



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**O PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO ESTADO DA
BAHIA: UM ESTUDO SOBRE SUA AVALIABILIDADE**

Verônica Pestana Vieira Mauchle

SALVADOR – BAHIA

2010



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**O Programa de Internação Domiciliar do Estado da Bahia: um
estudo sobre sua avaliabilidade**

VERÔNICA PESTANA VIEIRA MAUCHLE

**Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal da Bahia como
requisito parcial para a obtenção do título de
mestre em Saúde Coletiva.**

Orientadora: Profa. Dra Sônia Lima Chaves

SALVADOR – BAHIA

2010

Esta dissertação foi julgada apta para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, e aprovada em sua forma final pela coordenação do Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva.

Prof^a. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves
Orientadora

Apresentada diante da Banca Examinadora composta pelos professores

Prof^o Dr. Alcindo Antônio Ferla

Prof^a Dra Andréia Cristina Leal Figueiredo

SALVADOR – BAHIA

2010

"A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração".

Madre Teresa de Calcutá

Dedico este trabalho a:

Gustavo, as flores do meu jardim;

Florípes, exemplo de vida;

Oscar, companheiro de todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inspiração luminosa nos momentos difíceis, sem a qual eu não conseguiria.

A professora Sônia Chaves, pelo carinho e cujo trabalho cuidadoso apoiou e orientou este trabalho.

Aos mestres, por desvelar um horizonte de possibilidades em Saúde Coletiva.

Aos queridos colegas da turma de mestrado 2009, companheiros de todos os momentos e em especial a Matary, Dora, Conceição, Fábria, Geisa, Zezé e Fafá.

Aos trabalhadores que fazem do Programa de Internação Domiciliar um exercício de dignidade e exemplo de dedicação.

A todos os cuidadores e assistidos, que acolheram com o coração as visitas que foram feitas em seus domicílios.

A minha família, em especial o apoio dado pelo meu esposo Oscar Mauchle, com quem dividi os momentos de dor e de felicidade e meu filho Gustavo, luz incentivadora que muito me ajudou com pequenos grandes afagos todos os dias.

A todos que de certa forma participaram deste trabalho, em especial Sônia Malheiros pelo carinho, Néia por sua paciência e apoio psicológico, os colegas do Hospital Geral do Estado, com quem pude contar nos momentos difíceis e aos trabalhadores da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis pelo apoio e generosidade.

APRESENTAÇÃO

A minha inserção profissional na atenção hospitalar de alta complexidade há mais de 20 anos, muito colaborou para a definição do tema e objeto do estudo. O incômodo muitas vezes provocado ao presenciar os desdobramentos do cuidado hospitalar permitiu aliar a capacidade gerencial, que desenvolvo na coordenação de plantão do laboratório de análises clínicas do hospital-caso, às práticas assistências por ela orientadas. O meu desejo de mudança espelha uma vontade maior, de todos aqueles que participam direta ou indiretamente da assistência hospitalar no sistema público de saúde no Brasil.

A presente dissertação apresentada como o título “O Programa de Internação Domiciliar do Estado da Bahia: um estudo sobre sua *avaliabilidade*”, ao tomar como objeto de estudo o PID - Programa de Internação Domiciliar do Estado da Bahia pretendeu colaborar com a gestão dos seus serviços ao viabilizar a clarificação dos objetivos sobre os quais estão baseadas as suas atividades. Desta forma, o estudo da *avaliabilidade* do PID possibilitou lançar luzes ao Programa e proporcionar elementos que o tornassem um objeto para futuras avaliações. Por outro lado o estudo representou um desafio por tratar-se de um Programa estadual, único em toda a Federação Brasileira, de caráter gratuito e universal e que traz em seu cerne a possibilidade de mudança do modelo de atenção à saúde hora vigente.

Espero que este trabalho possibilite outros olhares sobre o tema e amplie as perspectivas do programa especialmente no que se refere à articulação com a APS.
Boa leitura para todos!!!

SUMÁRIO

RESUMO	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 Geral.	17
3.2 Específicos	17
4. METODOLOGIA	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Fonte e Coleta de dados	20
4.3 Plano de análise.	21
4.4 Questões Éticas.	24
5. MARCO REFERENCIAL	25
5.1 A pesquisa avaliativa e a avaliabilidade	25
5.2 Vertentes sobre Cuidado Domiciliar no Brasil e no Mundo	27
5.3 A Política de Humanização no Cuidado Domiciliar	33
5.4 Os Modelos de Assistência e a Integralidade na saúde	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
9. ANEXOS E APÊNDICES	61

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1. Modelo Lógico preliminar do PID	87
Figura 2. Modelo Lógico ajustado do PID	89
Figura 3. Etapas e Fluxo do PID. Bahia. 2010	41
Quadro 1. Modelo de matriz de síntese das entrevistas	23
Quadro 2. Matriz comparativa: Programas de ID no Brasil, 2009	30
Quadro 3. Distribuição de equipes/serviços/Municípios ID-SESAB	32
Quadro 4. Matriz de síntese das entrevistas	77

LISTA DE SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CTQ – CENTRAL DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS

HGE – HOSPITAL GERAL DO ESTADO DA BAHIA

HGV – HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

ID – INTERNAÇÃO DOMICILIAR

NOAS – NORMA OPERACIONAL DE ASSISTENCIA À SAÚDE

PDR – PLANO DIRETOR REGIONAL

PID – PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SESAB – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

TRM – TRAUMATISMO RAQUI-MEDULAR

RESUMO

Objetivo: este estudo visou realizar uma pré-avaliação do Programa de Internação Domiciliar (PID) recém implementado pelo Governo do Estado da Bahia nas principais Unidades Hospitalares de referência da rede pública, de forma a identificar pontos para a melhoria e as áreas prioritárias para a sua avaliação

Metodologia: foi realizada uma pesquisa avaliativa denominada “*avaliabilidade*” na Unidade de Referência Hospital Geral do Estado – HGE, por intermédio da realização de entrevistas com informantes-chave, análise documental e observação do programa na prática. Foi elaborado um modelo lógico preliminar do Programa do qual foram derivados dimensões e critérios para avaliação. Uma matriz contendo a síntese das transcrições das entrevistas foi analisada e possibilitou a posterior construção do modelo lógico ajustado do Programa.

Resultados: houve uma relativa concordância acerca dos objetivos e atividades desenvolvidas entre diferentes profissionais e a gestão do programa. Problemas relacionados com a acessibilidade e a integração com outros serviços (APS, Central de Regulação, por exemplo) indicam ser esses componentes áreas prioritárias para a melhoria dessa intervenção. O estudo também funcionou como uma pré-avaliação, gerando recomendações relacionadas com a logística do PID.

Conclusão: Recomenda-se a ampliação do programa de Internação Domiciliar da Bahia. O Programa encontra-se suficientemente implementado para ser objeto de futuras avaliações. As principais lacunas devem incluir a avaliação da relação entre oferta e utilização; eficiência e possivelmente, efetividade nos casos de re-internações evitáveis.

Palavras-chave: Internação Domiciliar, SUS, avaliação de serviços de saúde, avaliabilidade, atenção hospitalar.

ABSTRACT

In order to identify the areas of priority for a systematic evaluation of the Program of Domiciliary Internment (PID), come back it stops the humanization of the attendance and reduction of hospitalization in Units of emergency of the SUS Bahia, an evaluability assessment was conducted by means of interviews with key informants and documents analysis. A logical model was developed for providing dimensions and criteria for evaluation. The results revealed that the PID was sufficiently structuralized to allow for systematic evaluations. Differences in the interpretation of the objectives and activities developed between different professionals and for the management were not relevant. Problems related with the accessibility and the integration with other services they indicated these components as priorities for the evaluation. The author discusses the relevance of evaluability assessment as a preliminary stage for the evaluation of programs. The main gaps should include assessing the relationship between supply and use, efficiency and possibly effectiveness in cases of re-hospitalizations.

Keywords: Domiciliary internment, SUS, assessment evaluability, evaluation of health services, hospital care.

1. INTRODUÇÃO

A transição demográfica tem provocado em todo o mundo uma tendência de diminuição nas taxas de crescimento populacional ao lado de um aumento da expectativa de vida, com o envelhecimento da população. No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, dois fatores têm propiciado intensas transformações na estrutura etária e no padrão de morbi-mortalidade: a constante queda da taxa de natalidade e a queda menos acentuada nas taxas de mortalidade. Essa mudança se reflete no Brasil com a institucionalização de novos direitos como o estatuto do idoso em 2003, e tem proporcionado o contínuo repensar de políticas de saúde que contemplem essas transformações (BARRETO; CARMO, 1994).

Por outro lado, nesse mesmo período foi observada a consolidação de uma nova doutrina médica que considera o ambiente hospitalar potencialmente iatrogênico¹, com orientação para desospitalização do paciente o mais breve possível. Com isso a desconcentração da prestação de serviços no hospital e o surgimento de novas modalidades tais como o hospital-dia e a cirurgia ambulatorial foram paulatinamente colocadas ao alcance da população (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem levado à discussão de alternativas que permitam agregar a integralidade na rede de serviços de saúde assim como o enfrentamento dessa questão através do uso de novas tecnologias no cuidado aos usuários do sistema de saúde. Uma dessas alternativas é a internação domiciliar, estratégia que surge como proposta de reversão do modelo de atenção à saúde no Brasil ainda centrado na doença, hospitalocêntrico² e especializado (MENDES, 1996).

É nesse contexto que a assistência domiciliar se fortalece e se expande no mundo a partir de seu local de origem há mais de um século: os Estados Unidos da América. As modalidades dessa atenção compreendem ações realizadas no domicílio do

¹ Malefício induzido pelas palavras ou ações de um médico

² Modelo de atenção à saúde onde prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas em relação às práticas extra-hospitalares, em especial a atenção básica

paciente, como alternativa ao atendimento ambulatorial e/ou hospitalar e vão além da simples reabilitação do paciente: alcançam os três níveis de cuidado (atenção primária, secundária e terciária) assim como medidas de promoção da saúde, autocuidado e prevenção de agravos e riscos. É dividido em atendimento e internação domiciliares conforme características do procedimento médico utilizado, da complexidade das tecnologias envolvidas, do aparato médico-hospitalar instalado e da densidade dos cuidados. (FREITAS et al., 2000).

Assim, são encaminhados ao atendimento domiciliar, pacientes cujas patologias necessitem de cuidados acima do ambulatorial, como o acompanhamento de doenças crônico-degenerativas, curativos entre outras. Por outro lado, a internação domiciliar visa a monitoração de casos mais graves, mas contudo não eletivos para internação propriamente dita. Entre esses dois extremos, várias experiências têm sido implantadas nos municípios e estados do Brasil, buscando o estabelecimento de um projeto de intervenção que se adequasse ao perfil de saúde dos usuários no país. (BRASIL, 2006).

O Programa de Internação Domiciliar (PID) foi formulado e lançado na Agenda da Saúde em 2002. Esse Programa prevê a realização de procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio (BRASIL, 2006). O programa já foi implementado pioneiramente em alguns municípios, a exemplo de Belo Horizonte (MG), Londrina (PR), Maringá (PR) e Rio de Janeiro (RJ) e tem sido bem avaliado pelos resultados positivos, especialmente em relação ao avanço na reabilitação dos pacientes (BAHIA, 2008a). Atualmente vários municípios brasileiros vêm se organizando na perspectiva da implantação dos PID, principalmente nos quatro últimos anos.

Foi observado em alguns estudos, que muitas vezes a internação domiciliar é valorizada como estratégia adequada para a humanização do cuidado em teoria mas que, na prática, a percepção do programa por aqueles que o executam é a de racionalizar a utilização de leitos hospitalares (SILVA et al, 2005).

Em concordância com essa evidência, a iniciativa privada, baseada no modelo americano, há muito iniciou a utilização de alternativas à internação hospitalar, visando principalmente a atender os “pacientes terminais” e diminuir os custos do internamento hospitalar (SOSVIDA, 2008). Atualmente os programas domiciliares americanos trabalham com atendimento prioritário para pacientes acima de 60 anos de idade, considerada a população com maior demanda por internações nos hospitais.

Estudos demonstram uma constante preocupação com a racionalização dos custos e com a qualidade dos serviços oferecidos e o incentivo à desospitalização é feito através de campanhas nacionais, patrocinadas pelo US Medicare (SCHADE, 2009). Entretanto, mudanças nos padrões desse atendimento já podem ser observadas. Recentemente, em resposta a uma pesquisa de satisfação do cliente, o “Program@home” foi modificado para atender não apenas aos idosos e doentes terminais, mas a pessoas de todas faixas etárias que demandassem por aquele tipo de atendimento. Isso poderá significar uma mudança de paradigma para o consolidado modelo de atenção domiciliar americano (MADER, 2008).

No Canadá, em Cuba e em alguns países da Europa, como a França e Inglaterra, o atendimento domiciliar é público e inclui também a modalidade hospitalar (MENDES JUNIOR, 2000).

Na Bahia, o PID iniciou sua implementação em 2008 através da Secretaria da Saúde do Estado (Diretoria de Atenção Especializada), com o objetivo de prestar assistência no domicílio, às pessoas clinicamente estáveis que necessitam de cuidados acima da modalidade ambulatorial, mas que podem ser mantidas em casa, atendidas por equipes devidamente capacitadas e treinadas instaladas nos principais hospitais de emergência (BAHIA, 2008a).

Um dos objetivos do Programa, a humanização no tratamento, é contemplada através da desospitalização do usuário, que vai ser tratado em casa com o apoio afetivo da família. Tendo em vista, contudo, a crise hospitalar brasileira e a histórica demanda por esse tipo de serviço, o PID pode significar apenas uma estratégia para a diminuição dos custos hospitalares e, secundariamente a humanização da atenção

aos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, há de se perguntar acerca do objetivo real no que se refere à implantação do PID no sistema público de saúde brasileiro. Outra questão se refere à percepção por parte dos executores dos seus princípios e diretrizes e de sua intenção em se constituir em mudança do modelo de atenção.

3. JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se por entender que o PID é estratégico para a mudança do modelo de atenção atual ao possibilitar a construção de um modelo com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização do cuidado, além da redução de custos (NOGUEIRA, 2002). Entende-se que a análise da avaliabilidade do programa implantado pode contribuir para a definição de políticas públicas de saúde rumo à efetivação dos princípios do SUS.

Recém implantado na Bahia, o PID deverá ser acompanhado com relação às lacunas apontadas em outros estudos (SILVA et al, 2005), tais como a dificuldade na integração desse programa com a atenção básica (PSF, UBS) e SAMU³, e a pouca ênfase na promoção da saúde e prevenção de riscos. Isso feito seria possível identificar a necessidade de reestruturação ou de se repensarem os saberes e fazeres nessa modalidade de atenção.

Com a finalidade de subsidiar os gestores na tomada de decisão acerca da sua continuidade, a primeira questão avaliativa diz respeito à **avaliabilidade** desse Programa, ou seja, em que medida a intervenção está implementada para permitir a realização de uma avaliação sistemática? Que problemas surgiram e quais as áreas críticas que requerem avaliação? (LEVITON, 1998 & HARTZ, 2005).

Este estudo foi desenvolvido para responder a algumas dessas questões visando contribuir para a consolidação do Programa, e poderá propiciar resultados que o consolide como intervenção relevante de apoio à rede hospitalar ou como alternativa futura na reversão do modelo de atenção.

³ PSF: Programa Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

4. OBJETIVOS

4.1 GERAL

Realizar uma pré-avaliação do Programa de Internação Domiciliar, voltado para a redução da hospitalização e humanização do atendimento, na Unidade de Internação do Hospital Geral do Estado da Bahia – HGE, nos anos de 2009 -2010.

4.2 ESPECÍFICOS:

- Delimitar os objetivos do Programa a partir da percepção dos principais *Stakeholders*;
- Elaborar o modelo lógico do Programa, possibilitando clarificar a relação entre seus resultados esperados, atividades e objetivos;
- Identificar áreas-problema para a melhoria e focos para a avaliação do Programa.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa com enfoque qualitativo realizado em Salvador, Bahia, nos anos de 2009 - 2010, cujo *lócus* da pesquisa foi o Programa de Internação Domiciliar do Hospital Geral do Estado – HGE.

5.1.1 A pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa busca compreender a intencionalidade dos atores sociais com seus valores, visões de mundo e formas de pensar e de agir em sociedade; ela trabalha com o universo de significados, motivos, representações, crenças, valores e atitudes. A pesquisa qualitativa tem como objeto um nível da realidade que não pode ser quantificado.

“Ela trabalha com um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2003).

Para Gaskell, a compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa (2002).

O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, onde a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados ajuda o investigador a confrontar-se com seu objeto diretamente; parte constituinte do trabalho de campo, a entrevista é o meio pelo qual os pesquisadores recolhem dados através da fala dos atores sociais e é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2000).

Na pesquisa qualitativa o trabalho de campo requer múltiplas estratégias e técnicas interativas e processuais, onde a interpretação requer uma perspectiva holística. Processos sociais com alto grau de complexidade, como os relacionados à implementação de práticas, podem ser mais adequadamente abordados em estudos

dessa natureza. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social (BAKHTIN, 1986).

A entrevista é a principal fonte no trabalho de campo e se refere diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. Essas informações ao nível mais profundo da realidade são o que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos” (MINAYO, 2000). A entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários e pode, de acordo com a forma como se estrutura, ser de vários tipos, e o modelo aqui utilizado diz respeito aos dados semi-estruturados.

Assim, a entrevista não é mera coletadora de dados, mas traz em seu bojo as contradições e conflitos, códigos e valores revelados por traz da fala individual, o que a torna um privilegiado instrumento de coleta de dados. A fala é reveladora das condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo transmite, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2000).

5.1.2 O caso

O Hospital Geral do Estado HGE, situado no município de Salvador, Bahia, é uma Unidade da Rede SUS de alta complexidade e especializado em urgência e emergência e ortotraumatismo. O município está inserido na Macro Região Leste/PDR(Plano Diretor Regional /2007) e tem a sua população estimada em torno de 3.000.00 (três milhões de hab.). Salvador encontra-se em Gestão Plena do Sistema de Saúde, definida na Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde- NOB-01/96 e NOAS 01/2001-Norma Operacional de Assistência à Saúde.

