando um total de 90 mil médicos cooperados e atendendo a 11 milhões de clientes. Existem neste complexo 57 hospitais próprios e 3.564 hospitais conveniados. Estes números mostram a importância do investimento em uma alternativa à hospitalização, que diminua o máximo possível o período de permanência do paciente no hospital. A assistência domiciliar pode permitir o cumprimento de tal objetivo, ao diminuir os custos da internação, desocupar leitos hospitalares e aumentar a capacidade do setor, otimizando os meios e os recursos e evitando a infecção hospitalar.

Cada cooperativa singular tem autonomia para decidir sobre possuir recursos próprios ou terceirizar. Percebe-se que, em termos de recursos hospitalares, existe uma marcante tendência à terceirização no Sistema UNIMED. Já os serviços de Home Care são predominantemente próprios, embora quase todos eles terceirizem um ou outro serviço (enfermagem domiciliar, oxigenioterapia, equipamentos, etc.). Na tomada de decisão sobre terceirizar ou não, dois fatores devem ser levados principalmente em consideração: por um lado, o custo para a implantação e manutenção do serviço, e, por outro, as vantagens de se manter o controle direto sobre o gerenciamento, garantindo a distribuição justa do espaço de trabalho e dos resultados entre todos os cooperados. Neste sentido, a existência de serviços próprios de assistência domiciliar, paralelamente a uma rede hospitalar predominantemente credenciada parece uma solução viável e interessante para as partes envolvidas. O Home Care administrado pela cooperativa médica demonstra uma vocação para ocupar um lugar intermediário entre o consultório que pertence ao cooperado e o hospital onde ele geralmente trabalha como cotista ou membro de seu corpo clínico, submetido a uma direção médica e a uma administração leiga.

Desde o final dos anos 90, várias cooperativas médicas vêm criando seus programas de Home Care, muitos dos quais são hoje importantes referências nesta modalidade de assistência. Embora não se possa dizer que os serviços de assistência domiciliar ligados às cooperativas médicas possuam uma feição que os distinga estruturalmente das iniciativas semelhantes em empresas de outros ramos, existem alguns diferenciais que contribuem para o pioneirismo e a expansão do Home Care ligado ao cooperativismo médico. De um modo geral, as operadoras comerciais de planos de saúde dão ênfase à conquista de mercados com redução de custos quando investem em Home Care. Além disso, o médico que presta serviços é um mero credenciado, que se limita a receber por procedimentos executados sem possuir nenhum poder decisório sobre a empresa na qual atua. No Sistema UNIMED, por sua vez, o destaque é para a oferta de atendimento de qualidade à clientela com racionaliza-

ção de custos para a cooperativa. O médico cooperado é sócio do negócio e o *Home Care* surge como um novo espaço de trabalho para o profissional. Além disso, os programas de *Home Care* também podem incluir ações de monitoramento à saúde e medicina preventiva, o que significa, para a operadora, investir em uma clientela mais saudável, com menores gastos em tratamentos e hospitalizações. Desta forma, a cooperativa deixa de ser uma simples vendedora de planos de saúde para evoluir rumo a um avançado conceito de investidora em qualidade de vida.

Um modelo de grande interesse que vem sendo adotado em serviços de assistência domiciliar do Sistema UNIMED é o de gerenciamento de casos, que consiste numa atenção, realizada no domicílio, a pacientes com limitações funcionais importantes, buscando manter o seu estado de saúde e/ou minimizar os efeitos nocivos causados pela doença, contribuindo, dessa forma, para melhora da sua qualidade de vida e de seus familiares. São dirigidos especificamente aos casos identificados como de alto risco, selecionados por alto custo assistencial e alto índice de utilização, principalmente devido a internações, emergências e exames complementares, motivadas por várias situações clínicas; dentre elas chamamos a atenção para agudização de doenças crônicas. Os resultados alcançados são mensurados periodicamente e orientam mudanças no programa ou possíveis alterações de conduta. São elencados resultados clínicos de utilização e de redução de custos/sinistralidade.

Objetivos do gerenciamento de casos

- Favorecer um *continuum* assistencial monitorado, otimizando o cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas e de alto custo.
 - Aumentar a capacidade de cuidado da evolução da patologia e de seu estado de saúde pelo paciente e por seus familiares através de ações educativas e de conscientização.
 - Favorecer práticas e hábitos produtores de saúde e de qualidade de vida para o paciente e familiares.
 - Reduzir custos assistenciais.
- Integrar a assistência, evitando a fragmentação de cuidados.
- Possibilitar maior adesão ao tratamento.
 - Obter prevenção de complicações incapacitantes.

Metodologia do gerenciamento de casos

- Levantamento de dados clínicos e assistenciais através de entrevista multiprofissional coordenada por enfermeiras.
- Contato e integração com o médico assistente do paciente.
- Avaliação inicial e definição de plano de ação hierarquizado e individualizado baseado no levantamento de dados, em fatores de risco elencados e em protocolos clínicos.
- Visitas domiciliares multiprofissionais de acordo com o plano de ação.
- Monitoramento telefônico hierarquizado, sendo diário para os casos graves.
- Avaliação inicial, visitas e evolução informatizadas e disponíveis através do prontuário eletrônico.
- Linha telefônica disponível permanentemente para orientações e dúvidas.
- Integração aos programas preventivos e de gerenciamento de doenças.

