

## HOME CARE: SAIBA MAIS SOBRE ESTA INOVAÇÃO

Raquel Farias Lins<sup>1</sup>  
Suely Aragão Azevedo<sup>1</sup>  
Sidcleia Onorato Arruda<sup>2</sup>

### RESUMO

Home Care é um conjunto de procedimentos hospitalares que podem ser feitos na casa do paciente, onde são realizadas todas as etapas do cuidado médico, prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças, e até dos procedimentos de reabilitação. Assim como na internação hospitalar, no Home Care uma equipe formada por vários profissionais está envolvida direta e indiretamente no tratamento e no cuidado do paciente, no entanto, na medicina domiciliar, como a família acompanha mais de perto o processo, a presença desses profissionais é mais marcante e conseqüentemente melhor aproveitada. Surgiu nos Estados Unidos e na Europa por volta da 2ª Guerra Mundial. A partir da década de 1960 tornou-se mais forte e a idéia de “deshospitalização” foi levada em consideração. Adaptado à realidade brasileira pelo pioneirismo de algumas empresas, o Home Care idealiza um atendimento mais humanizado e gerenciado, como alternativo complementar ao sistema de saúde vigente, otimizando custos e recursos. O atendimento domiciliar atua no Brasil em média há 10 anos e por isso ainda se encontra no estágio de amadurecimento. O futuro do Home Care é promissor, pois esse serviço é uma alternativa economicamente viável e criativa para o atendimento de saúde. Esse trabalho foi realizado a partir de pesquisa bibliográfica e tem como objetivo esclarecer o que vem a ser o serviço de Home Care.

**Palavras-chave:** Home Care. Assistência. Domicílio.

### INTRODUÇÃO

O termo Home Care é de origem inglesa, onde a palavra “Home” significa “lar”, e a palavra “Care” traduz-se por “cuidados”, e designa-se literalmente cuidados no lar. (PORTAL HOME CARE, 2005). Home Care também pode ser conceituado como a prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio.

De acordo com a RESOLUÇÃO-COFEN nº 256 de julho de 2001, esta modalidade assistencial exprime, significativamente, a autonomia e o caráter liberal do profissional Enfermagem (RIBEIRO, 2003).

---

<sup>1</sup> Acadêmicas da FACENE.

<sup>2</sup> Especialista em Serviços de Saúde Pública. Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Enfermagem Nova Esperança.

Segundo Santos (2003), esse tipo de serviço surgiu nos Estados Unidos e na Europa, por volta da 2ª Guerra Mundial. Nos Estados Unidos, várias enfermeiras se uniram e passaram a cuidar dos pacientes em casa. Na Europa, com o bombardeamento de hospitais, os médicos começaram a ir até os pacientes. Sendo estes os primeiros passos no serviço de medicina hospitalar.

A partir da década de 1960 este movimento tornou-se mais forte e a idéia de “desospitalização precoce” foi levada em consideração. Nesta época os hospitais estavam sempre lotados ocasionando a falta de leitos e formando filas imensas. Além disso, a população crescia, o número de doentes e feridos por causa da Guerra do Vietnã aumentava, e o período de vida dos idosos também aumentava, necessitando de cuidados médicos e de enfermagem.

Todavia, em se tratando de uma inovação da assistência em saúde no âmbito domiciliar, temos como objetivo esclarecer e nos aprofundar sobre o Home Care, levando em consideração seu surgimento, conceitos, benefícios para o Enfermeiro e para o paciente, bem como aos estabelecimentos hospitalares.

## **DESENVOLVIMENTO**

De acordo com o PRONEP, o Home Care abrange desde procedimentos mais simples como o tratamento de feridas em diabetes, terapia intravenosa e fototerapia para recém-nascidos, até outros de maior complexidade, como a intervenção domiciliar para condições mais graves, nas quais os pacientes não são capazes de se locomover e de fazer sua própria higiene pessoal, podendo necessitar de respiração artificial, terapia nutricional e acompanhamento integral por profissionais treinados; porém quando surgiu tinha apenas o objetivo de atender paliativamente os doentes que apresentavam patologias crônicas e tratamentos de longa duração, com necessidade de cuidados permanentes.