Lócus da pesquisa, o HGE foi construído em 1990 para substituir o Hospital Getúlio Vargas (HGV), antigo Pronto Socorro, que durante 50 anos prestou assistência à saúde em urgência e emergência. São cerca de dois mil funcionários, uma média de 80 mil pacientes atendidos por ano, 240 leitos de internação, distribuídos em oito enfermarias, e mais 32 leitos de UTI e em torno de 700 cirurgias/mês; Possui dois

tomógrafos helicoidais de última geração, dois aparelhos de raio-X e um centro de revelação de imagens e Serviço de Endoscopia Digestiva, que já funciona com equipamentos de última geração e uma sala de recuperação pós-anestésica.

O Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), com 42 leitos, é referência para todo o estado. O HGE conta, ainda, com o serviço de atendimento a pacientes com traumatismo raqui-medular (TRM), e mais recentemente, a partir de outubro de 2008, com o serviço de internação domiciliar, com duas equipes básicas e uma equipe matricial que atendem às solicitações para acompanhamento dos pacientes internados no hospital na modalidade pós-hospitalar, ou seja, internação domiciliar (BAHIA, 2008a).

Neste estudo o hospital foi a referência (Unidade Solicitante) para as equipes de ID, num total de duas, que estão instaladas no terceiro andar do prédio que forma a estrutura física do hospital.

5.2 - Fonte e coleta de dados

Os dados empíricos foram obtidos por meio de análise de documentos do referido programa (anexo 1), da observação participante do atendimento na prática (apêndice 4) e através de entrevistas semi-estruturadas (apêndices 1, 2, 3), num total de nove, realizadas com os seguintes informantes-chaves:

- 01 Gestor;
- 01 enfermeira;
- 01 assistente social;
- 01 médico;
- 01 nutricionista
- 01 fisioterapeuta
- 01 técnico de enfermagem;
- 02 cuidadores..

Essas entrevistas foram previamente agendadas com os informantes-chaves, mediante contato pessoal e/ou por telefone, com data e horário ajustados à rotina de trabalho do entrevistado. A escolha da amostra levou em consideração a implicação

dos informantes-chave para o estudo por se tratar de pessoas diretamente envolvidas com o PID e sem as quais não seria possível o estudo do Programa na prática. Todas as entrevistas realizadas foram gravadas em aparelho digital com o intuito de preservar a fidedignidade dos relatos. Para manter o anonimato não foram divulgados nomes. Em visitas previamente agendadas com as equipes de ID, foram acompanhados pela autora, oito atendimentos em domicílios adstritos à área de cobertura das ID daquela unidade, a fim de observar na prática o Programa.

Um roteiro de acompanhamento do Programa na prática (apêndice 4) foi elaborado e utilizado nesta fase da coleta de dados como diário de campo; esse instrumento básico de registro de dados é essencial para o pesquisador que está fazendo observação participante. É um documento pessoal do pesquisador, em que tudo deve ser registrado e que traz informações que subsidiam a análise de dados coletados de outra forma. Nesse instrumento de registro são feitas anotações das impressões subjetivas do pesquisador bem como suas reações e percepções.

Nesse roteiro alguns aspectos foram observados:

- Condição de acesso ao domicílio,
- Características do local de atendimento, estrutura física e outros detalhes que julgar pertinente, estímulos visuais,
- Características gerais do assistido,
- Contatos iniciais com os profissionais e se houve outro atendimento antes
- Número de pacientes atendidos pela equipe e horário determinado,
- Organização das fichas de atendimento, prontuários,
- Comportamento dos profissionais de saúde no atendimento, no preenchimento dos formulários e no cuidado humanizado,
- Comportamento do assistido e cuidador no domicílio.

5.3 Plano de Análise

Os níveis de análise selecionados foram a gestão e as práticas assistenciais. Foi feita uma análise dos documentos e um relatório da observação do Programa na

prática.

Preliminarmente foram analisados documentos relativos ao PID, como relatórios técnicos da gestão estadual e local do Programa; leitura e interpretação da Política Nacional de Internação Domiciliar e sua relação com a PNH; análise do desempenho e estrutura de programas pioneiros de internação domiciliar, distribuídos em diversos municípios brasileiros e que serviram de inspiração para a criação do PID estadual na Bahia e análise dos protocolos clínico e administrativo que justificam o acesso ou não de determinada clientela ao Programa.

Em seguida foi elaborado um modelo lógico preliminar do PID construído a partir dos documentos-base (Apêndice 13 – fig.1) o qual serviu de base para as entrevistas semi-estruturadas utilizadas no estudo. Para a Fundação Kellogg (2004), o modelo lógico de um programa é definido como “uma imagem de como sua organização realiza seu trabalho – a teoria e os pressupostos subjacentes ao programa.

Um modelo lógico de um programa conecta resultados (tanto de curto quanto de longo prazo) às atividades/processos do programa e aos seus pressupostos teóricos”. Neste modelo pode ser vista a lógica do Programa no “papel”, sistematizando as atividades dos sujeitos do estudo.

As nove entrevistas foram realizadas e gravadas durante o mês de janeiro de 2010 no lócus HGE e domicílios, com duração média de 40 minutos cada. Feito isto, foram transcritas e sintetizadas em uma matriz contendo dimensões e critérios. As entrevistas foram analisadas e classificadas de acordo com as categorias de análise descritas no quadro n.1. Neste quadro cada entrevistado foi identificado mediante o uso de letras (A, F,N,M,T,E,C1,C2,G).

Quadro 1 – MODELO DE MATRIZ DE SÍNTESE DAS ENTREVISTAS⁴.

Entrevistado	Objetivos do Programa	Atividades realizadas	Resultados observados	Lacunas para avaliação	Aspectos para a melhoria do programa
Coordenação PID HGE(G)					
Médico (M)					
Assistente Social (A)					
Enfermeira (E)					
Nutricionista(N)					
Fisioterapeuta(F)					
Tec. Enfermagem(T)					
Cuidador 1 (C1)					
Cuidador 2 (C2)					

Fonte: Elaborado pela autora do estudo. 2009- 2010.

Foi feita uma leitura verticalizada de cada entrevista, destacando-se os principais achados em função das questões propostas e das categorias analíticas. Após a fragmentação dessas evidências em cada entrevista, foi feita uma leitura horizontal das evidências no conjunto das mesmas, orientadas pelas categorias operacionais e analíticas presentes no quadro teórico, o que viabilizou a visualização dos objetivos e atividades do Programa, bem como os pontos para melhoria e lacunas para avaliação.

Um relatório da observação do Programa na prática (apêndice n.11) foi elaborado após a visita a oito domicílios assistidos pelo PID/HGE a partir do qual foi verificada a coerência entre objetivos e atividades expressos no modelo lógico preliminar e a expressão de seus resultados na prática.

A partir dessas análises foi possível a elaboração do modelo lógico ajustado do Programa (Figura 2). A análise dos transcritos nas entrevistas, a leitura do relatório de observação do Programa e a análise do modelo lógico ajustado do PID

⁴ Matriz elaborada com base nos documentos oficiais, entrevistas e Modelo lógico ajustado do PID. O conteúdo da Matriz com as transcrições estão disponíveis no apêndice n. 10.

permitiram e a clarificação dos objetivos e a visualização de áreas-problema do Programa. Os resultados deste estudo serão divulgados e se tornarão acessíveis a todos que participaram da pesquisa, mediante elaboração de artigo científico a partir desta dissertação

5.4 Questões éticas

O acesso ao domicílio dos assistidos pelo PID deu-se mediante prévia autorização dos mesmos e foi garantido, assim como aos entrevistados, o sigilo e a confidencialidade das informações, em consonância com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em acordo com os princípios éticos de pesquisa com seres humanos. Este foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, antes de iniciado e acompanhado de um termo de esclarecimento livre esclarecido, que foi assinado em duas vias pela pesquisadora responsável e pelos participantes (apêndices 5, 6).

A pesquisa foi autorizada pela superintendência do HGE através da assinatura do termo de anuência (apêndice 7), e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa daquela Unidade, o que tornou possível a utilização do espaço físico do hospital. O acompanhamento das equipes aos domicílios pela pesquisadora deu-se mediante autorização prévia SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Diretoria de Atenção Hospitalar/ Coordenação Geral do Programa de Internação Domiciliar (apêndice 8).

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 A pesquisa avaliativa e a *avaliabilidade*

A avaliação em saúde tem como objetivos auxiliar no processo de planejamento e tomada de decisão, aperfeiçoar o programa, prestar contas à sociedade e contribuir com o desenvolvimento do conhecimento. Para Contrandriopoulos e cols. (1997) "A avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões". Segundo Patton (1997), "É a coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e produtos dos programas para fazer julgamentos sobre o programa, melhorar a efetividade do mesmo e ou informar decisões sobre futuras programações".

A avaliação em saúde é imprescindível tanto para a gestão de sistemas de saúde quanto para análise de determinado programa, política, ação ou tecnologia, a fim de definir-se o foco e a seleção de prioridades. Para tanto é necessário fazer uma apreciação acerca da *avaliabilidade* do programa; definir níveis, abordagens e atributos; definir a estratégia metodológica; selecionar critérios, normas e padrões e por último coletar e analisar os dados para chegar a conclusões e recomendações acerca do objeto da avaliação.

Avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas é uma prática da pesquisa avaliativa. As práticas avaliativas guiadas pela teoria utilizam modelos lógicos. Segundo os pressupostos do CDC (The Centers for Disease Control and Prevention), o modelo lógico tem como essência a criação de matrizes com critérios para análise e julgamento da intervenção. Para proceder a uma avaliação sistemática é necessário que se faça antes uma pré-avaliação, ou *avaliabilidade* do programa.

A *avaliabilidade*, anglicismo referente ao termo ***evaluability***, pode ser traduzido como " em que medida o programa pode ser avaliado", é o exame sistemático e preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, a fim de determinar se

há justificativa para uma avaliação extensa e /ou para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação (ROSSI & FREEMAN, 1999).

Para ser melhor avaliado, o programa deve operar como descrito nos documentos que o definem, além de manter-se estável ao longo do tempo e evidenciar o alcance de algum resultado positivo. Além disso, freqüentemente há um desacordo quanto às concepções dos objetivos do programa e sobre os aspectos mais frágeis para a avaliação por parte dos gestores e profissionais responsáveis pela implementação do programa. (ROSSI & FREEMAN, 1999).

A necessidade de uma apreciação prévia das possibilidades de avaliação de um programa surge diante de dúvidas freqüentes tais como: objetivos mal definidos ou não definidos; existência de diferentes concepções sobre o programa entre informantes-chave (stake-holders); necessidade de otimização dos esforços de avaliação da identificação das perguntas pertinentes para os gestores; aumentar a utilização dos resultados da avaliação (LEVITON et al, 1998).

A avaliabilidade segue as seguintes etapas: a) Clarificação dos objetivos do programa e desenvolvimento de um modelo lógico para o programa; b) exploração da realidade de um programa; c) recomendações, nas quais são identificadas as áreas para melhoria do programa; d) identificação dos componentes que podem ser avaliados e de questões de avaliação que são factíveis e úteis (LEVITON ET al, 1998).

A elaboração do modelo lógico é o primeiro passo para a avaliação de um programa e envolve explicitar seus componentes suas inter-relações, mas também os fatores relevantes no contexto onde e se desenvolve, descrevendo quais potenciais influências sobre os resultados esperados (HARTZ, 2005).

Explorar o funcionamento do programa visa entender o programa no papel e compará-lo com o modelo lógico preliminar, promovendo assim, uma síntese de informações através da construção de uma matriz de critérios e dimensões. Além disso, identifica áreas para melhorar o programa bem como as questões mais úteis

para a avaliação (LEVITON, 1998).

6.2 Vertentes sobre cuidado domiciliar (homecare) no Brasil e no mundo.

Atendimento domiciliar, assistência domiciliar e cuidado domiciliar são termos muitas vezes empregados para definição de um mesmo procedimento que surgiu há mais de um século, em 1726 nos Estados Unidos da América. Conceito polissêmico, a assistência domiciliar:

“É aquela que compreende as atividades exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interdisciplinar no local da residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos, geralmente de maior complexidade, são realizados pelos membros da equipe” (DUARTE & DIOGO, 2000).

A periodicidade das visitas depende da complexidade assistencial requerida, e está dividida em atendimento e internação domiciliar. Para os mesmos autores, a internação domiciliar é definida como “instalação de um mini-hospital domiciliário (...) para atendimento a determinados tipos de pacientes que continuam a requerer cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia-a-dia” (DUARTE & DIOGO, 2000).

Independentemente do termo usado, o cuidado domiciliar está presente na maioria dos países, seja na modalidade atendimento ou internação domiciliar. Isso pode ser explicado, talvez, por representar uma prática próxima à qual as famílias estavam acostumadas desde a antiguidade. De fato, as famílias têm aceitado a responsabilidade de cuidar na residência, dos seus familiares enfermos antes do advento das intervenções médicas a partir das transformações sociais e econômicas advindas da Revolução Industrial. Mais recentemente, após a segunda guerra mundial, as descobertas no campo da saúde, a exemplo do surgimento de materiais, equipamentos e medicamentos com alto potencial de cura e reabilitação de agravos, propiciaram a construção de sanatórios e dos grandes hospitais especializados.

A busca por serviços de *home care* vem se multiplicando ao longo das últimas décadas e as diversas modalidades existentes hoje no mercado trabalham cada vez mais com os aparatos tecnológicos dos grandes hospitais. Todavia essa prática é tão velha quanto a própria sociedade, que encontrou na família, os cuidados e o acolhimento ao longo da história das civilizações. (SOSVIDA, 2008).

Home Care, termo inglês que significa cuidado domiciliar é uma modalidade “sui-generis” de oferta de serviços de saúde que provê cuidados, tratamentos, produtos, equipamentos, serviços especializados e específicos para cada paciente, num ambiente extra-institucional de saúde.

Esses serviços trabalham a enfermidade do paciente como parte de um plano de tratamento global integrado, cuja finalidade é a ação preventiva, curativa, reabilitadora e/ou paliativa especializada. É um serviço aparentemente simples em comparação com a estrutura de um hospital, mas que guarda características de complexidade e de singularidade únicas (PORTAL HOMECARE, 2009).

A experiência acumulada pelos anos de serviços prestados nessa modalidade pela iniciativa privada faz com que o cuidado domiciliar utilize uma metodologia adequada de questionamento, avaliação, planejamento, implementação, acompanhamento e finalização, de um conjunto de ações diretamente relacionadas com metas bem estabelecidas por uma equipe multidisciplinar (MENDES JUNIOR, 2000).

Criado inicialmente como uma organização que prestava serviços aos pobres e enfermos na região de Boston, nos Estados Unidos da América, o cuidado domiciliar foi privatizado em 1911 com a criação do primeiro plano de saúde particular dessa modalidade, o "Metropolitan Life". Isso se deveu à mudança de perfil dos hospitais que naquela época ainda eram considerados como casas infestadas pela peste, aonde os cidadãos pobres e enfermos eram enviados para morrer. A atenção domiciliar aos pobres e desempregados naquele país ficou, naquela época, sob a responsabilidade da Cruz Vermelha (PORTAL HOMECARE, 2009).

A partir da década de 1930, a assistência hospitalar ganha força, diante das novas tecnologias em vigor no pós-guerra, como o surgimento de antibióticos e novos

equipamentos para o diagnóstico, de uso hospitalar. No bojo dessas transformações a assistência médica suplementar na forma do programa *Medicare*, surge e domina o mercado de saúde oferecendo aos seus contratantes os serviços de *homecare*, ao tempo em que o governo americano instituiu o alternativo *Medicaid* para atendimento aos pobres, sem contudo a extensão da cobertura para a maioria dos serviços complementares como o cuidado domiciliar (PORTAL HOMECARE, 2009).

Na década de 1970 o *Home Care*, nos EUA, começou a ser visto pelos planejadores e gestores de Planos de Saúde como uma ferramenta para a redução de custos e uma alternativa ao internamento hospitalar. Atualmente esse serviço é responsável por grande fatia do mercado da saúde nos EUA, fortalecendo a visão empresarial e capitalista da saúde naquele país (PORTAL HOMECARE, 2009).

No Canadá, os serviços de assistência domiciliar tiveram a sua origem com os franceses à época da colonização daquele país; foram inicialmente direcionados para alta precoce de pacientes cirúrgicos e atualmente contempla também os casos clínicos. Ainda que o atendimento seja público e gratuito, o governo canadense não assegura sua oferta da mesma maneira que faz com a assistência hospitalar e aos serviços médicos. Essa responsabilidade recai sobre as províncias e territórios. Das dez províncias existentes, apenas seis possuem algum tipo de lei ou política que normatize essa modalidade de assistência (REHEN & BOMFIM, 2005).

Na Europa o primeiro país que iniciou esse tipo de atendimento foi a França em 1957, com a criação do “Santé Service”, que assiste aos pacientes crônicos terminais. Em 1981 a Espanha criou a primeira unidade de Assistência Domiciliar a partir da demanda dos usuários por uma atenção mais humanizada e pela iniciativa dos gestores, preocupados com o aumento dos custos hospitalares.

No Brasil a primeira tentativa data de 1949, com a criação, pelo Ministério do Trabalho, do SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – que foi incorporado em 1967 pelo INPS. (MENDES JUNIOR, 2000).

A Internação Domiciliar nos moldes preconizados pela Política Nacional de Internação Domiciliar - PNID - (anexo 1) surgiu de forma organizada em nosso meio no início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial. Baseada em

experiências bem-sucedidas em diversos países no que toca ao desenvolvimento de modalidades dentro da atenção domiciliar, a implantação da internação domiciliar no Brasil foi pensada a partir desses exemplos e após estudos epidemiológicos que contribuíram para a definição de clientela específicas (MENDES JUNIOR, 2000).

Assim, a política brasileira para o cuidado domiciliar está destinada a usuários que sejam dependentes de certa intensidade de cuidados, e nem necessitem de internação hospitalar nem sejam objetos imediatos dos equipamentos típicos da atenção básica (BRASIL, 2006).

No Brasil algumas experiências já em curso, diversas e dispersas por várias unidades do país apresentam diversas formas de produção do trabalho em saúde no domicílio.

O quadro abaixo tece breve comparação entre quatro exemplos de PID implantados no país. Pode-se perceber da análise desse quadro, que os Programas de ID podem apresentar particularidades no que tange à definição dos objetivos, ao número de pacientes atendidos, ao tipo de equipe de trabalho e se a gestão é municipal ou estadual. Tendo como base a PNID, a gestão e formato dos diversos programas existentes no Brasil vão expressar a realidade dos locais em que estão implantados.