O UNIMED DOMICILIAR DE JUIZ DE FORA

A Unimed Juiz de Fora é uma singular do Sistema Unimed que mantém, desde junho de 1999, um serviço de *Home Care* denominado Unimed Domiciliar. Inédito no interior de Minas Gerais, o programa já atendeu a 548 pacientes desde a sua inauguração, contando atualmente com 60 clientes ativos no programa.

O Unimed Domiciliar é oferecido à clientela da Unimed Juiz de Fora como um benefício, o que quer dizer que ele não faz parte do contrato que o cliente celebra com a empresa quando adquire o plano de saúde; isto garante que o critério de admissão ao programa constitua prerrogativa técnica da Equipe Multiprofissional, nunca podendo ser exigida meramente como direito, independente da existência de perfil adequado para o serviço.

A Equipe Multidisciplinar do programa é composta por:

- 02 médicos;
- 01 gerente;
- 01 assistente social;
- 02 enfermeiras;
- 08 técnicos/auxiliares de enfermagem;
- 01 nutricionista;
- 01 fisioterapeuta;
- 01 secretária;
- 01 auxiliar administrativa;
- 03 Estagiários.

O PROGRAMA CONTA TAMBÉM COM SERVIÇOS DE APOIO COMO

- Clínicas, laboratórios, remoções, cooperativas de enfermagem, RX domiciliar, materiais e equipamentos hospitalares, oxigenioterapia, etc. O Unimed Domiciliar não estabelece limite de idade para ingresso de pacientes no programa. Estes são classificados em dois grupos, para fins de admissão, planejamento terapêutico e alta:

1) Desospitalização- Pacientes que se encontram hospitalizados em condições para alta hospitalar, porém que ainda necessitam de cuidados para completa recuperação ou manutenção clínica, como curativos complexos, antibioticoterapia venosa, ventilação mecânica domiciliar, oxigenioterapia, etc.

2) Monitoramento- Pacientes que se encontram no domicílio, com doença ainda em fase inicial ou potencial para adoecer, e que necessitam de cuidados que visem impedir seu adoecimento ou piora com evolução para internações frequentes: visitas médicas e da Equipe, fisioterapia, nutrição, educação e orientações em saúde, imunizações, etc.

As principais indicações para ingresso no programa em termos de grupos de pacientes e patologias são: cuidados pós-operatórios, tratamento de feridas, pacientes pré-terminais e terminais, pneumopatias crônicas, vasculopatias crônicas, cardiopatias crônicas, doenças neurológicas, pacientes oncológicos, pacientes pediátricos, doenças infecto-contagiosas, doentes fora de possibilidade terapêutica.

O fato de estarem listadas acima uma série de patologias crônicas e de curso arrastado não significa que a proposta do Unimed Domiciliar seja de eternizar a permanência de seus pacientes no programa ("asilos domiciliares"). É certo que muitos doentes só receberão alta por óbito ou reinternação, mas isto não obscurece a afirmação de que um programa de *Home Care* deve ter princípio, meio e fim. O doente-padrão é sempre aquele com perfil de desospitalização, que sairá do ambiente hospitalar para um período de assistência domiciliar, durante o qual seu cuidador e ele adquirirão autonomia suficiente para um posterior desligamento.

Para ter acesso ao Unimed Domiciliar, o paciente pode ser encaminhado por seu médico assistente, ter seu ingresso solicitado pela própria família, através de busca ativa realizada pelo Serviço Social da empresa junto à clientela internada ou mesmo por dados da informática. Todo cliente passa por uma avaliação social e clínica, mediante a qual a Equipe verifica se o doente possui de fato um perfil adequado para inclusão no programa. É necessário que o paciente tenha um cuidador, que é uma pessoa da família, da comunidade ou mesmo um profissional de saúde contratado pela família para atuar como elo de ligação entre a equipe e o paciente. Nesta etapa, os profissionais fornecem ao paciente e/ou à família informações sobre o programa, como funciona o *Home Care*, qual é o papel do cuidador e se há interesse em admitir o paciente. A elegibilidade do paciente para o programa é então confirmada por uma escala na qual alguns fatores são avaliados, sendo atribuída uma pontuação a cada item da avaliação. A somatória dos pontos classifica a condição do paciente. Os objetivos principais da escala são: facilitar a seleção de pacientes, otimizar a montagem da estrutura em casa, distribuir os recursos humanos e prever a alta. Ela pode ser reaplicada em vários momentos da trajetória do paciente pelo programa. A pontuação final obtida classifica o paciente em quatro níveis:

- instável e sem condições de alta hospitalar;
- em condições de internação domiciliar;
- parcialmente dependente (internação domiciliar com treinamento do cuidador);
- não dependente (alta para casa com monitoramento à distância).

Definido o protocolo, o próximo passo é uma visita à residência do paciente para se avaliar as condições para instalação do *Home Care*. Confirmada a condição e providenciada a infra-estrutura, o paciente é

instalado imediatamente em seu lar, sendo aberto um prontuário multidisciplinar para acompanhamento do mesmo.

No início, as visitas da Equipe do Unimed Domiciliar podem ser diárias e, depois, de acordo com as necessidades de cada doente. Todas as visitas e avaliações são registradas em prontuário. No intervalo entre as visitas pode também ser realizado um monitoramento telefônico dos casos. A enfermagem do programa se reúne diariamente para organizar as escalas de visitas, e há também reuniões semanais de toda a equipe para avaliar o andamento do programa. Em casos de urgência e emergência, a Unimed Juiz de Fora dispõe de um serviço médico dotado de equipe de enfermagem e UTI móvel nas 24 horas do dia. Fora dos horários habituais de trabalho da equipe, o cliente e sua família podem estabelecer contato com a empresa através de um serviço de teleatendimento.