Segundo Santos (2003), a insuficiência na área de saúde originou as “Nursing Care” (tratamento direcionado ao idoso crônico terminal). Assim, foram aparecendo empresas que se propunham a tratar de diversas patologias nas casas dos pacientes.

Ao contrário do que os médicos pensavam, este serviço tornou-se bem mais eficaz que o internamento hospitalar, pois tem reduzido o risco de infecção hospitalar, manutenção do paciente no convívio familiar, redução no número e custo de internações, variando entre 20%

a 70% mais barato que o preço cobrado nos hospitais. Começava então a surgir uma solução economicamente viável e criativa para o atendimento de saúde: o Home Care, que, com o passar do tempo, as seguradoras e os planos de saúde começaram a remunerar alguns de seus procedimentos, ampliando ainda mais este serviço.

Na Europa, o Home Care também é visto como uma excelente alternativa de tratamento de saúde, embasado nas estatísticas de que com este serviço houve um aumento relativo na quantidade de leitos hospitalares disponíveis, em torno de 30% a 40%.

Adaptado à realidade brasileira pelo pioneirismo de algumas empresas, o Home Care idealiza um atendimento mais humanizado e gerenciado como alternativa complementar ao sistema de saúde vigente, otimizando custos e recursos. O serviço de atendimento domiciliar atua no Brasil em média há 10 anos e por isso ainda se encontra no estágio de amadurecimento.

Infelizmente, por este mercado ainda estar se concretizando no país, não se tem noção exata sobre o número de empresas atuantes e prestadoras deste serviço. Dados não oficiais de 1998 revelaram existir em torno de 80 empresas de Home Care. Atualmente, este número já é obsoleto.

De acordo com a Biblioteca Virtual da PRONEP, assim como na internação hospitalar, no Home Care uma equipe formada por vários profissionais está envolvida direta e indiretamente no tratamento e no cuidado do paciente. No entanto, na medicina domiciliar, como a família acompanha mais de perto o processo, a presença desses profissionais é mais marcante e conseqüentemente melhor aproveitada.

A equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio, como motoristas e técnicos administrativos, entre outros. A função de cada um deles é bem definida.

O médico estabelece de forma integrada, com toda a equipe, a conduta clínica que deverá ser seguida por todos os membros; o enfermeiro responsabiliza-se pelas funções assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa; o nutricionista se concentra na manutenção do equilíbrio nutricional do paciente, melhorando as suas condições de resposta ao tratamento; o farmacêutico trabalha nos “bastidores”, sua função é o controle de qualidade de todos os medicamentos e soluções usadas no tratamento, incluindo orientações sobre compatibilidade, interações medicamentosas e estabilidades de cada droga envolvida com a

terapia em uso; o fisioterapeuta, por sua vez, trata da manutenção e reabilitação de toda a parte motora e respiratória; o fonoaudiólogo é importante para a reabilitação oral, que envolve fala e deglutição; o psicólogo cuida da reabilitação e manutenção psíquica do paciente e de seus familiares.

Todos estes profissionais são especializados no tratamento de pacientes severamente comprometidos e possuem sólida experiência com pacientes clínicos, crônicos e terminais. Essa experiência técnica é fundamental para o bom desempenho do profissional. Entretanto, técnica não é tudo. O profissional deve ser capaz de visualizar o paciente como um todo, envolvendo o contexto familiar, seus valores pessoais, seus sentimentos, deve estar apto a enfrentar uma diversidade de sentimentos: autocontrole, auto-estima e equilíbrio são características importantíssimas para o domínio desta atividade.

Conforme afirma Ben (2000), esse atendimento é específico e a equipe de enfermagem é quem acompanha o paciente e dá continuidade ao tratamento com eficiência, qualidade e responsabilidade [...]; o futuro do Home Care é promissor, pois esse serviço é uma alternativa para o paciente. Além disso, existe a expectativa de vida que é elevada e resgata a valorização do indivíduo. Outro aspecto importante é que diminui o risco de infecção hospitalar e reduz os custos para o Estado e para a família.

No Brasil, o Home Care está suprindo parte da necessidade surgida com redução de leitos em hospitais, além de ser uma forma encontrada pelas famílias para reduzir custos e proporcionar bem-estar, segurança e participação na recuperação do paciente. Ao contrário do que se pensa, que pacientes com baixa renda per capita têm acesso à assistência domiciliar. O governo, através do NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas), atende 900 pacientes e é o único atendimento voltado ao idoso.