Quadro 2 - Matriz comparativa: Programas de ID no Brasil, 2009.

Estado ou município	Ano Implantação do Programa	Objetivos Do Programa	N. Equipes	n. pacientes atendidos/mês	Observações
Marília	1999	Garantir a continuidade da assistência no domicílio, reduzindo o tempo de internação hospitalar, as reinternações e, contribuir para a formação e aperfeiçoamento de trabalhadores na área da saúde.	Não especificado	20	Presença de atendimento psicossocial através do psicólogo da equipe
Londrina	1990	Promover a humanização do atendimento a uma parcela da população que está quase à margem do sistema de saúde atual. Diminuir a	Cinco básicas e uma matricial	Não especificado.	Presença de atendimento psicossocial através do psicólogo da equipe.

		incidência de infecções hospitalares, liberar leitos nos hospitais.			
Belo Horizonte	1995	Desospitalização precoce; reduzir taxas de re-internações; minimizar riscos de infecção respiratória; cuidados paliativos.	5 módulos contendo várias equipes de PAD e PID	Média de 15 por módulo	O PID é oferecido aos pacientes neonatais, e demais categorias são atendidas pelos PAD.
Bahia	2008	Desospitalização precoce; reduzir taxas de re-internações; minimizar riscos de infecção respiratória; humanização do cuidado; evitar hospitalização desnecessária.	23 básicas e 10 matriciais.	30	Ausência de atendimento psicossocial através do psicólogo da equipe

Fonte: Elaborado pela autora. 2009.

6.2.1 A Atenção Domiciliar no Estado da Bahia

Na Bahia, as primeiras tentativas em se operar com assistência domiciliar partiram da Assistência Médica Suplementar (AMS) que propicia, mediante contrato privado de seguro de saúde, atendimento nessa modalidade, de acordo com modelos norte-americanos de homecare. O Planserv, Plano de Saúde do Servidor do Estado da Bahia, vem oferecendo desde o período 2004 a Atenção Domiciliar aos associados do plano de saúde, e destaca a importância do internamento domiciliar (ID) como uma das ferramentas mais “inteligentes”, no universo das ações de atenção à saúde do servidor.

Outro exemplo conhecido é o PAD – Programa de Atendimento Domiciliar, realizado pelo Hospital Aristides Maltez em Salvador e cujo foco são os cuidados paliativos; o PAD teve seu início em agosto de 1997 e tem como objetivo administrar cuidados paliativos, através de equipe interdisciplinar, aos pacientes de câncer em fase terminal, proporcionando alívio dos sintomas e uma morte digna junto a seus familiares (LBCC, 2009).

No âmbito do SUS o PID na Bahia disponibiliza uma equipe de saúde específica para atender os pacientes em casa, de segunda à sexta, das 7 às 19h. São 23 equipes multiprofissionais, com 171 profissionais ao todo, entre médicos,

enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros (Quadro 3). As equipes estão vinculadas aos principais hospitais de emergência, num total de 10 unidades e cada uma delas possui um carro à disposição para as visitas (BAHIA, 2008a).

Quadro 3 - Distribuição de Equipes/ Serviços/ Municípios ID-SESAB

MUNICÍPIO	SERVIÇO	Nº. DE EQUIPES
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	04
	Hospital Geral do Estado	02
	Hospital Geral Ernesto Simões	02
	Hospital São Jorge	02
	Hospital João Batista Caribé	02
Lauro de Freitas	Hospital Menandro de Farias	02
Feira de Santana	Hospital Geral Clériston Andrade	03
Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista	02
Ilhéus	Hospital Luís Viana Filho	02
Jequié	Hospital Prado Valadares	02
TOTAL	10	23

Fonte: Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Atenção Especializada. Coordenação de Atenção Hospitalar. SESAB. Governo da Bahia.

Os profissionais do ID visitam os pacientes e também treinam os familiares para cuidá-los. A solicitação para a internação domiciliar cabe às unidades de emergência da rede estadual, e hospitais onde o serviço estiver implantado e através de contato com a Central de Regulação.

Uma equipe matricial de apoio formada por assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e técnico administrativo (um profissional por equipe matricial), é compartilhada com mais de uma equipe de ID, contando cada Unidade Hospitalar com um coordenador dessas equipes de ID. Cada equipe deve atender 30 pacientes/mês com uma média de permanência de 30 dias no programa

Inicialmente, o programa está funcionando em dez hospitais sob gestão direta da Secretaria da Saúde do Estado (SESAB) em seis cidades da Bahia - Salvador, Lauro de Freitas, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Ilhéus e Jequié. Recentemente dois novos hospitais passaram a contar com PID em suas unidades: hospitais regionais de Barreiras e de Juazeiro e a expectativa são de que, até final

de 2010, haja uma equipe ID em cada uma das nove macrorregiões da Bahia (BAHIA, 2009).

De outubro de 2008, quando foi inaugurado, até o final de novembro de 2009 já foram atendidos 891 pacientes. Atualmente são 178 pacientes em acompanhamento, recebendo atendimento em suas próprias casas, o que corresponde ao número de leitos de um hospital de grande porte (BAHIA, 2009).

6.3 A política de humanização no cuidado domiciliar

A criação do SUS em 1988 foi resultado do movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e trouxe em seu bojo importantes mudanças no cenário das políticas públicas de saúde. A formulação de leis, decretos, normas e portarias advindas dos princípios outorgados pela Constituição Federal de 1988 propiciaram o início da democratização e universalização da saúde, bem como ampliou a participação social através dos órgãos colegiados de deliberação, tais como as Comissões Intergestores, os Conselhos municipais e estaduais de saúde bem como pelas conferências de saúde.

Em dezembro de 2000, o tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde, “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, constituiu-se em mais um passo para a reafirmação dos princípios e diretrizes presentes na Agenda da RSB. O acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada foi colocado nas agendas públicas da saúde, suscitando a reflexão sobre o cuidado na assistência à saúde do Brasil.

Isso possibilitou no período de 2000 a 2002, a formulação do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) através da Portaria Ministerial de nº 881 de 19 de junho de 2001. Esse Programa trouxe como proposta a criação de uma nova forma de atendimento aos usuários nas organizações de saúde, pautada pelo mais amplo respeito à vida humana, pela observância dos princípios éticos –morais na convivência entre o profissional de saúde e usuários.(PESSINI, L & BERTACHINI, L,2004)

A Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004 estabelece-se como “construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação de vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde” (BRASIL, 2004).

Mais do que um programa, a Humanização perpassa todos os serviços de saúde como política transversal da rede SUS, sendo um conjunto de princípios (transversalidade, inseparabilidade entre a clínica e política nos processos de produção de saúde, autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos), e diretrizes (Clínica Ampliada, Co-gestão, Acolhimento, Saúde do Trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário e Fomento das grupalidades e redes de coletivos) que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema (BRASIL, 2004).

A Política de Humanização inseriu-se na Agenda Estadual de Saúde do Estado da Bahia em 2004 com o tema: “Mais Saúde com Qualidade: Reduzindo Desigualdades”, apresentava o seguinte objetivo (entre outros): “Humanizar o atendimento e melhorar a qualidade da prestação dos serviços de saúde da rede SUS” (BAHIA, 2004). Em suas diretrizes específicas por nível de atenção, a PNH recomenda para a assistência hospitalar a existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares e a garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra-referência.

Para Deslandes (2004), “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência”; É também “um amplo conjunto de iniciativas de oposição à violência, de oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo comunicacional” (DESLANDES, 2004).

Partindo do pressuposto de que humanização é o ato de humanizar algo ou alguma coisa supostamente desumanizada traz reflexões acerca do significado do termo nas práticas assistenciais em saúde. Dessa forma, em um contexto mais antigo,

humanizar o tratamento era tratar o paciente integralmente, em sua casa, pelo “médico de família”. Nessa relação, os vínculos eram fortalecidos e a dignidade humana preservada. Daí surgiu a necessidade de resgatar aquelas práticas diante de um sistema médico fragmentado e especializado que vê e trata os doentes em “pedaços” (RS, 2004).

A luta por um sistema de saúde que reverteresse esse estado, mas que convivesse com o avanço tecnológico e científico levou a uma nova proposta de atendimento que busca articular prática humanizada com a necessidade terapêutica. Dessa forma a PNH perpassa a Política Nacional de Internação Domiciliar (PNID) com orientações para a produção do cuidado humanizado e resolutivo (BRASIL, 2004).

6.4 Os modelos assistenciais e a integralidade no atendimento em saúde.

O desenvolvimento de novos modelos de atenção à saúde tem para o SUS, em todos os seus níveis, entre outras implicações, buscar formas de por em prática o direito constitucional à equidade, porém não só relativa ao acesso ao cuidado, mas também em relação às exposições aos riscos, ou seja, às chances de ficar doente. Isto significa que o Estado, por princípio constitucional, não somente deve assumir a responsabilidade pela cura e recuperação de qualquer indivíduo doente, independentemente de sua posição no sistema social, mas também a responsabilidade igualitária com relação aos meios para a prevenção das doenças e para proteção e a promoção da saúde no seu sentido amplo (BARRETO & CARMO, 2000). A formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado (TEIXEIRA, 2002).

Modelos assistenciais ou modelos de atenção segundo Paim (2006), “representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas.” Não se pode falar em um modelo definitivo para a solução de problemas

em saúde, pois as diferentes necessidades oriundas de diferentes perfis epidemiológicos e regionais de uma população não podem ser niveladas a uma só prática e programa, e sim pensadas em consonância com a realidade de cada região (PAIM, 2006). Uma alternativa ao modelo hegemônico hospitalocêntrico, constitui-se um desafio para a gestão dos Serviços de Saúde do Brasil.

No cuidado domiciliar, o emprego de tecnologias que organizam os processos de trabalho dos profissionais promoveria a criação de vínculo e responsabilidade por parte das equipes cuidadoras, bem como a construção de autonomia para o seguimento da vida dos assistidos. O reconhecimento de necessidades especiais dadas pela singularidade das pessoas é fundamentado pelo SUS, e propicia aos assistidos, condições adequadas de vida, diminuição do sofrimento e prolongamento de suas vidas (MERHY, 1997).

A integralidade, ao mesmo tempo um princípio e uma diretriz para organização do SUS de acordo com a Constituição Federal de 1988, é para Mattos (2001) “uma imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho”. Para Giovanella et cols. (2002), o conceito de integralidade em saúde engloba primazia de ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; articulação das ações de promoção prevenção e recuperação e abordagem integral dos indivíduos e famílias.

Tendo em vista esses conceitos e sabendo-se que o macro-objetivo da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB é garantir ao cidadão acesso integral, humanizado e de qualidade às ações e serviços de saúde, articulados territorialmente de forma participativa e intersetorial (BAHIA, 2008b), linhas de ação foram estabelecidas, entre as quais “Atenção à saúde com equidade e integralidade”.

A criação do PID visou atender a esses objetivos e neste sentido, a ID como assistência pós-hospitalar, tem a possibilidade de interface e integração com os três níveis de complexidade médica, favorecendo os cuidados na pós-alta, a preparação

para o auto-cuidado e re-internação quando necessário.

Assim, a equipe de internação domiciliar pode ser acionada pelo hospital de referência, pela rede básica, pela central de regulação e pelos serviços de urgência e emergência para a solicitação de inclusão no programa de Internação Domiciliar. Por outro lado, quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à atenção básica, com responsabilidade de desenvolver ações de promoção à saúde que reduzam riscos de agravo do caso. Em se tratando de agravamentos sujeitos a intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, os assistidos poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar e/ou atendidos pelo SAMU.(BRASIL, 2006).

A ID faz interface com as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar mediante ação conjunta com outros serviços, entre os quais está o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. O SAMU funciona como elo de retaguarda para a ID para o atendimento às situações de urgência e emergência, e deverá estar inserido como modalidade assistencial nos sistemas locais de saúde do SUS e coordenado pela Central Estadual de Regulação (BRASIL, 2006).

A lógica da regulação no Estado da Bahia obedece ao contido no Plano de Desenvolvimento Regionalizado - PDR/BA, isto é, acompanha o seu desenho e favorece o cumprimento da proposta do acesso integral, de forma hierarquizada e regionalizada, dos usuários aos serviços de saúde, visando garantir de forma ordenada a integralidade do atendimento ao cidadão através do estabelecimento de fluxos que levam em conta o encaminhamento racional dos usuários de saúde aos diversos níveis de atenção, privilegiando o fluxo de informações em detrimento do deslocamento dos usuários (BAHIA, 2005).

Desta forma, as Centrais de Regulação, como ferramenta meio do processo regulatório, deve facilitar o fluxo de solicitações e encaminhamentos e viabilizar o deslocamento da população, seja nos atendimentos de urgência (SAMU), seja nas transferências inter-hospitalares da Rede (BAHIA, 2005). Nessa perspectiva, os processos que envolvem a logística da ID e a integralidade da atenção dependerão

do desempenho das Centrais de Regulação assim como estão relacionados diretamente com a resolutividade da rede de saúde e em última instância com a gestão da saúde e suas diretrizes de ação.

Concluindo, a Internação Domiciliar pode atuar como peça potencialmente importante para a construção de relacionamentos na rede de serviços de saúde, mas isso não significa pensar a ID como modelo único, pois se deve ter em conta as condições locais (habitacionais, sociais, culturais), possibilidades de formação de equipes, estrutura e funcionamento da rede básica, decisão do gestor e tecnologia disponível para realização de cuidados, entre outras, respeitando a pluralidade humana (BRASIL, 2006).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise preliminar desse programa sugere que o PID está suficientemente implementado nessa unidade hospitalar para ser objeto de uma avaliação sistemática.

Esse estudo também aponta para algumas convergências entre os objetivos propostos pelo programa e a percepção dos executores. Além disso, sugere pontos para melhoria e focos para avaliações futuras, conforme descritos a seguir.

1. Da visão racionalizadora à prática humanizada

O discurso dos agentes aponta para uma percepção dos objetivos desde uma visão mais racionalizadora (economia de recursos e leitos hospitalares), passando por tentativas de mudança do modelo de atenção, até razões de humanização da prática médica.

Chamou a atenção que ainda que a maioria dos entrevistados tenha citado mais de um objetivo para o PID, o que demonstra coerência com relação ao proposto na teoria do programa, quanto o descrito no modelo lógico preliminar, observou-se que quanto mais perto do cuidado ao paciente o profissional se situava, com alguma aproximação profissional ao campo das ciências humanas, mais claramente ele explicitava os objetivos de humanização do cuidado.

*“É um tratamento mais humanizado” (A)
“O objetivo do ID é proporcionar um cuidado mais humanizado no contato do paciente com a família, com mais sentimento” (F).*

Por outro lado, os profissionais com formação mais instrumental e técnica, ainda que próximo do cuidado relatavam uma concepção mais pragmática dos objetivos do Programa.

*“O primeiro, o principal é o esvaziamento dos leitos dos hospitais (...) é muito caro para o Governo, em casa é mais barato” (N)
“O principal objetivo do PID é a desospitalização precoce*

do paciente e também baixar custos” (G).

Nota-se aqui uma tendência de valorização da racionalização dos custos. A implantação da internação domiciliar nos municípios brasileiros foi precedida por decisão político-institucional tanto com orientação racionalizadora, visando a diminuição de custos, quanto com vistas à reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados (BRASIL,2006).

Pôde-se perceber que esses dois pontos de vista encontram-se em disputa e constituem dificuldades a serem ultrapassadas para conciliação dos interesses dos diversos atores envolvidos na rede. Essa evidência tem aparecido não só presente estudo, como também no Programa dos municípios de Belo Horizonte (MG) e Marília (SP). A comparação entre os diversos modelos de PID municipais aponta que a maioria deles tem como objetivos a desospitalização precoce e a redução das taxas de re-internação. (Quadro 2).

Entre os objetivos do PID está o modificar uma prática de atenção, que atualmente é médico-centrada e hospitalocêntrica onde o ambiente domiciliar acelera a recuperação dos assistidos além de diminuir o risco de infecção hospitalar e a iatrogenia (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Tal perspectiva é valorizada por um grupo de profissionais conforme pontos de vista descritos a seguir, mas não está descrito por esses agentes como “mudança de modelo”.

“Cuidar do paciente, dar atenção, cuidar em casa” (C1)

*“É trazer mais conforto, uma recuperação mais rápida”
(C2)*

“O principal objetivo é dar assistência ao paciente em um ambiente que não seja o hospitalar (...) há também a diminuição dos riscos ligados a permanência no hospital e de infecção hospitalar” (M)

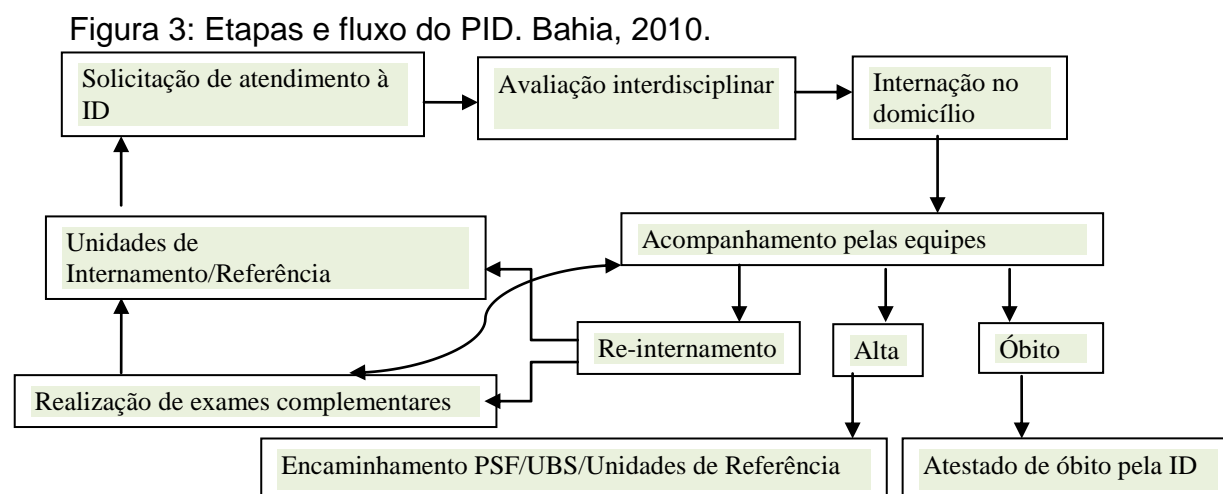
*“O principal objetivo é o restabelecimento da saúde do paciente, além da questão da desospitalização precoce”
(T).*

Desta forma, pôde-se constatar o potencial da Internação Domiciliar enquanto rede substitutiva de atenção à saúde ao introduzir novos modos de cuidar que perpassam

os projetos dos assistidos, dos familiares, dos trabalhadores e de toda a rede social que envolve as modalidades de atenção domiciliar.