O vínculo entre a equipe e o cuidador é permanente, e este último recebe todos os treinamentos e informações que garantem a autonomia progressiva do binômio paciente/família, que é essencial neste modelo de assistência. Periodicamente, o cuidador participa de um encontro organizado pelo Serviço Social e pela Enfermagem do UNIMED DOMICILIAR, com programação voltada para a formação do cuidador.

O atendimento domiciliar é suspenso em casos de rescisão de contrato, quando há falta de colaboração da família, se houver agravamento do quadro clínico que exija internação hospitalar, em caso de óbito, mudança de cidade e quando o paciente já tenha condições de se cuidar. Neste último caso, a Equipe conduz um trabalho de alta com a participação do médico assistente, o qual visa a reforçar a autonomia do par paciente-cuidador para o prosseguimento dos cuidados de que o doente necessita para prevenir futuras recaídas e regressos ao hospital.

Abaixo são listados os principais serviços e procedimentos oferecidos pelo Unimed Domiciliar.

Procedimentos oferecidos pelo Unimed Domiciliar

- Oxigenioterapia, nebulizações, aspirações.
- Aplicações de medicamentos parenterais (IM,IV).
- Colocação de sondas SNE, SNG, SV, etc.
- Curativos, tratamento de feridas.
- Enemas, orientações sobre higiene.
- Manuseio de cânulas de traqueostomia.
- Cuidados com estomas.
- Nutrição enteral e parenteral.
- Oximetria de pulso.
- Ventilação mecânica não invasiva.

Serviços oferecidos pelo Unimed Domiciliar

- Nebulizadores, umidificadores e aspiradores de secreções, dispositivos de fototerapia.
- Cadeira higiênica, cadeira de rodas, cama hospitalar, suporte de soro.
- Oxímetro de pulso, monitor cardíaco.
- Aparelhos de fisioterapia.
- Cânulas de traqueostomia.
- Glicosímetro, bomba de infusão.
- BiPAP, concentrador e cilindro de oxigênio.
- Estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro.
- Descartáveis.
- Máscaras e catéteres de oxigênio, medicamentos, vacinas.

HOME CARE COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO COOPERATIVISTA

Educação é o ato de desenvolver de forma homogênea as faculdades psíquicas, intelectuais e morais de um indivíduo ou de um grupo. Os objetivos da educação em saúde são de estimular nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. De uma forma geral, os objetivos da educação em saúde são encorajar as pessoas a:

- adotar e manter padrões de vida saudáveis;
- usar de forma judiciosa os serviços de saúde colocados à sua disposição;
- tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

No atendimento domiciliar, a educação em saúde de pacientes, cuidadores e familiares situa-se num nível primário de prevenção (educar para não adoecer). Num serviço de Home Care, é sobretudo a ação educativa de ensinar o cuidador e a família a lidar com o doente que possibilita que o atendimento domiciliar não seja eterno.

A educação em Home Care possui um caráter contínuo e permanente. Ela se inicia antes mesmo da admissão ao programa, já na visita que a Equipe realiza ao paciente e família em seu lar ou no hospital, passando todas as ações que ocorrem durante sua permanência e prossegue após seu desligamento, por intermédio de uma monitorização pós-alta.

Os públicos-alvo da educação em Home Care são

Público	Objetivo
Dirigentes e cooperados	Redução de custos
Usuários e comunidade	Prevenção primária em saúde
Colaboradores	Cuidado com qualidade

Outro foco importante da educação em Home Care dirigida aos membros da Equipe Multidisciplinar é o treinamento continuado em serviço. No Unimed Domiciliar de Juiz de Fora, são utilizados os seguintes instrumentos:

- Reuniões de trabalho em dois turnos diários.
- Reuniões periódicas de toda a Equipe.
- Dinâmicas de grupo.
- Assinatura de periódicos, formação de uma biblioteca/videoteca.
- Educação presencial/virtual.
- Grupos de estudo de casos clínicos.
- Estudo de temas teóricos relevantes.
- Freqüência a Congressos e outros eventos.

O Unimed Domiciliar também dispõe de instrumentos de avaliação e aferição, que permitem o seguimento e o aprimoramento do trabalho. São eles:

- Ficha de avaliação para o paciente/cuidador.
- Ficha de avaliação para o cooperado.
- Formulário de monitoramento pós-alta.
- Pesquisa de opinião por teleatendimento.
- Cartão de aniversário.
- Mensagem pós-óbito.

Em Assistência Domiciliar, o cuidador é aquele indivíduo que faz circular a comunicação ("correia de transmissão") entre o paciente, sua família e a Equipe Multidisciplinar, recebendo desta as informações que irá utilizar no decorrer do tempo para a conquista da maior autonomia possível em relação ao serviço de saúde.