Após a regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – Home Care (Resolução COFEN – 270/2002), toda empresa de prestação de serviços de Enfermagem Domiciliar e/ou filiais, deve ser dirigida por Profissional Enfermeiro, devidamente inscrito e em dia com suas obrigações junto ao Conselho Regional de sua área de atuação.

Santos (2003), refere que a figura do cuidador é fundamental no Home Care, principalmente nos casos de internação domiciliar. Essa pessoa deve ser escolhida pela família e, se possível, deve fazer parte do núcleo familiar. O cuidador se responsabiliza pelos cuidados básicos, que não dependam da atuação técnica de um profissional; é ele que

acompanha de perto a evolução da condição do paciente. É desejável que o cuidador seja uma pessoa calma e carinhosa, interessada em aprender, que supere alguns tabus corporais e que saiba respeitar as questões íntimas do paciente e da família.

É preciso deixar claro, entretanto, que o cuidador não substitui a atuação do profissional de enfermagem. Embora o cuidador assuma uma série de tarefas, suas responsabilidades possuem limites, que terminam no momento em que o paciente passa a necessitar de ações que impliquem conhecimento técnico-científico.

Para a maioria dos pacientes em Home Care, a participação da família na sua recuperação é uma influência positiva, não só do ponto de vista clínico, mas também do psicológico, uma vez que a tendência é sempre uma colaboração mais eficiente entre profissionais de saúde, família e paciente.

Algumas concessões de privacidade também são necessárias para permitir a presença da equipe de profissionais de saúde dentro da residência. É preciso que um familiar esteja sempre disponível, evitar ausência prolongada e manter o alerta frente a uma possível piora do estado de saúde do paciente.

Além disso, os familiares devem estar conscientes do grau de complexidade da doença e ter noção dos possíveis insucessos do tratamento. Independentemente da evolução do paciente, a família e, sobretudo o cuidador, precisam estar seguros de que estão contribuindo da melhor maneira possível, e cientes de que medidas “heróicas”, além de desgastá-los emocionalmente, podem não ter resultados práticos.

Após a solicitação da internação domiciliar, a família submete-se ao pedido de aprovação pelo convênio (Seguradora/Plano de Saúde). Após a liberação, que pode demorar horas ou dias, monta-se toda a estrutura necessária. Só então o paciente é removido em ambulância, dando início à assistência domiciliar.

A família é responsável pela limpeza do ambiente onde se encontra o paciente, que deve ser feita diariamente. Monta-se a cama hospitalar, suporte de soro, cadeira de rodas, goteira ortopédica e equipamentos mais especializados. Porém, quando o material não estiver sendo usado, deve ser devolvido ao hospital. O material destina-se ao uso exclusivo do paciente, e não deve ser usado por familiares ou profissionais da equipe.

Um(a) auxiliar de enfermagem permanecerá de plantão por 12 ou 24 horas, dependendo dos horários das medicações e grau de cuidados necessários. Chamamos a esse período de alta complexidade, quando os cuidados são por 24 horas; média complexidade,

quando os cuidados são por 12 horas (quer diurna ou noturna); e baixa complexidade, quando a equipe realiza apenas o procedimento (como curativos, ou medicações injetáveis ocasionais). Os turnos se iniciam às 7 horas, e a troca é periódica a cada 12 ou 24 horas. No regime de alta complexidade, o auxiliar de enfermagem só se ausenta quando seu substituto estiver presente.

O auxiliar de enfermagem de plantão deve ser um profissional selecionado e treinado, com ampla experiência em UTI ou Emergência, apto a tomar decisões rápidas, sempre orientadas pelo médico do paciente, ou pela equipe médica do hospital.

A enfermeira supervisora é a chefe direta da equipe de auxiliares de enfermagem que dá cuidados ao paciente. Ela visita periodicamente as residências, supervisionando o trabalho da equipe, conferindo estoques e registros. Realiza procedimentos mais complexos e orienta o auxiliar em dúvidas.

Os lixos especiais, chamados de perfuro-cortante (ex: agulhas, lâminas) são recolhidos em latas, para maior segurança no manuseio. O lixo derivado de cuidados simples (ex: higiene corporal, curativos) é descartado como lixo doméstico.