2. O Programa na prática

O Programa na prática pode ser avaliado através da análise dos transcritos, e pelo relatório do Programa. Foi constatado que todos têm conhecimento acerca do fluxo de seus trabalhos, ainda que uns conheçam mais detalhes do que outros, não prejudicando, no entanto o andamento do Programa. A visualização, conforme ponto de vista dos agentes, das etapas do programa está descrita a seguir (Figura 3):



Fonte: Elaborado pela autora do estudo a partir dos discursos dos agentes. 2009- 2010.

Neste fluxograma podem-se observar resumidamente as etapas do Programa. O início do fluxo começa quando o médico assistente da Unidade solicitante aciona a ID para avaliação do paciente, que poderá estar internado ou não. Contudo, cabe destacar que, pelos documentos do PID, o paciente estaria internado em uma unidade hospitalar, mas na prática nem sempre isso acontece.

“O fluxo, contudo pode mudar, e há casos onde o paciente é pego em casa (...) a família entra em contato com o Ministério Público ou com programas de televisão” (G)

Percebe-se a preocupação em atender a uma demanda, mesmo que vá de encontro a uma rotina pré-estabelecida. O paciente é avaliado por três profissionais, médico,

enfermeira e assistente social, que também avalia o domicílio. Caso esteja dentro dos critérios estabelecidos pelo Programa, o paciente então é “internado” no domicílio. O domicílio pode ser a própria casa em que mora ou de familiares, contanto que seja adequada para a ID. As visitas são agendadas e a regularidade dependerá de cada caso. As equipes dividem-se em básica e matricial.

A equipe básica é formada por médico, enfermeira, técnico em enfermagem e motorista. A matricial dá suporte às básicas e é formada por assistente social, nutricionista e fisioterapeuta. Há duas equipes básicas no HGE. Uma trabalha com pacientes queimados e é única para toda região Salvador/Lauro de Freitas, e a outra é clínica e acompanha os casos do distrito sanitário a que estão adscritas.

Ainda que o fluxo seja de conhecimento e uma prática de todas as equipes, muitas vezes as atividades dos profissionais são afetadas por problemas relacionados à logística do Programa e ao acesso aos domicílios, dificuldades que podem alterar as práticas do atendimento. Outro aspecto diz respeito aos profissionais em si e a forma como estão inseridos no Programa. Entre as equipes há os que têm com o Estado, vínculos trabalhistas precários. Alguns são celetistas, outros terceirizados. Foi observado certo desconforto, uma preocupação com a estabilidade no emprego que não alteraram, contudo, o empenho com que tais profissionais executam suas tarefas.

Prosseguindo com o fluxo, o paciente assistido é acompanhado pela ID até o momento da alta, que é sempre decidida em conjunto pelo médico, enfermeira e assistente social, ou o óbito. O acompanhamento inclui assistência para re-internação, realização de exames complementares e encaminhamento pós-alta à APS (UBS ou PSF). Por não dispor de transporte próprio, este é feito pela Central de Regulação do Estado. Portanto, as etapas descritas estão muito próximas daquelas sugeridas pelos documentos-base, conforme modelo lógico preliminar (Figura 1).

Cada profissional segue os protocolos clínicos e administrativos do Programa. Não foi percebida discrepância ou incoerência entre o que está prescrito e o que é feito. A necessidade de capacitação foi percebida durante as entrevistas. A maioria dos entrevistados afirma que não há treinamentos sistemáticos e que houve apenas uma

capacitação no início da implantação do Programa, realizado pela SESAB em parceria com o município de Belo Horizonte, mas que atualmente toda formação ocorre entre os novos e antigos profissionais no serviço. Apesar disso, a maioria demonstrou conhecimentos acerca dos protocolos e das políticas que embasam o Programa.

Chamou a atenção, nos domicílios visitados, a boa organização dos medicamentos e materiais do paciente em cuidado. O tempo de “internação” dos pacientes tem ficado em torno de 30 a 60 dias com casos que podem chegar a oito meses. Este fato reforça o modelo lógico ajustado do Programa ao admitir prazos extensíveis de internação a depender de cada caso bem como aponta para uma assistência à saúde concordante com os princípios como a equidade, que prescreve diferentes maneiras de atender aos diferentes casos existentes. Os assistidos tem sido liberados pela equipe (alta da ID) quando realmente não é mais necessário o atendimento, mas não foi observado uma “referência” à APS da área na alta.

Estudos têm discutido, inclusive, que a internação hospitalar pode trazer ao cliente uma série de problemas decorrentes de sua inserção em um contexto desconhecido, angustiante, e, algumas vezes, agressivo e potencialmente iatrogênico (NETO; BARBOSA & SANTOS, 2008). As normas e rotinas impostas nesse cenário têm entre seus objetivos, o de facilitar a organização do trabalho profissional bem como perpetuar a disciplina hierárquica nele existente. As necessidades dos clientes são observadas a partir de uma perspectiva de cura das doenças, quase sempre não havendo lugar para a expressão de seus desejos e escolhas. Isso o faz perder, ou diminuir, a sua condição de ser autônomo, sofrendo um processo de despersonalização que pode causar-lhe ansiedade e depressão. (BERTOLD & ALVIN, 2010)

Esse aspecto reforça a intencionalidade do PID enquanto modelo alternativo de atenção à saúde, ainda que o acesso a este tipo de Programa esteja muito aquém da real necessidade da população. Foi observada uma tendência, por parte da população assistida, em considerar o PID como modelo substitutivo à APS, em parte pelos problemas oriundas da baixa cobertura da APS em Salvador e por outro lado devido ao modelo diferenciado de atenção mais humanizado.

“É uma pena que nem todo mundo possa ser atendido (...) não entendo, se o governo tem dinheiro para inaugurar hospitais, por que não aumenta esse serviço!” (C1)

Com relação aos protocolos, observou-se que todas as orientações e prescrições são atualizadas e uma via é sempre deixada no domicílio para controle. Não falta material, ao menos no que diz respeito às equipes ID do HGE, e quando é necessária alguma coisa, é rapidamente resolvida pela equipe, com a colaboração ativa dos familiares. Foi observado que os profissionais seguem corretamente o protocolo clínico e administrativo, atentos às condições de promoção da saúde e prevenção de riscos, favorecendo a recuperação mais rápida do assistido. Isto reforça a suposição da ID como possível eixo para a integralidade da assistência à saúde em todos os níveis de atenção, assim como importante ferramenta não material utilizada no processo de trabalho em saúde como é bem estudado por Mendes-Gonçalves (2004).

A atenção disponibilizada pelas equipes acompanhadas pode ser considerada muito boa e humanizada o que reforça um dos princípios presente nos objetivos da ID, ou seja, a humanização do serviço ofertado. Observou-se que quanto mais próximo do cuidado, mais preocupado e mais humanizado se torna o profissional. O Cuidado, como bem expressa Heidegger (1995), seja do ponto de vista ontológico ou epistemológico, é como um círculo hermenêutico, sem começo nem fim, mas que se completa e ganha significados no tempo em que se manifesta como resultado de si. Isto explicaria por que o processo de humanização é tanto mais lento quanto mais distante do cuidado estão os profissionais. Isto foi abordado neste estudo, quando da análise das entrevistas em relação aos “objetivos do PID”.

O cuidado envolve dimensões diferentes, a alma e o corpo, submissão e autonomia, e no meio disto tudo está o Ser. Segundo Ayres (2004), no contato com o outro, enquanto cuidamos, é necessário indagar-se a respeito dos desejos e projetos de felicidade, que concepção de vida bem sucedida orienta a existência dos sujeitos a quem prestamos assistência. Ao prestar assistência no domicílio os profissionais se aproximam cada vez mais deste universo interior e acabam incorporando tecnologias não materiais, também chamadas tecnologias “leves”. Isso foi observado

durante as visitas e é também enfatizado em alguns estudos (MENDES-GONÇALVES, 2004; MERHY, 2002). Chamou a atenção, inclusive, que quanto mais tempo de internamento, maior era o vínculo e mais humanizado o cuidado. Por outro lado, nas internações recentes, o trabalho resumia-se ao tecnicamente prescrito.

A ID, na verdade, se constitui num modelo de atenção voltado para a demanda, com o uso de tecnologias não materiais centrada na proposta do acolhimento (MERHY, 2002), conforme discute Paim (2008).

Ainda que as diferentes concepções acerca dos objetivos do Programa possam resultar em tempos diferentes de entrosamento, o que se observou é que em geral a relação interpessoal, seja profissional-profissional ou profissional-família é muito boa e bastante humanizada quando se compara ao geralmente observado nos hospitais. Um dos cuidadores testemunha em sua fala o seguinte:

“Olhe doutora, a gente nos hospitais da vida é que nem lixo, só um número. Ninguém enxerga a gente ou conversa com a gente e sinto medo desse sonho acabar”.
(C2)

Nas visitas realizadas foi observado o bom entrosamento e o carinho com que são tratados os pacientes e familiares, com intimidade que beira quase à amizade. Os laços são fortalecidos e o relacionamento interpessoal é bastante bom, com as equipes trabalhando com harmonia e dedicação.

Em geral, os cuidadores foram bem escolhidos por que são pessoas que possuem discernimento para atuar no cuidado, possuem grau de instrução compatível com a assistência prestada e são na maioria das vezes, familiares do sexo feminino próximos ao paciente. Sabem acerca da patologia e complicações que poderão advir, são instruídas para agir e tomar decisões e possuem bom relacionamento com as equipes. Conhecem os procedimentos em caso de urgência e já utilizaram os serviços da SAMU e do hospital de origem.

3. Da internação domiciliar à necessária integração com a atenção primária.

Há uma unanimidade entre os entrevistados no que diz respeito aos benefícios propiciados pelo PID. A percepção do Programa como alternativa ao modelo hospitalocêntrico está descrita como mais empoderadora do paciente, facilitando sua recuperação.

“Os pacientes e familiares ganham no aumento da autonomia e no auto-cuidado” (G)

“A melhora do paciente é mais rápida do que no ambiente hospitalar” (M)

“É visível como o ambiente de casa ajuda na recuperação” (E)

“Eles ficam longe do ambiente hospitalar que amedronta e ficam no ambiente acolhedor familiar, que já conhecem” (A)

“Nem sempre o familiar pode ficar ao lado do paciente no hospital, ao contrário do que acontece na ID”(F)

“A gente vê a satisfação na cara a recuperação é mais rápida, é muito bom o Programa” (T);

“Aqui a gente recebe atenção e carinho, como se tivesse dinheiro” (C2).

O pensamento do PID como eixo de integralidade da atenção também pode ser sentido:

“A ID consegue se aproximar dos princípios do SUS e unir os três níveis de atenção quando promove a saúde e previne o risco (...) a ID orienta não só aos pacientes, mas toda a família e até vizinhos são beneficiados. É como ter um PSF, ambulatório especializado e hospital itinerante em casa” (G).

Nota-se uma proximidade com alguns componentes do modelo Vigilância da Saúde de Paim (2006). De fato, organizar a atenção à saúde é incluir não apenas ações e serviços, mas, sobretudo, desenvolver ações dirigidas ao controle dos agravos e riscos à saúde, ou seja, os modos e estados de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1999; TEIXEIRA, 1998).

A humanização dos serviços bem como a dos profissionais da saúde é conseqüência de um amplo conjunto de iniciativas de oposição à violência, de oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional, e ampliação do processo comunicacional (DESLANDES, 2004). Como no exemplo do Programa de internação domiciliar do município de Londrina (PR), o PID na Bahia é bem acolhido pela população e percebe-se a humanização do cuidado e dos profissionais.

“Sempre que ligo, preciso de alguma coisa sou atendida com muito carinho” (C2)

“O Programa é bem acolhido e a família tem gostado do atendimento” (F);

“Os resultados observados por mim são positivos no que diz respeito à humanização dos profissionais, pois ao entrar na casa do paciente, não é apenas seu “Zé” que sente dor e fome. É seu “Zé” que está sem emprego, que tentou se matar” (N);

“Nem sempre quem está trabalhando no hospital tem tempo para se dedicar ou conhecer um paciente, criar vínculos” (A);

“Nosso carinho já é conhecido pela população de atendimento” (E);

“Apesar de novo, o Programa é bem conhecido e recebido pela comunidade” (M).

Com relação à interação com a APS, que faz parte do protocolo da ID (BRASIL,2006), em nenhum momento das visitas foi feita alusão a participação das UBS ou PSF na continuação do cuidado pós-alta da ID, sendo no entanto lembrado o papel dos ACS apenas no acesso das equipes aos domicílios.

Cabe destacar que esta integração é um importante eixo para a continuidade da atenção nos diversos níveis. Para que a integralidade da atenção, um dos pilares do SUS seja possível, é necessária a integração dos diversos serviços de saúde a fim de que cada etapa de atendimento seja conhecida e se desenvolva de forma

contínua. Isso é apontado por diversos autores que estudam a integralidade da atenção, a exemplo de Giovanella e cols (2002), como também contempla uma das linhas de ação do Governo da Bahia, que é “atenção à saúde com equidade e integralidade”, (BAHIA, 2008) e reforça o papel do Estado como provedor da saúde à população. (BARRETO & CARMO, 2000).

Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais distintos para a criação de um sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos (HARTZ & CONTANDRIPOULOS, 2004). Para isto é preciso que os serviços estejam fortalecidos e bem implantados.

No caso do PID, as dificuldades na integração com a APS pode ser em parte explicada pela baixa cobertura dessa estratégia na capital baiana. Apenas 11,2% da população é coberta pela ESF, sendo que o recomendado pelo Ministério é de 70%. Salvador tem a terceira pior rede de saúde da família entre as capitais brasileiras, segundo dados da Diretoria de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL,2010).

Com a proposta de desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na unidade de saúde, no nível da atenção primária no Brasil, o PSF começou a ser implantado em 1994, sendo que só no ano de 2000 Salvador passou a contar com esse serviço. No Brasil a cobertura populacional do PSF situa-se em torno de um terço dos habitantes do país, o que pode ser atribuído, em parte, à dificuldade de sua implantação nas cidades de maior porte, que concentram um grande contingente populacional, como é o caso da capital do estado da Bahia. (BRASIL,2010).

Nessa perspectiva, pontos para melhoria são destacados abaixo.

4. Pontos para melhoria: da Infra-estrutura à coordenação do Programa.

Há dificuldades de ordem administrativa, como por exemplo, no que diz respeito aos recursos humanos e recursos materiais.

“Infra-estrutura ainda deficiente, falta espaço adequado como sanitário exclusivo para a ID(...) não temos ambulância própria e depender da Regulação é um problema (...) falta combustível, às vezes a SESAB não deposita o dinheiro para a empresa que repassa para os postos e aí os carros não podem sair para fazer as visitas” (G);

“A nutrição é enteral por que o HGE não libera a parenteral e temos que treinar a família para lidar com os alimentos”(N).

“O número de profissionais é insuficiente, se sai alguém de férias fica muito difícil operar a ID” (N);

“Há um impedimento legal (...) o médico só pode acompanhar 15 pacientes então deveriam ser dois médicos por equipe” (M).

Esses fatores podem influenciar o desempenho das equipes e a satisfação do trabalhador, constituindo-se pontos para melhoria da gestão do trabalho e de materiais.

A logística no deslocamento dos pacientes tem sido também problemática seja para o internamento nos domicílios, seja para re-internar nas Unidades de origem ou para a realização de exames complementares. A ausência de ambulância e a demora de atendimento pela Central de Regulação foram apontadas como os maiores entraves.

“A regulação é outro ponto frágil, quando demora em pegar o paciente do hospital e levar para casa” (G);

“A regulação é complicada, a realização de exames complementares é prejudicada pela demora no transporte dos pacientes” (M);

“Dificuldade de re-internação no local de origem, a regulação é muito difícil, demora demais” (A);

“O paciente fica mofando no hospital esperando ser regulado” (G).

A ausência de uma correta Referência e Contra-referência no relacionamento da ID com outros setores parceiros, a exemplo das Unidades de Referência, Unidades Básicas de Saúde, PSF e o SAMU, tem comprometido especialmente a resolutividade do caso e a integralidade da assistência à população. Ou seja, a

conjuntura local da baixa cobertura da APS em Salvador, bem como as dificuldades da regulação são contingentes para o êxito dessa estratégia.

“A Rede é sobrecarregada e não faz exames da ID como deveria, não entendem que o paciente cedeu seu leito mas continua internado”(F);

“A referência e a contra-referência nem sempre funciona, há demora nas consultas apesar de nunca deixarmos de ser atendidos, mas pode demorar muito com prejuízo para todos” (G);

“A gente só consegue fazer exames mais rápido na base da amizade” (T)

“O SAMU nem sempre atende ao acordado entre os serviços que integram a ID (...) quem está na ponta desconhece isso (...) dependendo de quem esteja de plantão, se estiver mal-humorado pode ser complicado” (M);

“Nós orientamos as famílias a pedirem atendimento e não dizerem que é do ID” (G);

“Os PSF nem sempre têm condições de dar prosseguimento aos cuidados no pós-alta, por não terem recursos e outras dificuldades de ordem administrativas”(G);

“O PSF de Salvador não tem boa cobertura” (A).

Outro aspecto para melhoria se refere ao relacionamento com Unidades Solicitantes quando equipes precisam de apoio para re-internamento dos assistidos nas Unidades de origem, que neste caso podem ser hospitais de referência, unidades de urgência e emergência e ambulatórios especializados.

“A re-internação é muito difícil, não há prioridade para os pacientes, mesmo tendo sido do hospital” (E);

“A re-internação do paciente no hospital de origem é muito difícil, existem barreiras” (M);

“A proposta é tirar os pacientes do hospital e por isso o retorno é dificultado” (T).

Essa dificuldade demonstra que o Programa é visto como externo ao hospital, ainda que esteja fisicamente nele situado. Aos hospitais interessa os internamentos que

envolvam procedimentos de alta complexidade e o re-internamento é dificultado quando estão envolvidos procedimentos mais simples.

Mendes (1996) afirma que "é necessário ir construindo, na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica".