Os Encontros de Cuidadores devem ocorrer com uma certa periodicidade (nem muito próximos, nem muito espaçados), e são geralmente conduzidos pela Enfermagem e pelo Serviço Social do programa. Espera-se a participação de todos os membros da equipe. Neles podem ser abordados os seguintes aspectos:

- informações de natureza técnica;
- normas e regulamentos do programa;
- esclarecimento de dúvidas, troca de informações entre os participantes, confraternizações, integração;
- dinâmicas de grupo, trabalhos em grupo;
- eventos festivos, comemorações, sorteios de brindes, lanches;
- pesquisas de opinião.

Encontro de cuidadores no Unimed Domiciliar

- Início: abril de 2000.
 - Total de encontros: 19.
 - Número de presentes: 583.
 - Temas: stress, qualidade de vida, dinâmicas de grupo, parceria equipe-cuidadores, vantagens do paciente no domicílio, insônia, transporte e locomoção de pacientes, "cuidando de quem cuida", biodança, prevenindo quedas e escaras, etc.
- O Manual do Cuidador é um livreto redigido pela Equipe Transdisciplinar do programa de Home Care de Juiz de Fora, contendo, de forma clara, sucinta e permanentemente atualizada, temas como:
- apresentação da equipe, do programa e seus objetivos;
 - normas e regulamentos;

- como agir em diversas situações (urgências, intercorrências em períodos noturnos, etc.);
- meios de contato, telefones úteis;
- prontuário domiciliar;
- cuidado pessoal, higiene, banhos, administração de alimentos e medicamentos, cuidados com sondas, catéteres e estomas, prevenção de quedas e úlceras de pressão, cuidados com o ambiente e com o lixo, assepsia e desinfecção, lavagem das mãos, lidando com materiais e equipamentos, aspectos psicológicos, fisioterapia, etc.

AUDITORIA MÉDICA EM HOME CARE

Auditoria médica é o conjunto de atividades e ações de fiscalização, de controle e de avaliação dos processos e procedimentos adotados, assim como do atendimento prestado, objetivando sua melhor adequação e qualidade, detectando e saneando-lhes eventuais distorções e propondo medidas para seu melhor desempenho e resolutividade⁵. O auditor tem a função de fiscalizar, de verificar se determinado serviço foi ou está sendo conduzido corretamente. Na área médica, pode avaliar se a atuação de um médico em relação a seu paciente ou se as contas médicas correspondem aos atos executados.

A auditoria médica se divide em três partes: preventiva, operacional e analítica. O seu objetivo principal é normatizar e controlar atividades médicas, hospitalares e laboratoriais, buscando a qualidade total em prestação de serviços na área de saúde, ou seja, dar a melhor assistência médica com o menor custo.

A auditoria médica não pode ser vista como um mero instrumento fiscalizador. Ela é muito mais abrangente, criando e implantando normas que permitem o contínuo aperfeiçoamento do sistema, determinando parâmetros nos setores de contas médicas e hospitalares e funcionando como uma ferramenta na diminuição dos custos, sem prejuízo da qualidade do atendimento. As auditorias médicas são utilizadas em todas as áreas administrativas-gerenciais que trabalham com a Saúde.

Os serviços de assistência domiciliar, como parte integrante do sistema de Saúde, só têm a se beneficiar da atuação efetiva do setor de auditoria médica da empresa à qual são vinculados. A auditoria médica em Home Care deve iniciar sua ação já no momento prévio à admissão do paciente ao programa. O auditor médico, nesta etapa, pode ser também chamado de "médico autorizador". Ele se debruça sobre os contratos existentes, as tabelas de procedimentos médicos e os manuais de auditoria médica e de intercâmbio entre as operadoras. Nesta área, o auditor age em contato direto com o usuário, sendo muitas vezes também necessário o contato com o médico assistente. Deste trabalho do auditor pode muitas vezes resultar uma negativa, que deve ser apresentada em primeiro lugar ao usuário e também, por escrito, ao médico assistente.

A auditoria médica em Home Care deve também atuar de forma operacional, auditando os procedimentos durante e após os mesmos terem acontecido. Esta "auditoria de contas", como pode ser também chamada, pode enfrentar problemas ao interferir nas condutas de alguns médicos, e até mesmo em relação às entidades da categoria. Nesta etapa, as contas do Home Care são auditadas detalhadamente. O auditor verifica se o diagnóstico é compatível com os exames, se os exames foram todos realizados, se a medicação cobrada foi realmente administrada, se os horários correspondem à realidade ou se os relatórios médicos e de enfermagem estão de acordo, dentre outras coisas. O auxílio da auditoria de enfermagem nesta fase pode gerar excelentes resultados.

Já em sua etapa analítica, a auditoria em Home Care faz o levantamento de dados, comparando-os com indicadores gerenciais e outros. É importante que o auditor em Home Care conheça os indicadores de saúde, trabalhe com planilhas, relatórios, bancos de dados e assim por diante. É a auditoria analítica que detecta com clareza os maiores problemas no funcionamento de um serviço de assistência domiciliar.

Objetivando à contenção dos custos da assistência domiciliar, deve-se evitar certos problemas, como o uso abusivo do sistema, exagero da gravidade do doente, excesso de visitas, troca de códigos dos procedimentos, preços abusivos de materiais, complemento de honorários, além de outras práticas danosas que resultam em elevação dos custos e comprometimento dos benefícios. Tudo isso justifica plenamente a necessidade e a prática efetiva da auditoria médica em Home Care. Os profissionais da área de assistência domiciliar devem despir-se de uma visão preconceituosa e persecutória sobre a auditoria médica, passando a

enxergá-la como um dos mais importantes instrumentos para o sucesso destes programas.