A alimentação do paciente é de responsabilidade da família, que deve providenciar o preparo conforme orientação do nutricionista. Não é responsabilidade do auxiliar de enfermagem o preparo de alimentos manufaturados. Apenas em casos de alimentos industrializados o preparo será feito por este.

O médico responsável pelo paciente, escolhido por este ou por sua família, visita-o periodicamente. A frequência destas visitas é estabelecida pelo convênio, baseada nas necessidades do paciente, e mediante relatório médico.

Na ocasião da alta, recolhe-se toda a estrutura no menor tempo possível, ou conforme acordo. E o médico define a medicação que deverá continuar a ser usada, e que deve ser providenciada pela família antecipadamente, evitando imprevistos.

Por questão ética e legal, o prontuário do paciente deve ser manipulado apenas pelos profissionais responsáveis por seus cuidados. Todo registro é um documento que deverá ficar sob a guarda do hospital.

A internação domiciliar não gera custos à família. Toda a medicação prescrita e materiais são fornecidos no limite de cada convênio. Para pacientes que não disponham de convênio, apresenta-se antecipadamente à família uma previsão de custo da internação domiciliar.

As empresas de Home Care brasileiras, ainda em fase de crescimento e desenvolvimento, se comunicam através dos seguintes conceitos: liderança mercadológica e melhor qualidade de vida para o paciente e sua família.

Normalmente, estas empresas fazem uso de venda pessoal, propaganda e relações públicas, para transmitir seu conceito ao público.

Como meios de comunicação, as ferramentas acima são bastante eficazes. Porém, ainda há falhas de comunicação, pois o conceito nem sempre está de acordo com o público-alvo das empresas. Ou seja, existe a necessidade de um maior estudo quanto ao verdadeiro público-alvo dos serviços de Home Care no Brasil.

As vantagens deste serviço para o paciente são inúmeras, tais como: ser tratado nas acomodações e no conforto do seu lar; ter maior privacidade; poder usar a sua própria roupa, ter maior controle e segurança física, ter maior dignidade em um ambiente que não alimenta a idéia de enfermidade; estar em um ambiente de maior socialização; poder contar com o apoio, atenção e carinho da família; alimentar-se adequadamente com alimentos preparados em sua casa, sob orientação profissional; recuperar a saúde no menor prazo possível (já foi comprovada que a recuperação, com tratamento na própria casa, é mais eficiente e mais rápida). Já para a família seria: ver, sentir e cuidar do paciente-familiar em sua casa, sem precisar se deslocar para o hospital em um curto horário predeterminado, tendo muitas vezes que pernoitar no hospital para cuidar do familiar; não gastar dinheiro e tempo com locomoção e estacionamento, sem considerar os riscos do trânsito, além da redução do estresse; melhor acompanhamento da evolução do paciente, através dos serviços prestados.

Para o convênio seria redução das despesas em, no mínimo, 30%, podendo se ampliar, de acordo com o caso e maior grau de satisfação para os seus usuários, valorizando e prestigiando o plano de saúde.

Enquanto que para o hospital há carência de leitos para todos os doentes; o hospital passa a ter prejuízos financeiros, caso o paciente permaneça internado além de um certo período quando todos os exames necessários e procedimentos já foram feitos e o paciente encontra-se estabilizado, impedindo a rotatividade de outros enfermos.

E para a equipe multidisciplinar do sistema Home Care propicia um trabalho organizado e bem planejado, que se traduz em uma visão global do paciente, algo muitas vezes impossível quando o paciente está hospitalizado; a equipe continua recebendo os seus honorários de acordo com a tabela do convênio; o paciente recebe acompanhamento do

médico responsável da empresa de Home Care, que, por sua vez, mantém o médico titular atualizado a respeito do seu paciente.

Enfim, visualizamos que em assistência semelhante a essa em discursão, não há desconforto semelhante aos que estamos habitualmente submetidos, tais como: desumanização dos serviços de saúde; ausência de vagas para internação e por sua vez a falta de profissionalismo e/ou profissionais bem capacitados.

## **REFERENCIAL METODOLÓGICO**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter exploratório que tem como objetivo esclarecer e aprofundar sobre o atendimento Home Care, levando em consideração seu surgimento, conceitos e benefícios propiciados por essa assistência.

