

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

**Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente**

Dissertação de Mestrado

**ANÁLISE DESCRITIVA DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
AO PACIENTE PEDIÁTRICO “INTERNADO” NO DOMICÍLIO**

Helena Francisca Valadares Maciel

Belo Horizonte, março de 2007

Helena Francisca Valadares Maciel

**ANÁLISE DESCRITIVA DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
AO PACIENTE PEDIÁTRICO “INTERNADO” NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina.

Orientadora: Prof.a Doutora Janete Ricas

Belo Horizonte, março de 2007

M152a

Maciel, Helena Francisca Valadares.

Análise descritiva de um programa de assistência ao paciente pediátrico "internado" no domicílio [manuscrito] / Helena Francisca Valadares Maciel. – 2007.
127 f., enc. : il. color., p & b, grafs., tabs., fots.

Orientadora : Profa. Dra. Janete Ricas.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Saúde da Criança e do Adolescente.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

Bibliografia: f. 99-102.

Anexos: f. 103-127.

1. Pediatria – Teses. 2. Pacientes domiciliares – Teses. 3. Serviços hospitalares de assistência domiciliar – Teses. 4. Administração hospitalar – Teses. 5. Cuidados domiciliares de saúde – Teses. 6. Equipe de assistência ao paciente – Teses. 7. Bem-estar da criança – Teses. 8. Planos e programas de saúde – Teses. I. Ricas, Janete. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WY 115

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-reitor de Pós-graduação: Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

Vice-diretor: Tarcizo Afonso Nunes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado:

Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof. Francisco José Penna

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a Regina Lunardi Rocha

Rute Maria Velasquez Santos (Representante Discente)

Helena Francisca Valadares Maciel

**Análise Descritiva de um Programa de Assistência ao Paciente
Pediátrico “Internado” no Domicílio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina,
Belo Horizonte, Janeiro 2007.

Janete Ricas (Orientadora) – UFMG

Joaquim Antônio César Mota – UFMG

Tânia Mara Lima – UFMG

Heliane Brant Machado Freire – UFMG

Dedicatória:

Aos pacientes e familiares do
Programa CGP Domiciliar.

Agradecimentos:

À minha orientadora, Prof.a Janete,
pela disponibilidade e dedicação.
Ao Milton pelo apoio e incentivo.
A Rosane, Quequel, Mariana, Renata,
Paulo Celso e equipe do Programa
CGP Domiciliar pela colaboração.

Resumo

Este estudo descreve o desempenho de um programa de assistência domiciliar ligado a um hospital público do Estado de Minas Gerais, relativo ao período de 2001 a 2003, durante 26 meses. Foram estudados 176 pacientes, o total dos internados pelo Programa no período e suas famílias. As variáveis estudadas referem-se a condições sociais e econômicas da família e do cuidador, condições de internação do paciente, sua evolução no domicílio, procedimentos realizados e recursos utilizados. Fontes de dados: prontuários do paciente no hospital e no domicílio e documentos administrativos relativos a profissionais, alimentação, transporte, processamento de roupas e limpeza.

Resultados: O estudo evidencia a maioria absoluta das famílias em condições sócio-econômicas precárias, sendo que 35% não possuíam nenhuma renda, 55% estavam abaixo da linha de pobreza e 15% habitavam em favelas. As mães eram a maioria dos cuidadores que não tinham o ensino fundamental completo, trabalhava no lar ou como domésticas e foram considerados satisfatórios pela equipe em 93%. A idade das crianças, à internação no Hospital, variou de dois dias a 13 anos, sendo 50% abaixo de 16 meses. Cerca de 47% estavam abaixo do percentil 10 da curva do NCHS e 1/3 abaixo do percentil 3. As doenças respiratórias, leishmaniose visceral e septicemia predominaram. À internação domiciliar 99% apresentavam instabilidade clínica e alguns casos exigiam cuidados especiais (traqueostomia, gastrostomia e oxigenoterapia). Cada paciente recebeu em média 28 visitas e 50% receberam até 15. Todos receberam visita médica. O tempo de internação no domicílio variou de um a 427 dias com uma média de 36 dias por episódio. Cerca de 24% receberam procedimentos grau III de complexidade. 12% foram re-hospitalizados pertenciam, na maioria, às famílias de pior condição sócio-econômica e apresentavam condições clínicas mais desfavoráveis à internação. A mortalidade foi de 1,1%, por insuficiência respiratória. O custo do paciente-dia enquanto no hospital foi de R\$ 172,00 e no domicílio de R\$ 59,00.