QUALIDADE EM HOME CARE

Qualidade é a totalidade dos aspectos e características de um produto ou serviço relacionados à sua capacidade de satisfazer às necessidades declaradas ou implícitas de seus consumidores. A qualidade é hoje parte integrante da vida das pessoas, abrangendo desde os aspectos puramente particulares e individuais até os serviços, produtos e a sociedade em geral. No mundo da economia globalizada, qualidade é essencial. Na área da saúde, qualidade é um fator ainda mais importante, uma vez que do resultado do atendimento prestado dependem vidas. Toda instituição de saúde, em função de sua missão em favor do ser humano, deve se preocupar com seu melhoramento permanente, de forma a alcançar uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas e assistenciais.

Com a tendência ao crescimento dos serviços de assistência domiciliar, os preços tenderão a se igualar, sendo então a qualidade e a valorização dos serviços o fator de distinção entre as organizações. A qualidade deverá se tornar inerente à filosofia da empresa.

A qualidade na assistência domiciliar deve ser vista inicialmente sob a perspectiva da assistência ao paciente. Mas é também importante que ela seja julgada sob outras óticas, como a das fontes pagadoras, dos profissionais, das entidades regulamentadoras e do ponto de vista normativo e legislativo.

INDICADORES DE QUALIDADE EM HOME CARE⁶

A) Indicadores diretos

1- Relacionados à Equipe

- Número de profissionais em todos os níveis disponíveis por paciente em atendimento.
- Número de enfermeiros por cada grupo de 25 pacientes.
- Incidência de substituições de profissionais de enfermagem nas escalas.
- Taxa de absenteísmo do profissional de enfermagem.

2- Relacionados ao processo

- Tempo de espera para o atendimento a emergências.
- Tempo de espera para remoções.
- Tempo de entrega de materiais/equipamentos/medicamentos nas residências.
- Tempo de entrega das soluções manipuladas nas residências (diets enterais/parenterais, quimioterapia, outras).
- Incidência de pendência de entrega de produtos nas residências.
- Incidência de glosas.

3- Relacionados ao paciente

- Perfil nutricional do paciente durante a internação domiciliar.
- Incidência de broncoaspirações em pacientes em uso de SNE.
- Incidência de úlceras de pressão.
- Incidência de infecções oportunistas.
- Incidência de quedas.
- Incidência de iatrogenias.
- Incidência de reinternações hospitalares.

B) Indicadores indiretos

- Existência de protocolos técnicos, éticos, de segurança e controle de infecção domiciliar; controle de qualidade dos produtos; atendimento de emergência 24 horas; disponibilidade dos serviços de apoio (RX, laboratórios, remoções, fisioterapia, etc.); realização de discussões clínicas; frequência dos treinamentos; destino final do lixo; atendimento no final de semana; realização de pesquisas de satisfação; existência de programas informatizados; relação trabalhista formalizada dos profissionais da equipe com a empresa; vinculação da empresa a organismo regulador em Home Care.

OS CUSTOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Custos são desembolsos feitos por uma empresa para executar determinada tarefa.

Em meados dos anos 80 do século passado, ocorreu no Brasil um grande aumento dos modelos privados de assistência à saúde, como consequência dos serviços de saúde pública. No entanto, as diversas

mudanças econômicas e o achatamento da classe média (principal usuária da medicina suplementar) dificultaram o gerenciamento dos planos, criando a necessidade de revisão dos processos técnicos e administrativos na busca de alternativas adequadas e criativas para o custeio da assistência em saúde, sem prejudicar a qualidade dos serviços prestados. Os planos de saúde adotaram então várias tendências já empregadas nos EUA e Europa, dentre elas o *Home Care*, que propicia a prevenção, a redução das internações e a desospitalização. Além da redução de custos, o *Home Care* gera satisfação dos usuários, cansados das reinternações e de seus inevitáveis transtornos.

Segundo estimativas de profissionais de saúde, o *Home Care* economiza, em relação à internação em hospitais, uma média de 40%, podendo chegar muitas vezes a 60%.

Um exemplo concreto de comparação de custos entre assistência hospitalar e domiciliar é o caso dos pacientes em Terapia Intensiva. Os avanços desta especialidade resultaram em significativa modificação na evolução destes doentes. Paralelamente às altas e óbitos, que são as evoluções habituais, se acrescentou aquele paciente que sobrevive, porém sem atingir condições suficientes para deixar a UTI. À medida que o tempo de internação aumenta, a mortalidade também cresce, até os 20 dias de permanência; a partir deste ponto, a mortalidade torna a cair, aproximando-se da média. Este grupo de pacientes equivale a cerca de 10% daqueles internados em uma UTI geral. A maioria deles tem o diagnóstico de insuficiência respiratória crônica agudizada, lesões neurológicas agudas centrais ou periféricas, além de um pequeno contingente de pacientes com complicações pós-operatórias ou pós-traumáticas. Estes doentes podem permanecer por meses ou até anos dentro de uma Unidade de terapia Intensiva, sem resolução; não podem ser transferidos para unidades semi-intensivas ou intermediárias, pois necessitam de vigilância contínua, embora estejam relativamente estáveis. A maior parte deles necessita de suporte ventilatório contínuo ou durante a maior parte do tempo.