De acordo com Costa (2000), o estudo exploratório é a investigação de uma pesquisa empírica, que tem como finalidade desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fatos ou fenômenos para a realização de uma pesquisa futura, para clarificar e/ou modificar conceitos.

O estudo foi fundamentado em uma pesquisa bibliográfica, que diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos na obra, que tem como base conduzir o leitor a determinado assunto e à produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa (FECHINI, 1993).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do levantamento bibliográfico, observa-se que ainda existem dificuldades quanto ao assunto estudado, devido à pouca explanação do tema e desconhecimento por parte da população, e até dos profissionais da área da saúde.

O Home Care traz implícito em seus serviços a humanização da assistência ao paciente, processo bastante amplo, que tem certas resistências, já que implica na mudança de comportamento dos profissionais da área da saúde, pois trata da aproximação dos profissionais da área aos pacientes, assistindo-os de maneira mais completa, considerando sua personalidade, suas emoções, crenças, etc.

Assim sendo, percebemos que mesmo com a adesão dos profissionais a esta área de atuação, e caso tenha a devida formação e capacitação voltadas ao Home Care, torna-se inviável o desenvolvimento de atividades, uma vez que se faz necessário a existência de especialistas voltados a esta área.

## ABSTRACT

Home Care is a set of hospital procedures that can be made in the house of the patient. Where the stages of the medical care, prevention, diagnosis, treatment of illnesses, and even of the procedures of whitewashing are carried through wheels. As well as in the hospital internment, in the Home Care a team formed for some professionals is involved direct and indirectly in the treatment and the care of the patient, however in the domiciliary medicine, as the family folloies more than close the process, the presence of these professionals marcante and it is consequently better used to advantage. World-wide War appeared in the United States and the Europe for return of 2<sup>a</sup>. From the decade of 1960 one became stronger and the idea of "desospitalização" was taken in consideration. Adapted the Brazilian reality for the pioneirismo of some companies, the Home Care idealizes alternative a humanizado and managed attendance with complementary to the system of effective health. Optimizing costs and resources. The domiciliary attendance acts in Brazil in average has 10 years and therefore still it meets in the period of training of matureness. The future of the Home Care is promising, therefore this service is a viable and creative alternative economically for the health attendance. This work was carried through from bibliographical research and has as objective to clarify what it comes to be the service of Home Care.

**Key Words:** Home – Care. Assistance. Domiciliary.

## REFERÊNCIAS

- BEN, Luiza Watanabe Dal. **Home Care**: assistência domiciliar. Publicação oficial bimestral do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Disponível em: [http://www.corensp.org.br/revista/ anteriores/ maio\\_junho\\_000/4.htm](http://www.corensp.org.br/revista/ anteriores/ maio_junho_000/4.htm). Acesso em: 20 maio 2005.
- COSTA, Solange Fátima Geralda et.al. **Metodologia da pesquisa**. Coletânea de termos. João FECHINI, O. **Fundamentos da metodologia**. São Paulo: Atlas, 1993.
- HISTÓRIA do Home Care. **Portal Home Care**, 2005. Disponível em: <[http://www.portalthomecare.com.br/historia\\_home\\_care.php](http://www.portalthomecare.com.br/historia_home_care.php)>. Acesso em: 12 set. 2005.
- PRONEP Biblioteca Virtual. **9 perguntas sobre Home Care**, 2001. Disponível em: <<http://www.pronep.com.br/cjp/biblio.htm#inicio>>. Acesso em: 22 maio 2005.
- RIBEIRO, Gerson da Silva et al. **Aspectos éticos, legais e disciplinares do exercício da Enfermagem no Brasil**. João Pessoa: Idéia, 2003. 154p.

SANTOS, Lana Cristina Nascimento; et al. **Home Care**: o médico em casa. Copyright©. 2003. Disponível em: <[http:// www.projetoradix.org/artigos/comsaudeV/artigos\\_2.htm](http://www.projetoradix.org/artigos/comsaudeV/artigos_2.htm)>. Acesso em: 22 maio 2005.

VANTAGENS do Home Care. **Portal Home Care**. 2005. Disponível em: <<http://www.portalhomecare.com.br/vantagens.php>>. Acesso em: 12 set. 2005.