Foram citadas como barreiras relevantes para o acesso das equipes aos domicílios a violência urbana e a topografia do município. Observamos dificuldades na saída das equipes do hospital, com atrasos devido à falta de combustível ou de determinado material médico. Contudo essas barreiras eram freqüentemente vencidas com a ajuda da direção do hospital e com o esforço de toda a equipe.

Dificuldades no acesso aos domicílios foram observadas em muitos casos, devido à topografia da cidade e da favelização dos domicílios

"Escadarias grandes, dificuldades de entrar na rua (...). A violência é um dos principais problemas (...) colocaram uma pistola na minha cabeça, na minha cabeça" (T);

"As equipes tem que entrar com um ACS ou pedir autorização ao tráfico" (G);

"Tem paciente que é determinado a hora para entrar no domicílio" (M);

"A Bahia não tem estrutura para ID" (N);

A cidade do Salvador não possui estrutura adequada para visitas domiciliares, com ruas estreitas, esburacadas, com acesso negado em alguns casos pelo tráfico, mostrando o quanto a urbanização pode influenciar no desempenho e eficiência de um Programa.

Contudo não foram observadas nas visitas realizadas problemas com relação à violência, mas os relatos dos familiares apontam para a convivência com essa situação e seus desdobramentos. Um dos pacientes descreveu a batida policial que sofreu seu domicílio, quando da perseguição de um suspeito. Muitos se emocionam

quando falam da ID.

***“a ID nos trata como ricos, até parece plano de saúde”:
“se não fosse vocês não sei o que seria de meu pai”.***
(C2)

Aqui se pode perceber a saúde não enquanto direito, mas como dádiva do Governo, reforçando o dilema no qual a saúde, direito garantido pela Constituição Federal, é ainda vista como privilégio de poucos.

O PID é pouco conhecido, inclusive por médicos do próprio hospital onde ele se situa. Qualquer Programa ou Política necessita de divulgação para o alcance de suas metas. Talvez por ser relativamente novo, o PID não tenha sido suficientemente divulgado na Rede, o que explicaria a lacuna encontrada. A ação conjunta de setores como a mídia e a Assessoria de Comunicação da SESAB poderia ser uma boa alternativa a ser desenvolvida pelos gestores o que, por sua vez, tem levado à subutilização dos serviços e a manutenção dos problemas que envolvem a demanda por serviços de saúde.

***“Nem todos os médicos dos hospitais conhecem a ID,
ou esquecem-se de pedir a ID, talvez por causa do
pouco tempo do Serviço” (E);***

“O número de pacientes foi superdimensionado”(M)

***“há ocasiões em que o paciente recebe alta e vai para
casa sem contatar a ID(...) isso pode provocar re-
internação desnecessária”(E).***

No entanto, nas áreas onde há pacientes do Programa, este é rapidamente conhecido e bem acolhido pela população local, mas existe pouca clareza sobre as atribuições deste tipo de assistência:

***“Se pudesse ampliar, mais pessoas para atender
seria bom” (C1);***

***“Acho que deveria ter mais equipes, Salvador está
precisando” (C2);***

Aliado à análise dos transcritos nas entrevistas, a leitura do Relatório de Observação do Programa na prática e a análise do Modelo Lógico ajustado do PID colaboraram para a clarificação dos objetivos e visualização de áreas-problema do Programa.

5. O modelo lógico na prática.

As principais divergências entre os modelos lógicos do Programa (Figuras 1 e 2) envolvem os aspectos rendimento, população-alvo e resultados finais do PID. A observação do modelo lógico ajustado demonstra claramente que o acesso ao Programa é baseado em critérios administrativos e terapêuticos e não estão relacionados à faixa-etária da clientela, o que difere do modelo anterior, onde originalmente o serviço seria oferecido aos idosos.

O modelo teórico do PID segue uma lógica mundial dos diversos programas de *homecare* que tendem a priorizar o idoso nos atendimentos domiciliares que realizam. Isso pode ser explicado pela diminuição das taxas de mortalidade e o conseqüente envelhecimento da população (BARRETO & CARMO, 1994). No entanto o modelo ajustado do Programa demonstrou que houve uma mudança no perfil da população-alvo, tendência esta também vista nos estudos de Mader (2008).

Outra constatação diz respeito a quem solicita a ID, ao tempo de internamento e número de pacientes atendidos. Na prática esses critérios são estruturados na dependência de cada caso e que determinada rotina poderá ser alterada em benefício da clientela

Em geral poucos ajustes foram feitos no modelo lógico preliminar, o que demonstrou consonância entre a prática e a teoria que embasa o Programa. As áreas-problemas foram identificadas e em sua maioria estão relacionadas à integração do Programa com os outros serviços que o apóia a exemplo da Central de Regulação, SAMU, APS e Unidades de referência e contra-referência. Problemas que envolvem a logística e o acesso dos profissionais aos domicílios e a integralidade da atenção são apontados como principais pontos para a melhoria do Programa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da *avaliabilidade* do Programa de Internação da Bahia atingiu seus objetivos ao propiciar uma leitura das suas práticas por meio de um modelo lógico ajustado do Programa e a identificação de áreas-problemas prioritárias para a sua avaliação. Pôde-se destacar a importância dos estudos de *avaliabilidade* como etapa inicial de pré-avaliação de Programas e sua contribuição para o planejamento e gestão de serviços de saúde em consonância com outros estudos realizados nos últimos anos (LIMA & VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Os resultados observados neste estudo permitiram elaborar as seguintes considerações e recomendações, que aqui são relacionadas como aspectos para melhoria do PID, com o intuito de subsidiar os gestores no aperfeiçoamento e gestão deste Programa.

1. Fortalecimento da parceria com outros serviços tendo em vista as dificuldades com a logística na locomoção dos pacientes. As rotinas deverão ser ajustadas, organizadas e divulgadas para todos os que trabalham nesses serviços, a fim de possibilitar o conhecimento acerca dos trâmites do processo e a competência de cada serviço envolvido.
2. Um dos maiores desafios do PID diz respeito ao acesso de pacientes internados em ID aos hospitais de referência, seja para realização de exames ou para protocolos de re-internação. Este ponto é um dos mais frágeis e tende a comprometer todo o Programa. Recomendam-se ajustes nesta fase do processo, a fim de melhorar a dinâmica da atenção e tornar o Programa efetivo.
3. Reavaliar a capacidade gerencial no que concerne à disponibilização de recursos materiais e humanos, haja vista os entraves apresentados, priorizando a aquisição de equipamentos para o transporte dos pacientes assistidos (ambulância simples) e o fortalecimento das equipes.
4. Empreender parcerias com outros setores da sociedade civil, a exemplo das associações comunitárias e polícia civil, requer a identificação de

estratégias que respondam às necessidades de minimizar as intercorrências relacionadas ao risco no acesso aos domicílios.

5. Recomenda-se que sejam consideradas as possibilidades de estruturar na rede básica, ações de atenção que dêem prosseguimento ao atendimento pela ID, a fim de propiciar a integralidade da atenção em todos os níveis. Acordos e rotinas devem ser revistos assim como a responsabilização de cada parte integrante do processo em que está envolvido o PID. A falta de estrutura da Atenção primária foi apontada como fator de sobrecarga para o Programa e para a rede hospitalar, ainda que essa APS não tenha sido realmente investigada pelo presente estudo.

6. Tendo em vista os bons resultados e os benefícios proporcionados pelo PID e a sua aceitação unânime por parte da população assistida, recomenda-se a ampliação e divulgação do Programa de Internação Domiciliar. Medidas como a implantação da assistência programada nos finais de semana, a capacitação de novas equipes e o fortalecimento das existentes, proporcionariam um atendimento humanizado e ao mesmo tempo resolutivo.

7. As principais lacunas para avaliação futura devem incluir a avaliação da relação entre oferta e utilização; eficiência (relação do custo) e, possivelmente, efetividade nos casos de redução de re-internações evitáveis.

Concluindo, este estudo possibilitou um primeiro olhar sobre o Programa de Internação Domiciliar da Bahia. Considerações acerca do seu funcionamento futuro requerem sustentabilidade política, conceitual e operacional para a transformação das práticas em saúde.

8 REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. **Regulação da Assistência à Saúde: o que o município precisa saber.** Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Salvador: Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde. Coordenação de Regulação, 2005.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Revista Infosaúde.** Ano 2. n. 2, set. 2008a.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Assessoria de Comunicação Social.** Outubro, 2008b.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Assessoria de Comunicação Social.** Junho, 2009.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**, 2^{a. ed.} Tradução de Michel Lahud e Yara Frateschi, São Paulo: Hucitec, 1986.

BARRETO, ML; CARMO, EH. **Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. Caderno da 11ª Conferencia Nacional de Saúde,** Brasília: Ministério da Saúde, 2000, pp.235-259.

BARRETO, ML; CARMO, EH. **Situação da saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde.** *Informe Epidemiológico do SUS*, ano III : 5-34,1994.

BERGOLD, LB; ALVIN,NAT. **Estratégia de resgate da autonomia do cliente hospitalizado através da expressão de sua identidade musical: uma questão ética no cuidado de enfermagem.** XIV Pesquisando em Enfermagem. Disponível em: <http://b200.nce.ufrj.br>. Acessado em 20 de Março de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Política Nacional de Humanização**. 2004. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2529 de 19 de outubro de 2006**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde . Diretoria de Atenção Básica. **Cobertura do PSF nos municípios**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acessado em 20 de Março de 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT. PP.29-47. 1997. In: Hartz, Z.M.A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programadas**. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

DESLANDES, SF. Análise do discurso oficial da humanização hospitalar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.9, n.1. Rio de Janeiro. 2004.

DUARTE, YAO; DIOGO, MJ. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. Atheneu, São Paulo, 2000.

FREITAS, A.V.S; BITTENCOURT, C.M.M; TAVARES, J.L. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, p. 103-7, 2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, NM & Gaskell, G. (org.) **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90 – 113.

GIOVANELLA, L et AL. Sistemas municipais de saúde e a diretriz para integralidade: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37 – 61, jan-abr. 2002.

HARTZ, ZA.; CONTANDRIOPOULOS,AP.Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 20 Sup 2, p S331-S336, 2004

HARTZ, ZA. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LBCC. Liga Baiana Contra o Câncer. **O que é o PAD**. Disponível em <http://www.lbcc.org.br>. Acesso em: 31 de agosto de 2009.

LEVITTON, Laura C., COLLINS, Charles B., LAIRD, L., KRATT, Polly P. **Teaching Evaluation Using Evaluability Assessment**. Evaluation, Vol. 4, No. 4, pp 389-409.1998.

LIMA, LRF; VIEIRA-DA-SILVA, L. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha “De Olho na Visão”, Goiás, 2004. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**. Vol.13 (supl.2), p.2059-2064, dez. 2008

MADER, S.L et Al. **Program at Home: A Veterans Affairs Healthcare Program to Deliver Hospital Care in the Home**. Journal of American Geriatrics Society. Vol. 56, n 12. P. 2317–2322, December, 2008

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. de. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS,ABRASCO,2001.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES-GONÇALVES, RB. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde; características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MENDES JUNIOR, W. V. **Home Care: Uma modalidade de assistência à saúde.**

Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001

MERHY, EE, (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; 1997.

MERHY, EE. **Saúde: Cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde.**

São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro, 7^a. edição, 2000.

NETO, FCB; BARBOSA, PR; SANTOS, IS. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. PP.665-703.

NOGUEIRA & MARTINS, M.C.F. **Oficinas de humanização. Investigar para o SUS:** construindo linhas de pesquisa. Instituto de saúde. Paulo,2002.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In GIOVANELLA, L. (org).**Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.**Rio de Janeiro: Fiocruz,2008. PP.547 – 573.

PESSINI, L; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo. Loyola, 2004.

PATTON, Michael Quinn. **Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text** 3rd Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 1997.

PORTAL HOMECARE. **O que é Homecare.** Disponível em <http://www.portalhomecare.com.br>. Acesso em: 16 ago. 2009.

REHEN, TCM; BOMFIM, L.A. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 10. PP 231 – 244. 2005.

RS. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Humanização. **Boletim da Saúde**, Vol.18 N°. 2. 2004.

ROSSI, P.H; FREEMAN,H.E. **Evaluation - a systematic approach**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.

SILVA, K.L. *et al.* Internação hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.39,n.3,p.391-7, 2005.

SCHADE,C.P et All. Impact of a national campaign on hospital readmissions in home care patients. **International Journal for Quality in Health Care**. Volume 21, Number 3: pp. 176–182 Advance Access Publication: 26 March 2009

SOSVIDA. Soluções em saúde. **História da internação hospitalar no mundo**. Disponível em <http://www.sosvida.com.br>. Acesso em: 26 out. 2008.

W.K. Kellogg Foundation. **Guia de Desenvolvimento de Modelos Lógicos Utilizando Modelos Lógicos para Integrar Planejamento, Avaliação e Ação**. Michigan,2004

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILAS BOAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol SUS**, v.7, n.2, p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. *In*: TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILAS BOAS, AL. **Promoção e Vigilância da saúde**. ISC.Salvador, 2002. p.79-99.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo n. 1 POLÍTICA NACIONAL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (PNID)

O Ministério da Saúde propôs a implantação da Política Nacional de Internação Domiciliar como uma alternativa de atenção, considerando a necessidade do aprimoramento do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, e a implementação de alternativas de cuidado que contribuem para a integralidade na rede de serviços de saúde.

A proposta prevê que o modelo a ser implantado pelos municípios e/ou unidades da federação não será único, pois as condições locais que incluem: questões habitacionais, sociais, culturais, formação de equipe, rede básica, decisão do gestor, cuidados, entre outros precisam ser consideradas

Segundo documento preliminar do Ministério da Saúde as experiências de atenção domiciliar, tem sido implantadas sem a definição de uma política nacional.

Objetivos da PNID: disponibilizar a população um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com quadro clínico que exijam cuidados e necessidade de tecnologia especializada, mas que não necessitam de internação hospitalar. Especificamente os objetivos da ID são:

- Evitar hospitalização desnecessária, ofertando uma melhor alternativa assistencial;
- Humanização do Cuidado;
- Resgate da autonomia do usuário/família;
- Processos de “alta assistida”;
- Períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos;
- Redução do sofrimento de forma humanizada em situação de cuidados paliativos. (BRASIL, 2006)

1. CONCEITOS RELATIVOS À ID

- **Internação Domiciliar** – conjunto de atividades prestadas no domicílio, a Pacientes que exijam atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de atenção contínua de um cuidador treinado e supervisão por pelo menos um membro da equipe de saúde; Direcionado à pacientes com

agravos agudos, ou crônicos agudizados, cuja internação hospitalar pode ser evitada caso lhes seja assegurada assistência em casa. Evidentemente necessitam cuidados mais freqüentes, sobretudo médicos e de enfermagem. Seu alcance é tanto maior quanto mais intensivo for o cuidado ofertado em casa, e quanto mais ágil e eficiente for à retaguarda para uma eventual internação.

• **Cuidador** – pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

2. LOGÍSTICA

2.1 FLUXOS DE REFERÊNCIA

A equipe de internação domiciliar pode ser acionada por:

- Hospital de referência
- Rede básica (PSF ou outras estratégias)
- Serviços de urgência e emergência.

Referências para internação domiciliar:

1. Caso de urgência:

- Samu
- Hospital de referência

2. Casos eletivos:

- Rede básica
- Complexos reguladores (central de marcação etc.)

Critérios de inclusão

Até a publicação do protocolo nacional cada gestor deverá estabelecer os critérios que deverão ser seguidos pelo seu serviço de Internação Domiciliar. Sugerem-se como critérios de priorização no Serviço de Internação Domiciliar os seguintes itens:

Clínicos:

Idosos, pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas agudizados clinicamente estáveis, pessoas que necessitam de cuidados paliativos, e pessoas com incapacidade funcional provisória ou permanente, com internações prolongadas

ou reinternações, que demandam atenção constante.

Administrativos:

- apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do usuário;
- residir na área coberta pelo serviço;
- Ter cuidador/responsável, que deverá assinar um termo de compromisso e responsabilidade.

Assistenciais:

- possuir um responsável que exerça a função de cuidador;
- possuir no domicílio recursos mínimos de infra-estrutura;
- ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

2.2 EQUIPE

O núcleo mínimo das equipes deverá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Os demais profissionais, a critério do gestor local, poderão ser inseridos matricialmente, em caráter de compartilhamento com outras equipes ou programas assistenciais, considerando o perfil dos pacientes a serem atendidos.

As equipes devem ser vinculadas a uma unidade hospitalar ou pré-hospitalar fixo.

Capacidade de atendimento da equipe

Estima-se que cada equipe tenha capacidade de atender a média de 30 internações domiciliares/mês, com média de permanência de 30 dias.

Inicialmente fica estabelecida uma equipe para uma base populacional de até 200 mil habitantes, mas também devem ser considerados o padrão demográfico territorial e o perfil epidemiológico da população a ser atendida.

3. GESTÃO E FINANCIAMENTO

3.1 GESTÃO

Critérios para seleção dos municípios e estados:

- Possuir SAMU, ou fazer parte de SAMU regional;
- Existir Sistema de Referência e Contra-referência com a rede;
- Apresentar projeto, que contenha os protocolos clínicos e de gestão do cuidado,

aprovado pelo respectivo conselho de saúde;

- Formalizar o Projeto de Implantação junto a SES após aprovação no conselho, com vistas à apreciação pela CIB;
- Ter hospital público ou filantrópico de referência para vinculação das equipes e seus usuários;
- Adesão à Política Nacional de Humanização.

Poderão ser aprovados projetos de cooperação entre municípios, desde que consorciados até pelo menos atingirem o volume de economicidade mínima. Este projeto deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB e neste caso a transferência dos recursos ocorrerá em favor do município conforme o pactuado. Estes projetos visam favorecer o estabelecimento de medidas que diminuam a iniquidade inter-regional observada no país.

Os projetos de implantação da Internação Domiciliar devem:

- apresentar os mecanismos de garantia de acesso dos usuários, dos Serviços de Internação Domiciliar, às especialidades;
- apresentar grade de referência com as respectivas disponibilidades;
- estabelecer a forma de transporte sanitário a ser utilizado nos deslocamentos, atendendo às necessidades em tempo ótimo;
- apresentar referência hospitalar para internação;
- Apresentar mecanismos de garantia de fornecimento de D.O. em situação de óbito no domicílio;
- Para implantação em 2006 serão priorizados os municípios e ou unidades da federação inseridos no QUALISUS e os que já têm a política implantada.