Uma abordagem possível e mais econômica para este grupo é a internação domiciliar (ou UTI domiciliar, como também vem sendo chamada). O paciente passará a dispor em seu lar de uma enfermagem nas 24 horas, monitorização cardíaca, oximetria de pulso, ventilação mecânica não invasiva e oxigenioterapia, medicamentos venosos, dentre outros recursos. Os pacientes que não evoluem com melhora do quadro podem permanecer indefinidamente em acompanhamento; aqueles cujas condições permitem podem ser "desmamados" dos dispositivos de ventilação mecânica e até terem retiradas suas cânulas, se for o caso. Em suma, além do conforto e das vantagens emocionais para o paciente e sua família, há uma significativa redução de custos para a fonte pagadora.

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CUSTOS EM HOME CARE

- O administrador ou gerente centraliza o cuidado com as finanças; os demais profissionais devem se sentir igualmente responsáveis pelo controle de despesas.

- A equipe documenta os gastos referentes ao tratamento.

- Adoção da metodologia de gerenciamento de casos.

- Auditoria médica atuando na diminuição dos custos com garantia de manutenção da qualidade do atendimento.

- Criação de planilhas que permitam o cálculo mês a mês dos custos de cada paciente no programa, bem como o custo global do programa para a empresa.

- Comparação contínua dos custos do serviço com os custos dos hospitais próprios ou credenciados, para se certificar da efetiva economia que o *Home Care* deve gerar.

- Utilização de planilhas de custos que permitam o cálculo real de todos os gastos embutidos no processo.

- Negociação permanente com parceiros e fornecedores, no sentido de racionalizar os gastos com serviços terceirizados, materiais, medicamentos e equipamentos.

- Monitorização dos custos gerados pela própria equipe e pela sede (quilometragem rodada, contas telefônicas, materiais de escritório, horas extras, etc.).

- Empenho de todos os envolvidos na busca de soluções criativas e que gerem menores custos ou reduzam gastos para a empresa.

Deduz-se do fato de que o *Home Care* veio para racionalizar custos em relação aos hospitais que os gastos com a assistência domiciliar

devem ser rigorosamente contidos, sob pena de não se justificar a própria existência desta modalidade de tratamento. O objetivo maior deve ser sempre o de oferecer a melhor assistência com o menor custo.

COMPROMETIMENTO E RESPONSABILIDADE EM HOME CARE

Responsabilidade (do latim *responsabilitatis*) é a obrigação de responder pelas conseqüências de seus próprios atos ou pelos de outros. Responsabilidade civil é a obrigação imposta pela lei de reparar o dano causado a outrem, seja pela inexecução de uma obrigação nascida de um contrato (*responsabilidade contratual*), seja por um ato danoso praticado com ou sem a intenção de prejudicar (*culpa ou dolo*), ou ainda pelo fato ocasionado por um terceiro ou por um animal. Responsabilidade penal é a situação de quem, tendo praticado crime ou contravenção, fica sujeito à aplicação de pena prevista em lei.

Comprometer (do latim *compromitere*) é o ato de alguém empenhar a reputação, tomar o risco, assumir compromissos. Em direito, comprometer-se é assumir um compromisso, sujeitar-se ao parecer de um árbitro. Um conceito limite entre responsabilidade e comprometimento seria o de *responsabilidade moral* (fato de considerar alguém ou a própria pessoa como o inspirador moral ou ideológico de um ato).

Dispositivos legais que se aplicam à assistência Domiciliar

- *Novo Código Civil Brasileiro* (Lei nº 10.406, em vigor a partir de 11 de Janeiro de 2003).

Parte Especial, Livro I, Título IX- Da Responsabilidade Civil (capítulos I e II, artigos 927º a 954º).

- *Constituição Federal*. Art. 37, § 6º.

- *Código de Defesa do Consumidor*. Art. 14, § 4º. Art. 6º, III, VIII.

- *Código de Ética Médica*. Cap. III, Arts. 29, 35, 36, 59,69. Cap. V, Art. 46.

Responsabilidade e comprometimento do médico e da equipe multiprofissional

- *Consulta CREMESP nº 36.618/98*- Obriga à presença de um médico na chefia da equipe, na posição de chefe. Diz que estes serviços são uma espécie de ambulatório (intermediários entre hospital e ambulatório), o que determina a necessidade de um médico na equipe de saúde.

- *Consulta CREMESP nº 35.238/99*- Determina que o atendimento domiciliar deve contar com equipe multiprofissional. Relata fato inusitado de médicos estarem sendo obrigados a exercer serviços superiores às suas forças (dirigir ambulância, por exemplo), o que violaria a qualificação profissional reconhecida pelo empregador (artigo 483 da CLT).

- *Consulta CREMESP nº 93.728/02*- Caracteriza a assistência domiciliar prestada diretamente por cooperativas como "ato médico de apoio administrativo".

A transformação das práticas de atenção à saúde, como a que propõem os serviços de *Home Care*, deve ocorrer dentro dos limites da ética e da legalidade. No exercício da assistência domiciliar, o que existe de mais legal e ético é a utilização dos meios mais humanos e tecnicamente apropriados às reais necessidades de cada paciente.

Alguns dos aspectos éticos implícitos na prática do *Home Care* são:

- Captação e triagem de pacientes.

- Acesso às instituições onde os pacientes se encontram (hospitais, etc.).

- Contato com os profissionais assistentes.

- Explicações claras e concisas aos pacientes, familiares e cuidadores sobre o que realmente poderá ser oferecido no domicílio.