3.2 FINANCIAMENTO

A proposta de financiamento estabelece a alocação de recursos para investimento, que será repassado em cota única, custeio, por equipe, de forma global.

MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Custeio: R\$ 20.000,00 por equipe/mês - Repasse realizado por incentivo Fundo - a - Fundo para os Municípios que aderirem a esta Política;

Investimento: R\$ 50.000,00 por equipe; repasse para investimento inicial realizado em cota única.

MUNICÍPIOS E/OU ESTADOS

Custeio: co-financiamento das equipes disponibilizando os recursos necessários à implantação e manutenção desta Política, inclusive medicamentos e insumos.

Investimento: Recursos destinados à aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento da equipe tais como:

- Estetoscópio, esfigmomanômetro, glicosímetro e otoscópio;
- Caixa com equipamentos para atendimento de urgência;
- Oxímetro de pulso;
- Nebulizador portátil.

4. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A responsabilidade pela avaliação e monitoramento desta Política é dos gestores do SUS.

Em relação à definição de indicadores e metas, pode ser considerado que:

- durante a avaliação do processo de implantação, há que se buscar o levantamento do perfil e prevalência da população, através de estudos e pesquisas, para que o parâmetro utilizado seja baseado nas necessidades e não na demanda;
- deve ser feita uma discussão aprofundada, a partir dos sistemas de informação existentes, com objetivo de adequar um instrumento de coleta de dados mínimos necessários para o acompanhamento da política em nível nacional;
- é fundamental o cadastro dos usuários da Internação Domiciliar no Cartão Nacional de Saúde;
- o instrumento a ser utilizado será AIH de Internação Domiciliar.

Apêndice n. 1
ROTEIRO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA – Avaliabilidade
Nível: Práticas

1. Em sua opinião, quais são os principais objetivos do Programa de Internação Domiciliar?
2. Conte-me as etapas do Programa. Fale-me sobre isso.
3. Descreva as atividades que você desenvolve. Cite exemplos.
4. Do treinamento tradicional ou em serviço, o que você se lembra do proposto nos documentos?
5. Você conhece os documentos oficiais do Programa?
6. Quais são suas responsabilidades no Programa?
7. O que está sendo feito do que foi proposto no Programa?
8. Quais os pontos positivos do PID, em sua opinião?
9. Que fragilidades você apontaria para execução das tarefas propostas?
10. Em sua opinião quais os principais resultados do PID observados por você nas visitas que você acompanha?
11. Quais seriam suas principais recomendações para o PID?

Apêndice n. 2
ROTEIRO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA – Beneficiário

1. Qual o grau de parentesco com o assistido?
2. Há quanto tempo você acompanha o assistido aqui?
3. Já acompanhou alguém antes nessa função?
4. Como você conheceu o trabalho do PID?
5. Quais eram suas expectativas em relação ao programa?
6. Elas se confirmaram?
7. Em sua opinião, quais são os principais objetivos do Programa de Internação Domiciliar (PID)?
8. Na sua visão, quais são as etapas do Programa? Fale-me sobre isso.
9. Quais são suas responsabilidades no mesmo?
10. O que está sendo feito do que foi proposto?
11. Descreva as atividades que você desenvolve. Cite exemplos.
12. Quais os pontos positivos do PID, em sua opinião?
13. Em sua opinião, quais os principais resultados do PID na assistência ao pacientes observados por você?
14. Quais os principais problemas identificados por você?
15. Quais seriam suas principais recomendações para o Programa?

Apêndice n. 3
ROTEIRO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA – Avaliabilidade
Nível Gestão

1. Em sua opinião, quais são os principais objetivos do Programa de Internação Domiciliar?
2. Conte-me as etapas do Programa. Fale-me sobre isso.
3. Descreva as atividades que você desenvolve. Cite exemplos.
4. Como se dá a distribuição das equipes nos hospitais?
5. Do proposto nos documentos, como é feito o treinamento das equipes Básica e Matricial?
6. Quais serviços estão integrados ao PID?
7. Descreva a logística da integração com esses serviços.
8. Quais são suas responsabilidades no PID?
9. O que está sendo feito do que foi proposto no Programa?
10. Que fragilidades você descreveria na operacionalização da logística?
11. Quais os pontos positivos do PID, em sua opinião?
12. Em sua opinião quais os principais resultados do PID observados por você?
13. Quais seriam suas principais recomendações para o PID?

Apêndice n. 4 ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PROGRAMA NA PRÁTICA

Domicílio: _____ Quantos

cômodos: _____

Detalhes na estrutura do domicílio que julgue essencial para instalação do assistido em ID-----

Nome do assistido _____

Patologia: _____ Idade _____

Nome do cuidador:- -----Vínculo com o assistido: _____

Tempo de tratamento pelo ID: _____

Número de internamentos anteriores: _____

Profissional (ais) que visitou (aram) o domicílio: _____

Atividades realizadas no domicílio pelos visitantes e cuidadores:

Hora de chegada no domicílio: _____

Hora de saída do domicílio: _____

Descrição do ocorrido (com fatos relevantes)

Apêndice n. 5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - 1

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente ao Estudo intitulado: Um estudo sobre a avaliabilidade do PID: Programa de Internação Domiciliar do Estado da Bahia, lócus de pesquisa Hospital Geral do Estado, Salvador, 2009, desenvolvida pela mestrandia do Mestrado Profissional em Saúde Pública, Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde, promovido pelo ISC - Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Verônica Pestana Vieira Mauchle, Farmacêutica -bioquímica do Hospital Geral do Estado da Bahia.

Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela professora Dra. Sônia Lima Chaves a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº_32453820_ou e-mail veopes@yahoo.com.br

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, não apresenta possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma a preservar a confidencialidade da minha identidade, por meio de gravação de entrevista semi-estruturada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou sua orientadora, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Telefone: 3283 7441.

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

A pesquisadora do estudo me ofertará uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

Apêndice n. 6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - 2

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser visitado em meu domicílio de residência durante o atendimento de visita domiciliar realizado pela equipe de internação domiciliar do Hospital Geral do Estado, com o fim de possibilitar a observação do cuidado a mim prestado por essa equipe. Para isso será permitido o acesso ao meu domicílio da pesquisadora Verônica Pestana Vieira Mauchle, Farmacêutica -bioquímica do Hospital Geral do Estado da Bahia. O acesso e o acompanhamento da pesquisadora ao domicílio fazem parte da pesquisa de campo intitulada: Um estudo sobre a Avaliabilidade do PID: Programa de Internação Domiciliar do Estado da Bahia, lócus de pesquisa Hospital Geral do Estado, Salvador, 2009, desenvolvida pela pesquisadora citada, aluna do Mestrado Profissional em Saúde Pública, Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde, promovido pelo ISC - Instituto de Saúde Coletiva da UFBA,.

Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela professora Dra. Sônia Lima Chaves a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº_32453820_ou e-mail veopes@yahoo.com.br

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, não apresenta possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações coletadas durante a observação do atendimento domiciliar estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma a preservar a confidencialidade da minha identidade, por meio de observação do atendimento domiciliar a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou sua orientadora, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Telefone: 3283 7441.

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos .A pesquisadora do estudo me ofertará uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Salvador, ____ de ____ de ____

Assinatura do(a)participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

Apêndice n. 7**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Estudo da avaliabilidade do Programa de Internação Domiciliar”, sob a coordenação do (a) Prof(a). Sônia Lima Chaves do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, cuja pesquisadora Verônica Pestana Vieira Mauchle, mestranda do curso de mestrado em Saúde Coletiva fará seu trabalho de campo utilizando-se das dependências deste hospital e que para tanto autorizo a sua execução nesta Instituição.

Salvador, 06 de janeiro de 2010

Diretor Superintendente do HGE

Apêndice n. 8 - AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DAS EQUIPES

Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº - Canela - Salvador - Bahia - CEP 40110-040
Tel: (71) 3283.7416 - Fax: (071)3283.7460 - e-mail: ppgsc@ufba.br

Salvador, 05 de janeiro de 2010.

Ilma. Sra.
Dulce Mary
Coordenação da Internação Domiciliar (ID) – SESAB/BAHIA

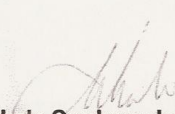
Prezada Senhora,

Solicitamos a V.Sa. autorização para acompanhamento das equipes de Internação Domiciliar – ID da Unidade de Internamento – Hospital Geral do Estado – HGE, com a finalidade de dar continuidade à pesquisa “Avaliabilidade do Programa de Internação Domiciliar da Bahia”.

O estudo é vinculado ao Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA e será desenvolvido pela mestrandia Verônica Pestana Vieira Mauchle como pré-requisito para a dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva e tem como objeto o ID, sendo “Locus” o HGE, o acompanhamento das equipes ID, está inserida no escopo do Trabalho de campo “Visando observar na prática o desenvolvimento do Programa.”

Informamos que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC.

Atenciosamente,


Isabela Cardoso de Matos Pinto

Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

06/01/10
Dulce Mary
Coordenadora ID
Cadastrado 19.443.580-0
SESAB/SAIS/DAE/CAE

Apêndice n. 9 – APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ÉTICA ISC/UFBA



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 036-09 / CEP-ISC

Registro CEP: 036-09/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "UM ESTUDO SOBRE A AVALIABILIDADE DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO ESTADO DA BAHIA."

Pesquisador Responsável: Verônica Pestana Vieira Mauchle

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 24 de novembro de 2009, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 25 de novembro de 2009.

Leny Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Apêndice n. 10. Quadro 4 - Matriz de Dimensões e Critérios: Síntese das entrevistas.2010.

Entrevistado	Objetivos do Programa	Etapas/fluxo do Programa	Atividades realizadas	Resultados observados	Lacunas para avaliação	Aspectos para a melhoria do Programa
Coordenação Programa HGE	<p>“O principal objetivo da ID é a desospitalização precoce do paciente e também baixar custos (...) isso faz o estado economizar (...) também há a humanização dos serviços, os pacientes com o carinho da família se recuperam mais rápido (...) a família em geral adere bem ao Programa”</p>	<p>“No fluxo correto como deve ser o paciente, que já está internado em uma unidade da rede, é admitido na ID via pedido do médico da unidade. Há três avaliações, do médico da enfermeira e da assistente social para ver a adequação do paciente aos critérios de admissão prescritos pelo Programa. (...) Temos duas equipes básicas e uma matricial, sendo uma clínica que atende ao distrito sanitário da Barra/Rio Vermelho e Brotas e a equipe especialista em queimados, única para toda a Salvador e Lauro de Freitas. (...) as equipes seguem os protocolos clínicos e terapêuticos e realizam as visitas no domicílio. A Assistente social visita o domicílio para avaliar as condições da residência e se há cuidador. As visitas geralmente são semanais (médico e equipe matricial) e de 2 a 3 vezes (enfermagem e técnico de enfermagem). Depende da necessidade do paciente. (...) O fluxo contudo pode mudar, e há casos onde o</p>	<p>“A gestão desenvolve atividades administrativas, como a organização das equipes, pedidos de material, escalas, solicitação de atendimento por especialistas e de exames complementares (...) o material de consumo é da SESAB e do HGE em parceria. A SESAB destina uma verba trimestral ao HGE para uso do Programa. (...) Faz relatório diário e semanal para a SESAB, e relatos de ocorrências através da RID (Relatório Internação Domiciliar). Mensalmente há uma reunião dos líderes das equipes da ID Bahia na SESAB, onde são avaliados e colocadas as dificuldades de cada um. (...) Houve um treinamento inicial dado em seis dias pela SESAB onde o grupo de Minas Gerais orientou as equipes quanto a ID mas infelizmente agente ainda não pode fazer mais treinamentos (...) o hospital treina a equipe da ID que atende à queimados baseado no protocolo do Centro de Tratamento em Queimados do HGE. (...) Todas as equipes tiveram acesso aos documentos do programa (...) Fazemos também</p>	<p>“O paciente volta mais rápido para casa (...) ninguém gosta de ficar em hospital (...) os pacientes e familiares ganham no aumento da autonomia e no autocuidado (...) os pacientes dizem que se fosse a ID não iriam saber fazer determinados cuidados de higiene (discurso higienista). (...) A ID consegue se aproximar dos princípios do SUS e unir os três níveis de atenção quando promove a saúde e previne o risco (...) os pacientes muitas vezes agradecem dizendo “jamais imaginei ser tratado como os ricos” (...)</p> <p>(discurso fatalista)</p> <p>.A ID orienta não só ao paciente mas a toda família e até os vizinhos são beneficiados (...) É como ter um PSF, ambulatório especializado e hospital itinerante, em casa (...) O Estado ganha com a diminuição de custos, pois a ID é bem mais barata para o hospital do que manter os pacientes internados. (...). O relacionamento interpessoal entre as equipes é muito bom e melhora no decurso do atendimento, ocorrendo a humanização do profissional (...) o relacionamento com</p>	<p>“Há fragilidades em vários pontos do programa (...) o relacionamento com os outros setores do hospital, por exemplo, no caso da alimentação enteral que não é liberada pelo Setor de nutrição daqui do HGE (...). As outras equipes dos outros hospitais têm direito a dieta enteral, menos as nossas (...) infra-estrutura ainda deficiente, falta espaço adequado, com sanitário próprio (...) não temos ambulância própria e depender da regulação é um problema (...) falta combustível, às vezes a SESAB não deposita o dinheiro para a empresa que repassa para o posto e aí os carros não podem sair para fazer visitas (...). Outra questão é a violência e a dificuldade do acesso das equipes às áreas de cobertura (...) as equipes têm que entrar com um ACS ou pedir autorização ao tráfico (...) O relacionamento com os serviços integrados também é difícil, mas tem melhorado. A SAMU nem sempre atende aos chamados dos pacientes, e nós orientamos os familiares a pedir atendimento e não dizer que é da ID (...) houve reuniões</p>	<p>“O PID precisa melhorar na parte da locomoção do paciente, feita atualmente pela regulação (...) nós somos uma espécie de hospital de médio porte espalhado pelo cidade e não temos ambulância própria (...) Outra coisa são as condições de trabalho, e a infra-estrutura, que precisam melhorar. (...). Outro ponto diz respeito ao fortalecimento da ligação da ID com os outros serviços, onde ainda há obstáculos a serem transportados.</p>

		<p>paciente da triagem, que ainda não foi internado, ser solicitado para a ID. Outras vezes ele é pego em casa, e neste caso se trata de pacientes que haviam sido internados no hospital e que após a alta apresentaram escaras ou complicações. (...) o Hospital Sarah não quer aceitar o paciente (...) a família entra em contato com Ministério Público e programas de televisão para serem aceitos na ID. (...) A ambulância da Central de regulação transporta os pacientes para serem internados e para fazerem exames em outras unidades. O PID não dispõe de veículo próprio. (...) os pacientes são visitados de acordo com plano terapêutico e a alta é dada pela equipe assim como o atestado de óbito (...) o SAMU é acionado mais deixa o atestado de óbito para ser dado pelos médicos da ID, mesmo fora do período de funcionamento da ID, que é de 7 às 19h. (...) a pós-alta é acompanhada pelo PSF ou UBS ou centros de referência como o CEPREDE, CAPS HEMOBA ou CEDEBA. (...) a reinternação é para ser feita na unidade onde estava internado, mas nem sempre</p>	<p>trabalho outros pois não dispomos de auxiliar administrativo, a exemplo de passar fax e tirar Xerox.</p>	<p>os pacientes e familiares é excelente (...) muitas vezes ficam até amigos da equipe (...) fazem bolo e oferecem suco (...) os vizinhos interagem e participam da visita, abordando as equipes e “passando o relatório” aos médicos (...) os domicílios e circunvizinhança se transformam no decurso do tratamento, sendo esse mais um ponto positivo. As equipes são respeitadas e conhecidas na comunidade. O PID está bastante divulgado apesar do pouco tempo desde o seu começo. (...)</p>	<p>e interferência da SESAB e da direção do HGE para que a SAMU melhorasse (...) A referência e contra-referência nem sempre funciona, há demora nas consultas apesar de nunca deixarmos de ser atendidos mas pode demorar muito e com prejuízo para todos (...). A regulação é outro ponto frágil, quando demora para pegar o paciente do hospital e levar para casa (...) o paciente fica “mofando” no hospital esperando ser regulado (...). Os PSF nem sempre têm condições de dar prosseguimento aos cuidados no pós-alta, por não terem recursos e outras dificuldades de ordem administrativa. (...) o paciente acaba voltando ao hospital na menor intercorrência por falta de apoio da rede no pós-alta. Muitas vezes nós recebemos e orientamos um paciente que foi nosso pelo telefone (...)</p>	
--	--	--	---	---	---	--

		<p>isso acontece (...) deveria priorizar o paciente mas há barreiras (...) o paciente após 30 dias de ID é reavaliado e pode ser re-internado na ID de acordo com a necessidade (...). “A ID se adéqua às necessidades dos pacientes” (...)</p>				
Médico	<p>“ O principal objetivo é dar assistência ao paciente em um ambiente que não seja o hospitalar (...) Há também a diminuição dos riscos ligados a permanência no hospital e de infecção hospitalar”</p>	<p>“As etapas: o fluxo que desencadeia a captação do paciente começa quando o médico da ID recebe um pedido de avaliação do médico assistente de um paciente hospitalizado. Em seguida são feitas três avaliações, pelo médico, enfermeira e assistente social. Cada avaliação é proibitiva e negativa para a ID. Tem que haver a concordância entre as três.(...) em seguida o paciente é admitido na ID e é visitado pela equipe básica e matricial de acordo com protocolo terapêutico e administrativo. (...) ele é transportado pela ambulância da regulação e fica internado em casa até a alta, que pode acontecer dentro de 30 dias ou não e neste caso ele será re-internado e continuará conosco (...) O atendimento nos feriados e fins de semana deveria ser feito pelo SAMU, mas dependendo de quem esteja de plantão, se estiver de mal humor, pode ser</p>	<p>“As atividades são avaliação clínica, acompanhamento em casa, pelo telefone também, orientação da enfermagem. As visitas podem ser quinzenal ou semanal, depende da gravidade do caso. (...) não tem uma regra rígida não (...) Com relação a treinamentos, houve um no início com os primeiros convocados e não cheguei a participar (...) foi colocado de forma geral o que seria esperado das equipes pelo pessoal da SESAB (...) de forma geral toda instrução é dada no dia a dia, na prática. Seguimos os protocolos da ID, todos nós lemos, tivemos acesso aos documentos mas a parte profissional propriamente dita segue uma rotina específica da área de atuação de cada um (...). para os pacientes queimados, seguimos o protocolo daqui do hospital, que é referência para a rede. (...) na prática o que é feito está na medida do possível (...) encontramos alguns empecilhos na relação ID/Hospital (...) tem coisas que estão presentes no fluxo mas que não são</p>	<p>“Entre os resultados observados está a melhora do paciente que é mais rápida no ambiente domiciliar (...) há uma diminuição nos índices de infecção hospitalar e o custo para o governo é muito menor também.(...) apesar de novo o Programa é bem conhecido e recebido pela comunidade.”</p>	<p>“ A regulação é complicada, a realização de exames complementares é prejudicada pela demora no transporte dos pacientes (...) a reinternação do paciente no hospital de origem é muito difícil, existem barreiras...(...) a violência é outro fator importante e que torna o Programa frágil (...) tem paciente que é determinado horário para entrar na rua (...) já fomos abordados na rua por gente armada (...) outro problema diz respeito a interação com o SAMU que nem sempre atende ao acordado entre os serviços que integram a ID.”</p>	<p>“Recomendaria a permanência do programa, com modificações na infra estrutura, principalmente no que diz respeito aos deslocamentos dos pacientes, com a aquisição de ambulância própria, para as equipes regularem entre si (...) ficar mais independente do SAMU (...) já perdemos consultas marcadas pela demora no transporte do paciente (...) a unidade de referencia disse então que não atenderia mais, pois estávamos atrasados (...)”</p>

		complicado (...) existe um acordo do SAMU com os hospitais, mas quem está na ponta desconhece isso (...) A alta é dada e o paciente continua ser atendido pela unidade de saúde do seu distrito sanitário”	feitas na prática (...) o número de pacientes foi superdimensionado (...) há um impedimento legal, uma portaria do CREMEB, na qual o médico só pode acompanhar 15 pacientes. Cada equipe deveria então ter dois médicos” (...)			
Enfermeira	“ Objetivo do PID é principalmente liberar leitos para pacientes mais graves, desocupar leitos hospitalares”	“As etapas são as seguintes: o médico do hospital de referência pede o ID e nós somos informados por papel ou telefone. Em seguida vai a enfermeira e o médico e a assistente social. Cada um faz sua avaliação e decide se o paciente tem o perfil adequado para ID, de acordo com protocolos do Programa. A assistente social vai até a casa e observa se há condições para a internação e se há cuidador disponível. Daí é feita a internação e começam as visitas no domicílio. O paciente é acompanhado até a alta e depois em caso de intercorrência, volta ao hospital de origem para re-internação ou segue sendo atendido nas unidades básicas de saúde. (...) as visitas são geralmente semanais, e a enfermagem começa com duas visitas e pode depois ir uma vez por semana. O médico e a equipe matricial vão semanalmente. (...). Na prática o	“ as atividades de enfermagem seguem o protocolo da ID e do exercício legal da profissão (...) é feita avaliação de enfermagem para ver a necessidade de curativos, e outros cuidados de enfermagem (...) faz a supervisão dos técnicos de enfermagem e treina o cuidador para o desempenho dos cuidados de enfermagem (...) a enfermagem admite e dá alta em consenso com o médico (...) a responsabilidade é compartilhada (...) houve treinamento, segundo eu soube com o pessoal no início do Programa (...) estou aqui há dois meses apenas (...) fazemos treinamento no HGE também, principalmente para a equipe de queimados, pois o HGE é referência nessa área (...) a Comissão de feridas do hospital deu o treinamento específico para lidar com queimaduras e curativos (...). O resto se aprende no dia a dia e cada um acaba entendendo o serviço do outro e isso é bom, dinâmico e fortalece o serviço (...) a ID se encaixa no protocolo	“ Os resultados têm sido bons, com a melhora dos pacientes (...) é visível como o ambiente de casa ajuda na recuperação (...) as comunidades, os domicílios acolhem bem o Programa que está sendo reconhecido (...) nosso carrinho já é conhecido pela população de atendimento (...) os familiares em geral elogiam e o relacionamento com as equipes é muito bom (...)	“ acho que os principais problemas estão no relacionamento da ID com os hospitais (...) a re-internação é muito difícil, não há prioridade dos pacientes para re-internação, mesmo ele tendo sido paciente do hospital (...) nem todos os médicos do hospital conhecem a ID, ou esquecem de pedir a ID, talvez por causa do pouco tempo do serviço no hospital (...) há ocasiões em que o paciente recebe alta e vai para casa sem contatar a ID, ainda com ferida e isso pode provocar uma reinternação desnecessária ou infecção das feridas por cuidados mal orientados (...) Com relação ao SAMU geralmente os meus pacientes que ligaram pedindo atendimento não tiveram problemas, mas sei que a maioria das equipes se queixam do atendimento e isso pode dificultar o andamento do Programa (...)	“ penso que pode ser revisto a questão dos funcionários, o número é insuficiente para atender e quando alguém sai de férias, por exemplo, a assistente social de outras equipes, a daqui tem que cobrir (...) as equipes daqui estão bem organizadas (...) acho que se tivéssemos transporte próprio além dos carros também agilizaria o atendimento (...)”

		número de atendimentos não é o prescrito. 30 pessoas por equipe é um número superestimado (...) agente não dá conta (...) agente corre contra o tempo, o transito não ajuda(...)“.	do hospital que a abriga (...) com relação aos documentos, comecei a ler mais não terminei ainda (risos) é muito papel (...) a partir da alta os próprios familiares continuam o tratamento e são orientados para fazer os cuidados em casa ou então vão para o PSF.”			
Assistente social	“Visa tirar o paciente do hospital e dar uma condição melhor de tratamento em casa (...) é um tratamento mais humanizado (...)”	“As etapas, o fluxo começa assim: o hospital avalia quem precisa de ID e manda um documento para nossa sala (...) agente faz a avaliação, conversa com a família, ver se tem cuidador (...) sem a família você não faz nada (...) o médico e a enfermeira fazem a avaliação clínica e então começa a internação, pede transporte para a regulação, justificando tudo por escrito (...) as visitas começam e o número depende de cada caso, em geral é semanal para o médico e a enfermagem em torno de três por semana.(...) A equipe matricial vai uma vez por semana, mas depende do caso, o fluxo pode mudar. Com o fluxo maior como é hoje em dia, não é possível tantas visitas (...).O que está no programa original agente vê que não funciona assim (...) se faltar uma AS como vai admitir paciente? E o número de pacientes, baseado no trabalho de	“nós avaliamos o cuidador e a casa (...) se não tiver cuidador, se for criança, por exemplo, tem que escolher outra casa (...) tivemos um caso em que só havia crianças na casa e a avó foi localizada para ser cuidador (...) a AS admite paciente juntamente com o médico e a enfermeira (...) com relação a treinamentos, só teve um treinamento feito pela SESAB com a equipe de Belo Horizonte no qual foram colocadas as atribuições de cada um (...). Li os documentos do Programa, conheço a portaria, mas não sei o número da Lei (...) O HGE se diferencia das outras bases por que a equipe ID de queimados atende toda a cidade e mais Lauro de Freitas, (...)”	“Os resultados são bons, com a recuperação mais do assistido em casa (...) eles ficam longe do ambiente hospitalar que amedronta e ficam no ambiente acolhedor familiar, que já conhecem (...) as famílias falam no opinário, ou verbalizam sobre a importância do PID (...) vejo que os profissionais se humanizam mais, em relação aos que trabalham no hospital, são mais acessíveis, dão atenção, explicam as coisas aos pacientes (...) nem sempre quem está trabalhando no hospital tem tempo para se dedicar ou conhecer um paciente, criar vínculos (...) os resultados são bons para todos, governo, hospital e pacientes.”	“A violência é um dos principais problemas para a atuação da ID (...) a questão do risco em Salvador não foi avaliada (...) tem lugar que você não entra (...) já fomos cercados por traficantes (...) tem olheiros armados (...) quem vai ver o domicílio deve estar atento a isso tudo, a essa problemática (...) cada lugar tem sua característica (...) o tráfico está imperando e nós que atendemos a todos os queimados, nem sempre conseguiremos entrar nos domicílios (...) quando faço a visita, a família diz que o lugar é tranquilo, mas para quem? (...) Em relação ao número de profissionais, deveria ser redimensionado (...) dificuldade para re-internação no local de origem, a regulação é muito difícil, demora demais(...) a SAMU quando atende um chamado encaminha o paciente para o hospital de referência deles, que nem sempre é o nosso (...) a SAMU	“ A coisa deveria ser melhor “costurada”(...) A rede não está construída para lidar com a ID(...) o HGE não pode fazer tudo e neste caso dependemos de especialistas e de outros exames então a integração com os demais serviços é essencial (...) deve-se melhorar a referência pós-alta, que está muito fragilizada por que o PSF de Salvador não tem cobertura boa (...).A demanda de um PSF é uma coisa enorme hoje em dia (...) é muito desmembrada, o paciente fica indo em vários lugares até obter atendimento. Às vezes mora ao lado de um PSF e não é atendido nele (...)o PSF na minha opinião deveria ser revisto também, para que a ID funcionasse

		<p>Belo Horizonte é muito grande (...) lá tudo funciona 24 horas, é diferente daqui (...)é uma realidade completamente diferente da daqui, que é um Programa estadual (...)as bases daqui são hospitais de grande porte, maiores(...) o HGE e o HCRS possuem os maiores fluxos (...) os pacientes deveriam ficar apenas por um mês mas não é o que acontece (...) úlcera não fecha em um mês e não podemos mandar esses pacientes para o PSF, então temos que re-interná-los na ID (...).isso pode significar de semanas até meses (...)</p>			<p>segue o protocolo deles (...) já houve casos do paciente ligar e eles não atenderem quando sabe que é da ID (...) agente não é homecare e nem é SAMU, não temos ambulância aparelhada nem atendemos 24 horas (...)90% ou mais dos pacientes são de área perigosa, de difícil acesso (...)</p>	<p>como previsto nos documentos (...) o PSF não tem condições de arcar com os curativos, como poderemos dar alta a um paciente deste? (...)</p>
Nutricionista	<p>“O primeiro, o principal é o esvaziamento dos leitos do hospital (...) é muito caro para o governo e em casa é barato, mesmo com medicamento e alimentação enteral. (...) além disso tem também a humanização dos serviços (...) o paciente em casa se recupera mais rapidamente com o apoio da família”.</p>	<p>“ As etapas...nós aqui recebemos uma solicitação do hospital onde o paciente está internado (...) vai médico, enfermeira e assistente social e fazem avaliações, se estiver de acordo com os protocolos o paciente começa então a ID, vai para casa e fica internado e acompanhado pela equipe ID. (...) Os hospitais solicitam, assim como os centros de referências e ocasionalmente da emergência (paciente ainda não internado). (...) Nem sempre pega o paciente no hospital, pode pegar em casa também e agente “quebra” o fluxo,</p>	<p>“ As atividades por mim desenvolvidas está no protocolo de nutrição sugerido pelo HGE e inclui acompanhamento do estado nutricional e questionário com anamnese para ter idéia de que nutriente está faltando(...). É tranquilo, exceto com pacientes com sonda, com seqüelas de AVC, que não fala, não se comunica e então nosso trabalho depende muito da família (...) a família é essencial para a ID e seu trabalho, tem casos de crianças, idosos e pacientes psiquiátricos que necessitam do apoio intenso da família (...) A nutrição é enteral pois o HGE não libera alimentação enteral.Tenho que</p>	<p>“ os resultados observados por mim são positivos, no que diz respeito a humanização dos profissionais, pois ao entrar na casa do paciente, não é apenas o “seu Zé” que sente dor ou fome. É “seu Zé” que está sem emprego, que se queimou, tentou se matar...(...) você lida com pacientes longe do anonimato do hospital. No hospital eles são apenas um número a mais (...) É bom para o Governo, para o hospital, para o profissional e para o assistido a ID (...) com a ID nós criamos vínculos, fazemos amizade, uma família se forma. Nós trabalhamos mais conscientes de nosso trabalho e</p>	<p>“ Apesar da parte positiva, há dificuldades na locomoção do paciente e nas visitas. (...) A Bahia não tem estrutura para a ID (...) tem lugar que você não pode entrar, é dominado pelo tráfico e só entramos com o ACS (...) Diria que a principal dificuldade é a violência mesmo, nas cercanias, não nos domicílios, (...) outra coisa é o número de profissionais insuficiente, se alguém sai de férias fica muito difícil operar a ID (...).”</p>	<p>“ É necessário mais verba, melhor infra estrutura (...) agente só está agüentando essa sala pequena por causa dos colegas (risos) (...) brigamos pelos carros, só tínhamos dois agora são três, tem a questão da alimentação enteral que não é liberada é necessário um aditivo ao contrato com o fornecedor (...) Todas as outras IDs recebem menos a nossa (...) é um problema institucional”</p>

		<p>faz um favor, mas nada que “manche” o caráter da ID. (...) Li os documentos, todos nós tivemos que fazê-lo, e vejo que na prática não é possível atender ao número de pacientes, que seria de 30/mês/equipe. Este contingente é muito grande para a estrutura de nossa equipe (...) A alta depende da evolução da doença e após isto ele é encaminhado para uma unidade PSF ou UBS.”</p>	<p>treinar o cuidador para trabalhar com os alimentos da melhor forma possível (...) Com relação a treinamentos, foi feito um no início do Programa, de forma geral, dado pela SESAB, mas o específico da minha área segue o protocolo do HGE.(...) todos nós acabamos sabendo o trabalho do outro (...) não temos auxiliar administrativo e colaboramos com a coordenação (...)</p>	<p>fazemos além do que se pede (...) a nutricionista é psicóloga (risos), a assistente social é terapeuta, todos se unem, humanizados diante do sofrimento (...) Outro resultado é o esvaziamento dos leitos dos hospitais o que acaba sendo um benefício para todos (...) “outro ponto é que a família atendida também usufrui dos treinamentos e passa a mudar alguns hábitos” (...)</p>		
Fisioterapeuta	<p>“o objetivo da ID é proporcionar um cuidado mais humanizado no contato do paciente com a própria família, com mais sentimento (...) além de conseguir a desocupação precoce dos leitos de hospital (...) ajudando assim na regulação hospitalar”</p>	<p>“As etapas do Programa começam com a aquisição de avaliação por um médico do hospital solicitante, pela equipe da ID. A AS vai observar o domicílio e decidir sobre o cuidador enquanto o médico e enfermeira ocupam-se da parte clínica, assim como manda o protocolo de atendimento (...) se o paciente tem perfil de inclusão na ID, ele é internado em casa e o transporte é feito com ambulância da regulação (...) a família assina um termo de responsabilidade (...) as visitas acontecem semanalmente ou mais vezes a depender de cada caso. (...) e o tempo de internação também depende da recuperação do paciente (...) sempre apoiamos a coordenação na parte administrativa,</p>	<p>“o fisioterapeuta faz parte da equipe matricial e sua função é avaliar o perfil do paciente, se está lúcido, quais limitações funcionais apresenta (...) fazemos a prevenção de complicações e orientamos o cuidador a tratar do paciente (...o o paciente fica por pouco tempo, menos de um mês, mas às vezes pode ser ultrapassado esse tempo (...). O treinamento aconteceu em um hotel, oferecido pela SESAB e durou seis dias. Aqui sempre tem reuniões para rever protocolos, sempre que possível somos direcionados para algum congresso (...) os treinamentos são em maior número nas equipes básicas (...) e no dia a dia é passado as coisas para as equipes (...) todas as equipes têm um protocolo que seguimos na medida do possível (...) já li a política de Internação Domiciliar”.</p>	<p>“Aos poucos a gente está conseguindo ampliar o atendimento, o fluxo (...). O Programa é bem acolhido e a família tem gostado do atendimento. (...) as melhoras do paciente atendido em casa são evidentes e em um hospital que têm muitos leitos às vezes você não dá conta (...) nem sempre o familiar pode ficar ao lado do paciente no hospital, ao contrário do que acontece na ID.”</p>	<p>“Falta apoio dos outros setores, hospitais, regulação (...) o hospital ainda não liberou dieta enteral aos pacientes ID (...) há dificuldade para reinternar no hospital de origem (...) a rede é sobrecarregada e não faz exames da ID como deveria, não entendem que o paciente cedeu seu leito mas continua internado (...)”</p>	<p>“É recomendável fortalecer o Programa (...) acho o PID muito bom, eficaz (...) eu escolhi trabalhar aqui, adoro a rotina do setor (...) é preciso fortalecer o relacionamento com outros serviços, como o SAMU e a regulação”</p>

		além da nossa atividade específica.”				
Téc. Enfermagem.	“ O principal objetivo é o restabelecimento da saúde do paciente, além da questão da desospitalização precoce”	“O paciente está internado em um hospital e é solicitado a ID. É feita a avaliação pelos enfermeiros médicos e a AS vai até a casa e ver se pode internar em domicílio ou não (...) então o paciente é internado e começam as visitas. A gente faz de duas a três visitas por semana mas isso varia com a necessidade e as prescrições (...) quando o paciente toma alta, ele é acompanhado pela família que já foi orientada pela ID e vai até um posto de saúde para dar prosseguimento ao que precisar (...) agente não abandona o paciente, encaminha ele para uma unidade a depender da patologia (...) não chegamos a tender os 30 pacientes que deveríamos, no máximo o HGE chegou a 27”	“Nossa rotina é tranqüila, agente pega material no almoxarifado, preparamos nossa mala de medicação, vamos até a residência do paciente, e fazemos os cuidados de enfermagem básicos, como dar banho no leito, cuidar de feridas,etc. Seguimos as orientações da enfermagem. (...) com relação ao treinamento, tivemos uma palestra apresentando o Programa, conhecemos gente que já desempenhava essas funções em outros programas, tivemos cursos de feridas com a equipe de queimados daqui do HGE (...) os documentos eu li (...) eu não gravo muito (...) mas sei como funciona na prática (...)	“a gente vê a satisfação na cara, a recuperação é mais rápida é muito bom o Programa”	“têm alguns aspectos críticos, como o acesso às residências (...) escadarias grandes, dificuldade de entrar na rua ... Na Santa Cruz o pessoal estava com uma barreira e não deixaram a gente passar (...) dissemos que éramos da saúde e mesmo assim eles disseram que queimariam o carro se continuássemos (...) colocaram uma pistola na minha cabeça, minha cabeça (...) eu agradei a Deus, foi a mão de Deus que nos livrou de sermos atingidos (discurso fatalista e religioso)(...) o patrimônio do paciente não chega a preocupar, são casas humildes, o que preocupa agente é o perigo (...) outra coisa errada é no pós alta, quando o paciente precisa voltar para a unidade de origem (...) a proposta é tirar gente dos hospitais e o retorno por isso mesmo é dificultado (...) quando é aceito é “jogado” na emergência e lá fica, esperando (...) outra coisa é a relação da ID com as unidades, agente só consegue fazer exames e outros procedimentos mais rápido na base da amizade”	“ Acho que a proposta é dar qualidade de vida (...) nós temos direito a saúde (...) quando agente procura tem que achar (discurso ideológico, reformista)(...) Temos que rever os parceiros, tem que existir parceria do PSF e SAMU na prática e não só na teoria. (...)
Cuidador 1	“cuidar do paciente, dar atenção, tratar em casa (...)	“ a gente é informado que o paciente pode ser tratado em casa e eles levam de ambulância até	“ a gente cuida do paciente, dá medicação, limpa a casa, dá banho, essas coisas (...) “	“ o paciente se recupera melhor, mais rápido e agente fica mais feliz por que está com a gente (...)	“ Não vejo nenhum problema, só coisas boas, é isso!”	“ Se pudesse ampliar, mais pessoas para atender,seria bom (...) tem muita gente