- Estabelecimento de um plano de assistência viável em termos de estrutura e processo.

Ainda sob a perspectiva da ética, citam-se abaixo situações a serem coibidas em assistência domiciliar:

- Admissão de pacientes em condições incompatíveis com a oferta dos serviços propostos, tanto por excesso (desperdício, prejuízo) quanto pela escassez ou inadequação, colocando em risco a sobrevivência do paciente no domicílio.

- Oferta de uma equipe de profissionais desarticulada e despreparada para oferecer assistência global e treinamento familiar efetivo.

- Cobrança de itens de serviços que não foram de fato oferecidos.
- Permanência prolongada da assistência sem justificativas técnicas.
- Cobertura não integral dos chamados de urgência/emergência nos casos de internação domiciliar.
- Interferência desrespeitosa na dinâmica familiar.
- Perda de sintonia da equipe frente às situações mais complexas.
- Óbito domiciliar gerando dúvidas quanto ao fato de que poderia ou não ter sido evitado.
- Negação de atestado de óbito por ignorância ou despreparo.
- Prontuário médico incompleto.
- Quebra do sigilo profissional.

Algumas empresas estão optando pela competição desleal, antiética e ilegal, na medida em que estão assumindo e tentando 'ganhar terrenos' já conquistados e oferecendo em contrapartida menores custos, porém acompanhados de menor qualidade e maiores riscos¹¹.

O estabelecimento de um contrato comercial com normas racionais e uma forma de pagamento justa entre contratantes e contratados possibilita a oferta de tecnologia compatível pelo tempo necessário até o alcance da melhora e/ou estabilidade clínica e independência de familiares/cuidadores, possibilitando a ocorrência segura do desmame ou alta dos cuidados profissionais no domicílio.

O papel da Auditoria médica é determinante para a constatação e garantia da qualidade desta relação.

O *Home Health Care* é uma prática em evolução e ainda não regulamentada no Brasil. Em relação a tal regulamentação, as necessidades das empresas prestadoras são:

- Conceituar a internação e os procedimentos técnicos especializados domiciliares.
 - Registro nos Conselhos Regionais de Medicina.
 - Existência de um Diretor Técnico.
 - Assumir a responsabilidade integral pelo atendimento domiciliar do paciente.
 - Disponer de alguma forma de cobertura assistencial nas 24 horas do dia.
 - Disponer de Equipe Multiprofissional (mínimo: médico e enfermeiro).
 - Contar com a anuência do paciente ou de seu responsável legal, bem como com aprovação explícita do médico assistente para a inclusão do paciente, permitindo que ele continue à frente do caso, caso deseje.
 - Elaborar um Regimento Interno para o serviço, bem como normas e regulamentos.
 - Providenciar condições mínimas de garantia de boa assistência (remoções, recursos diagnósticos e terapêuticos, materiais e medicamentos, UJE nas 24 horas, prontuário, apoio logístico).
 - Garantir a observância do Código de Ética Médica e das demais disposições legais em vigor.
- O então Presidente da República Fernando H. Cardoso sancionou o capítulo VI da lei 8.080, que entrou em vigor em 15 de abril de 2002, com o seguinte teor:
- são estabelecidos, no âmbito do sistema único de saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar;
 - na modalidade de assistência domiciliar de atendimento e internação domiciliar incluem-se principalmente os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros, necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio;
 - o atendimento e a internação domiciliar serão realizados por equipes multiprofissionais que atuarão em prevenção, terapêutica e reabilitação;
 - o atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

CONCLUSÃO

Nas sociedades primitivas, o cuidado aos doentes fica a cargo de curandeiros e feiticeiros, que para tal mister lançam mão de práticas animistas. Na Idade Média, a Igreja assume o cuidado e os doentes são objeto da caridade pública. Os primeiros hospitais aparecem na Europa no final do séc. IV, sob a influência do cristianismo, servindo de refúgio tanto a viajantes quanto a doentes indigentes. Os leprosários aparecem no final do séc. XI. Nos secs. XVII-XVIII os doentes passam a ser tratados pelos médicos nos hospitais, e estes sofrem as primeiras reformas relativas à higiene e à regulamentação interna. O sec. XX assiste ao

avanço da tecnologia médica, à busca de alternativas à medicina hospitalocêntrica e aos programas públicos de saúde. Atualmente, o *Home Care* surge como uma modalidade de saúde em crescimento; pode-se dizer que a eclosão e o desenvolvimento desta opção de assistência representa um retorno aos ideais humanistas da medicina racionalista anterior à criação dos grandes hospitais.

O surgimento dos grandes hospitais europeus, como a Salpêtrière de Paris, deveu-se em grande parte à distribuição das diferentes categorias de despossuídos (mendigos, bêbados, prostitutas, loucos) por instituições específicas (albergues, hospícios, prostíbulos), deixando o espaço dos antigos leprosários exclusivamente à disposição dos doentes mais pobres, uma vez que os ricos eram tratados em seus lares por clínicos de origem aristocrática, que discutiam sobre as doenças à beira dos leitos e intervinham o mínimo possível, limitando-se a observar o curso natural da doença.