		nossa casa (...) depois a gente cuida, eles orientam, ensinam a dar medicamento, banho,etc.(...) eles vem visitar toda semana, duas vezes, três(...) dão o telefone do hospital e da equipe e do SAMU para agente ligar em caso de problemas”		todo medicamento e material, até fralda, a ID dá pra gente, é muito bom(...)”		aqui no bairro que queria também participar, eles olham o cuidado e pensam até que a gente ta pagando (...) tem que ter mais equipes, para servir toda a cidade”
Cuidador 2	“ é trazer mais conforto, uma recuperação mais rápida(...) trazer facilidades para o tratamento do paciente”	“Lá no hospital nos avisaram que ele ia pra casa e continuaria o tratamento em casa, eu nem sabia que isso seria possível (...) então eles vistem a gente, dão orientação, ensinam as coisas, como cuidar,etc.Se a gente precisar de alguma coisa agente liga e eles orientam por telefone”	“ Faço de tudo, cuido da casa, lavo o chão todo dia (...) não fazia isso antes (...) dou banho, comida de dieta que a nutricionista ensinou (...) e não preciso comprar nada, é diferente quando a gente sai do hospital ou do posto. “	“ Os resultados são os melhores possíveis. A ID é tudo (olhos cheios de lágrimas). Meu pai ia perder a perna, e não vai mais agradeço a ID. Aqui a gente recebe atenção e carinho, como se a gente tivesse dinheiro, como se fosse particular (...) aprendi muita coisa com essa doença e queria te fazer enfermagem. A ID mudou até o humor de meu pai (risos)”	“ Se eu fosse dizer o que tas errado, nada. Acho que podia melhorar as condições de trabalho das equipes (...) não tenho queixas, sempre que ligo, preciso de alguma coisa sou atendida e tratada com muito carinho (risos)	“ Acho que deveria haver mais equipes, Salvador tá precisando (...) se é bom e ta funcionando, deve continuar, aumentar. (...) tenho medo de acabar com a política depois das eleições (...)”

Apêndice 11 - ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DO PROGRAMA NA PRÁTICA

Após visita a oito domicílios em vários bairros da cidade de Salvador, acompanhando as equipes da ID, os roteiros de observação do programa na prática foram analisados e alguns pontos podem ser discriminados abaixo:

ESTRUTURA FÍSICA DOS DOMICÍLIOS: Os domicílios visitados têm em média quatro cômodos, são bem limpos e os medicamento e materiais do paciente estão bem organizados em sacos. Nem sempre são arejados e iluminados, mas todos possuem estrutura mínima para o cuidado. Um dos domicílios foi “emprestado” por amigos do paciente, pois a casa do mesmo não tinha condições que possibilitassem o atendimento. Os bairros pertencem ao distrito sanitário atendido pela ID do HGE, exceto quando se trata de queimados, que podem estar em qualquer lugar de Salvador/Lauro de Freitas.

TEMPO DE TRATAMENTO: Em geral os pacientes assistidos ficam em torno de 30 a 60 dias internados no domicílio, com casos esporádicos de pacientes que já estão há oito meses no Programa.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS NO DOMICÍLIO: Foi observado que os profissionais (nível práticas) seguem corretamente o protocolo clínico e administrativo, atentos às condições de promoção da saúde e prevenção de riscos, favorecendo a recuperação mais rápida do assistido. A atenção disponibilizada pelas equipes é muito boa, eficiente e humanizada. Foi observado o bom entrosamento e o carinho com que são tratados os pacientes e familiares, com intimidade que beira a amizade, às vezes. Os laços são fortalecidos e o relacionamento interpessoal é acima da média, bastante bom, com as equipes trabalhando com harmonia e dedicação. Com relação aos protocolos, observou-se que todas as orientações e prescrições são atualizadas e uma via é sempre deixada no domicílio para controle. Não falta material para trabalhar e quando é necessária alguma coisa, é rapidamente resolvida pela equipe, com a colaboração ativa dos familiares.

QUALIDADE DO CUIDADOR: Em geral os cuidadores foram bem escolhidos, são pessoas que possuem discernimento para atuar no cuidado, possuem grau de instrução compatível com a assistência prestada ao paciente e são na maioria das vezes, familiares próximos ao paciente. Sabem acerca da patologia e complicações que poderão advir, são instruídos para agir e tomar decisões e possuem bom relacionamento com as equipes. Conhecem os procedimentos em caso de urgência e já utilizaram os serviços da SAMU e do hospital de origem.

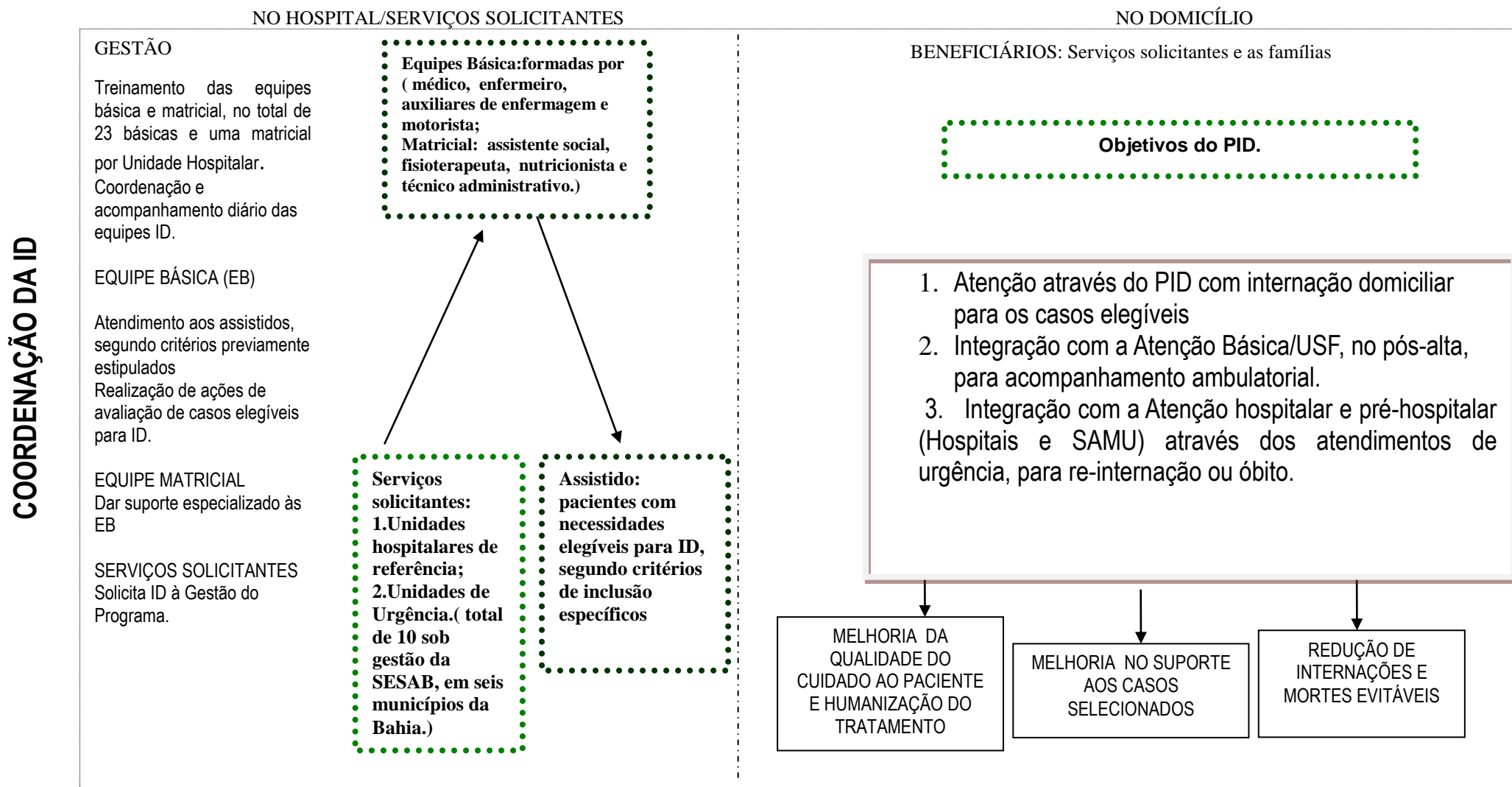
DESCRIÇÃO DE OCORRÊNCIAS:

Não foram observadas nas visitas realizadas problemas com relação a violência, mas os relatos dos familiares apontam para a convivência com a violência e seus desdobramentos. Um dos pacientes descreveu a batida policial que sofreu seu domicílio, quando da perseguição de um suspeito. Por outro lado, observamos o carinho com que são tratados as equipes, e um fato curioso foi o oferecimento de abadas para a equipe, em agradecimento aos cuidados. Muitos se emocionaram quando falam da ID, com lágrimas presas nos olhos.

Observamos também a solidariedade que envolve o domicílio sob cuidado, com vizinhos e amigos em revezamento para melhor ajudar o assistido. São oferecidos alimentos, água e sucos para a equipe, ainda que não sejam aceitos, para não transgredir normas sanitárias e de segurança.

Observamos, no entanto dificuldades na saída das equipes do hospital, com atrasos devido à falta de combustível ou de determinado material médico. No entanto essas barreiras eram freqüentemente vencidas com a ajuda da direção do hospital e com o esforço de toda a equipe ID. Dificuldades no acesso aos domicílios foram observadas em muitos casos, devido à topografia da cidade e da favelização dos domicílios. A cidade do Salvador não possui estrutura adequada para visitas domiciliares, com ruas estreitas, esburacadas, com acesso negado em alguns casos pelo tráfico, mostrando o quanto a urbanização pode influenciar na performance e eficiência de um programa.

Apêndice 13 - FIGURA 1 - MODELO LÓGICO PRELIMINAR DO PID DA BAHIA 2009, segundo documentos-base.



ATIVIDADES

Atividades Gestão

1. Promover a interlocução entre os serviços solicitantes e as equipes de ID;
2. Selecionar e treinar cuidadores para todos os assistidos;
3. Garantir a retaguarda ao atendimento de emergência feita pelo SAMU e referência pós-alta pela Unidade básica/PSF.;
4. Oferecer suporte técnico aos profissionais da ID;
5. Conhece a demanda por ID dos Serviços Solicitantes;
6. Garantir prioridade para re-internação no hospital de referência.

Dos Serviços solicitantes

1. Solicita a avaliação de pacientes internados às equipes da ID para posterior internação domiciliar.
2. Fornece espaço físico para instalação do escritório da ID.
3. Oferece suporte medicamentoso e execução de exames complementares às equipes ID.

Da Equipe Básica

1. Faz Avaliação social do domicílio e médica do paciente em até 24 h nas Unidades Solicitantes.
2. Elabora plano terapêutico multidisciplinar baseado em protocolos administrativo-assistenciais.
3. Após avaliação, exclui pacientes que necessitam de ventilação mecânica, monitoração contínua, enfermagem intensiva, propedêutica complementar, tratamento cirúrgico de urgência ou que façam uso de medicamentos complexo ou que não possuam cuidador identificado.
4. Faz visita semanal ao caso sob acompanhamento.
5. Elabora em conjunto com as Unidades solicitantes, relatório diário e mensal de informação ID e encaminha à Coordenação de ID na SESAB.
6. Fornece atestado de óbito em dias úteis; nos feriados e fins de semana serão fornecidos pelo SAMU.

Da Equipe Matricial

Dá suporte à EB com atendimento especializado complementar de nutrição, fisioterapia e assistência social.

Do cuidador

Dá suporte contínuo ao assistido segundo protocolo determinado pela ID, realizando as atividades de cuidado necessárias ao seu tratamento.

Rendimentos

Atender até 30 pac/mês, por equipe, com média de permanência de 30 dias, priorizando idosos acima de 60 anos portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, que possuam patologia que necessitem de cuidados paliativos, que tenham incapacidade funcional provisória ou permanente.

RESULTADOS

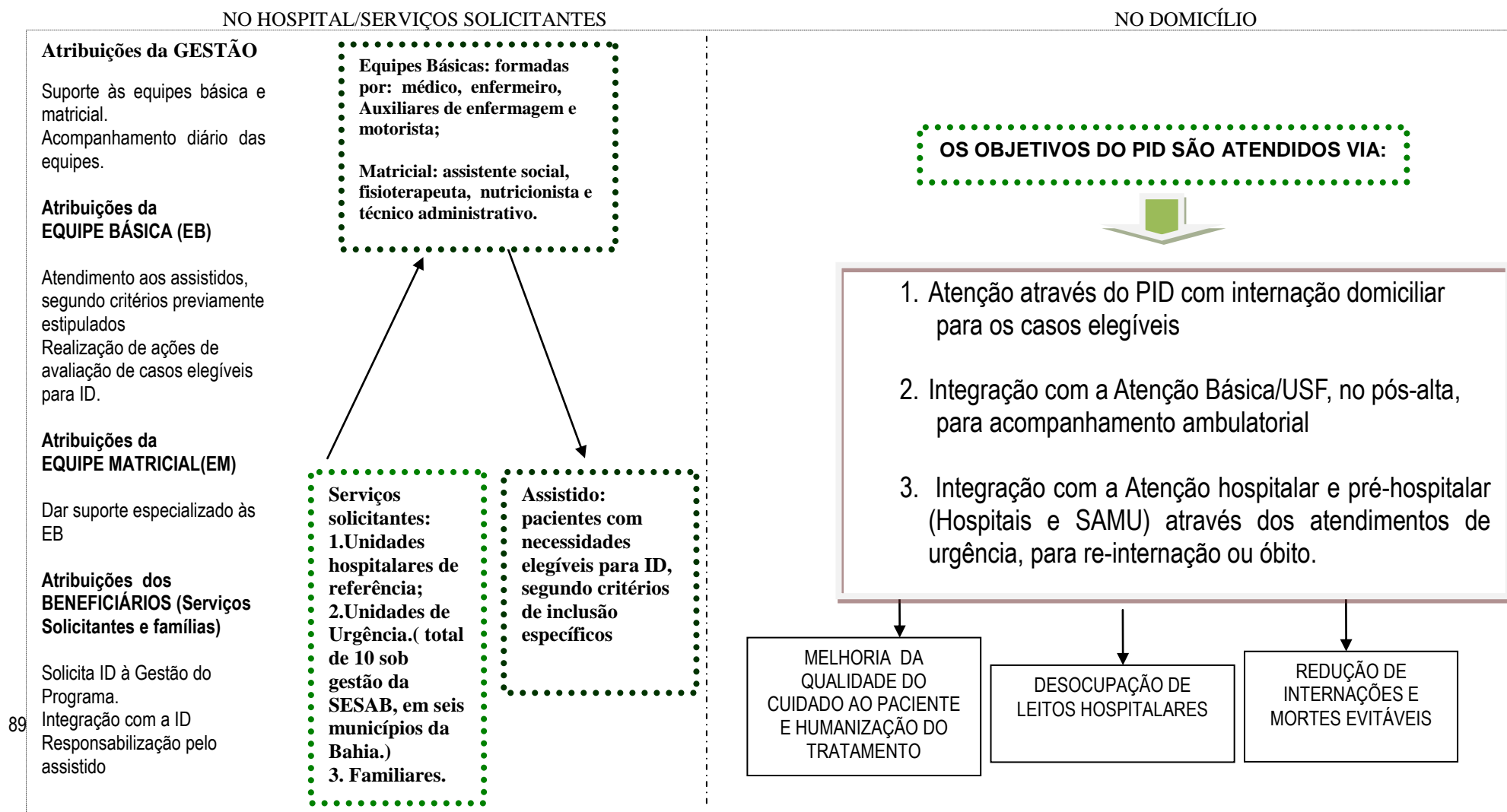
INTERMEDIÁRIOS

1. A hospitalização desnecessária é reduzida.
2. Promove a desospitalização precoce dos pacientes internados de Salvador; reduz riscos de infecção hospitalar;
3. Humaniza o atendimento realizado por equipe interdisciplinar no domicílio.
4. Reduz a sobrecarga dos serviços de urgência/emergência.
5. Reduz custos hospitalares.
6. Aumenta a satisfação do assistido.

FINAIS
REDUÇÃO DE INTERNAÇÕES, REINTERNAÇÕES E MORTES EVITÁVEIS.

Apêndice n. 12. FIGURA 2 - MODELO LÓGICO AJUSTADO DO PID DA BAHIA 2010.

COORDENAÇÃO DA ID



OS OBJETIVOS DO PID SÃO ATENDIDOS VIA:



1. Atenção através do PID com internação domiciliar para os casos elegíveis
2. Integração com a Atenção Básica/USF, no pós-alta, para acompanhamento ambulatorial
3. Integração com a Atenção hospitalar e pré-hospitalar (Hospitais e SAMU) através dos atendimentos de urgência, para re-internação ou óbito.

MELHORIA DA QUALIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE E HUMANIZAÇÃO DO TRATAMENTO

DESOCUPAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES

REDUÇÃO DE INTERNAÇÕES E MORTES EVITÁVEIS