No período histórico chamado de clássico, o surgimento dos grandes hospitais não deixou de enfrentar oposição. Acusava-se o hospital de ser um lugar artificial em que a doença, transplantada, corria o risco de perder seu aspecto essencial. Mesmo mais tarde, no séc. XIX, pessoas como o pensador francês Auguste Comte diziam que a instituição dos hospitais, que convinha à Idade Média, deve radicalmente se extinguir à medida que o surto simultâneo da prosperidade material e da dignidade do povo permita substituir uma degradante assistência pela solicitude doméstica.²

Independente de tais críticas, a instituição hospitalar chega aos nossos dias como uma realidade indubitável. Hoje, o hospital já não é mais uma instituição de caridade, mas um estabelecimento de cuidados aberto a todas as classes sociais. A medicina moderna necessita de instalações caras e de alta tecnicidade. E é justamente neste cenário de aumento crescente dos custos com internações, somado à necessidade de busca de alternativas que possam aliar a oferta de qualidade à redução de gastos, que o *Home Care* surge como uma alternativa de medicina humanizada a preços compatíveis com o que desejam as fontes pagadoras de serviços de saúde.

É um erro acreditar que o *Home Care* estabelece uma competição com os hospitais. Na verdade, a assistência domiciliar ocupa um espaço suplementar ao hospital. Talvez no futuro a instituição hospitalar se limite a um número mais restrito de doentes, cujo perfil seja completamente incompatível com outras modalidades assistenciais. E o doente que for cada vez mais destinado aos programas domiciliares permitirá uma maior rotatividade dos leitos, redução de custos e evitação do surgimento de complicações graves, como as infecções nosocomiais.

Mesmo para o médico, o *Home Care* é uma opção vantajosa, por constituir um resgate da relação médico-paciente e a oportunidade de retorno à medicina de família, exercida de forma mais humana junto ao conforto do lar e da comunidade a que pertence o paciente. Num mercado de trabalho médico competitivo como o de hoje, o *Home Care* surge também como um novo espaço a ser ocupado por aqueles que vierem a se tornar competentes e se colocarem disponíveis para tal prática.

Para médicos e hospitais, existe ainda a questão prática de que o doente, após um determinado número de diárias hospitalares, começa a se tornar desvantajoso economicamente, passando a instituição e o profissional a vivenciar também a pressão dos pacientes e dos familiares, insatisfeitos com a demora, a falta de resolução e o grave transtorno em suas vidas gerado pelo confinamento longe de casa.

Por tudo o que acima foi dito, só resta concluir que o *Home Care* veio para ficar. É possível que, dentro de alguns anos, se assista no Brasil a um fenômeno de consolidação da assistência domiciliar semelhante à que se observa hoje nos EUA. Um passo importante para isto seria a regulamentação do *Home Care* no país, ainda pendente. Hoje em dia, os profissionais e as empresas que trabalham com os olhos no futuro, como aquelas que constituem o Sistema UNIMED, já se mobilizam no sentido de investir em tal modelo assistencial, certos de que assim poderão conquistar clientes oferecendo qualidade e de que estarão se tornando aptos a sobreviver num mercado cada vez mais competitivo e de custos cada vez maiores.

◆◆◆

SUMMARY

HOME CARE AND MEDICAL COOPERATION

The authors intend in this article to abridge their experience and the acquired knowledge along almost four years of a Home Care program operation in a medical work cooperative in Juiz de Fora/MG. They leave of a historical vision of the subject, approach the professionals' paper in the multiple team of work, establish an association between Home Care and the medical cooperation, show the practice of a home attendance program in operation and demonstrate as it constitutes an instrument of cooperative education. Then, they detail on the binomial quality X costs and make considerations on legal and ethical aspects, ending for the demarcation of the supplemental spaces for hospitals and Home Care services.

KEY WORDS

Home Care, medical cooperation, equip, quality, costs.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM nº 1246/88. 3ª Edição. Brasília: CFM, 1996. 95 p.
- 2 - COMTE, A. *Système de politique positive*. Paris: Carilian-Goeury et V. Dalmont, 1854. Quatre tomes.
- 3 - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 27ª Edição. São Paulo: Saraiva, 2001. 331 p.
- 4 - FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1977. 241 p.
- 5 - JUNQUEIRA, WN. *Auditoria médica em perspectiva: presente e futuro de uma nova especialidade*. Criciúma: ed. do autor, 2001. 174 p.
- 6 - NOVO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Lei nº 10.406, em vigor a partir de 11 de janeiro de 2003. Apresentação e comentários de Celso Russomano. São Paulo: Escala, 2003. 302 p.
- 7 - RIMED. *Manual do Home Care*. São Paulo: Rimed Comércio e Representações Ltda., 2000. 301 p.
- 8 - BRÁZ, MG. *et al.* Indicadores de qualidade no Home Care. *Revista Brasileira de Home Care*, Rio de Janeiro, Ano VI, nº 64, p. 14-16, agosto de 2000.
- 9 - MACHADO, DT *et al.* A equipe multidisciplinar: um aspecto da gestão em saúde. *Revista Brasileira de Home Care*, Rio de Janeiro, Ano VII, nº 82, p. 16-17, fevereiro de 2002.
- 10 - PÊSSOA, MFM. Prevenção como redução de possíveis custos. *Revista Brasileira de Home Care*, Rio de Janeiro, Ano VIII, nº 90, p. 8, outubro de 2002.
- 11 - RIBEIRO, CA. Considerações gerais sobre aspectos éticos e legais da assistência domiciliar. *Revista Brasileira de Home Care*, Rio de Janeiro, Ano VI, nº 63, p. 16, julho de 2000.