Discussão: A taxa de mortalidade foi semelhante à do hospital. Pacientes instáveis e complexos foram assistidos com segurança. O custo por paciente-dia foi

significativamente mais baixo confirmando as evidências da literatura. O tempo médio de internação foi bem mais alto que o tempo médio no Hospital, no período, sugerindo maior gravidade dos pacientes, dificuldade de transferência à atenção primária de saúde e eventual resistência das famílias à alta. **Conclusões:** Essa modalidade de assistência mostrou-se viável e eficaz no CGP, mesmo em condições sócio-econômicas precárias e em situações que exigem procedimentos complexos. Os resultados apontam para menores custos e maior satisfação das famílias. Sugerem-se entretanto espaços para novos estudos comparativos com a internação convencional e aprofundamento dos estudos para tão com compartilhamento das ações entre os dois níveis de atenção à saúde.

Siglas

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CGP: Centro Geral de Pediatria

DIP: Doenças Infecto-contagiosas e parasitárias

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

GM: Gabinete do Ministro

HSPE: Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo

IAMSPE: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

IPEA: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

LILACS: Literatura Latino-americana y del Caribe en Ciencias de la Salud

MS: Ministério da Saúde

NCHS: National Center for Health Statistics

RMBH: Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAMDU: Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SUS: Sistema Único de Saúde

Índice de Tabelas

Tabela I	Distribuição de frequência dos domicílios segundo o local de residência	53
Tabela II	Distribuição de frequência dos domicílios quanto ao risco de adoecimento e morte	53
Tabela III	Distribuição de frequência das famílias segundo o número de pessoas	56
Tabela IV	Distribuição de frequência das famílias por número de cômodos no domicílio	57
Tabela V	Variação da densidade demográfica das famílias	58
Tabela VI	Distribuição de frequência das famílias por densidade demográfica.....	59
Tabela VII	Distribuição de frequência das famílias segundo a renda.....	59
Tabela VIII	Variação da renda per capita.....	60
Tabela IX	Distribuição de frequência das famílias em relação ao nível de pobreza.....	60
Tabela X	Distribuição de frequência das famílias segundo a propriedade do domicílio	61
Tabela XI	Distribuição de frequência do cuidador segundo o grau de parentesco	62
Tabela XII	Distribuição da frequência dos cuidadores por faixa etária	63
Tabela XIII	Distribuição de frequência dos cuidadores segundo o nível de escolaridade.....	64
Tabela XIV	Distribuição da frequência segundo a ocupação do cuidador.....	65
Tabela XV	Distribuição de frequência do nível de satisfação da equipe em relação ao cuidador	65
Tabela XVI	Distribuição de frequência do paciente segundo a faixa etária.....	67
Tabela XVII	Distribuição de frequência dos pacientes segundo o sexo	68
Tabela XVIII	Distribuição da frequência dos pacientes segundo o grau de nutrição	69
Tabela XIX	Distribuição de frequência dos principais agravos agudos	70
Tabela XX	Distribuição de frequência dos principais agravos crônicos.....	72
Tabela XXI	Tempo no hospital por paciente e por episódio de internação.....	73

Tabela XXII	Distribuição de frequência de visitas realizadas segundo a categoria profissional	74
Tabela XXIII	Distribuição de frequência dos pacientes segundo os tipos de visitas recebidas, por categoria profissional	75
Tabela XXIV	Distribuição de frequência do grau de complexidade dos procedimentos realizados no domicílio	78
Tabela XXV	Tempo de internação no domicílio por paciente e por episódio de internação	79
Tabela XXVI	Tempo de internação no domicílio em faixas	80
Tabela XXVII	Tempo de internação por episódio de internação domiciliar em faixas	80
Tabela XXVIII	Resumo dos resultados das análises de variância variável de interesse: tempo total de tratamento	81
Tabela XXIX	Tempo médio de internação no hospital dos pacientes com IH.....	82
Tabela XXX	Tempo médio de internação no hospital dos pacientes que passaram pelo CTI	82
Tabela XXXI	Saída final dos pacientes do Programa	83
Tabela XXXII	Saída dos pacientes dos episódios de internação no Programa.....	83
Tabela XXXIII	Distribuição da frequência dos fatores desencadeantes dos episódios de Re-internação no Hospital.....	84
Tabela XXXIV	Custo médio do paciente-dia no hospital	86
Tabela XXXV	Custo médio do episódio de internação no domicílio por paciente e por paciente-dia.....	87

Índice de Figuras

Figura 1	Paciente com pneumopatia crônica, sendo assistido pela médica do Programa.....	54
Figura 2	Fisioterapeuta, no domicílio de um paciente	55
Figura 3	Paciente com abscesso cervical, sendo assistido pela auxiliar de enfermagem	56
Figura 4	Família de paciente com mal formação laríngea, traqueostomizado, em casa de um cômodo.....	58
Figura 5	Paciente em tratamento de bronquiolite viral aguda, em procedimento de inaloterapia realizado pela mãe cuidadora	62
Figura 6	Paciente em oxigenoterapia. Família sendo treinada, ainda no Hospital, antes da transferência.....	66
Figura 7	Paciente com pneumopatia aguda em procedimento no domicílio.....	68
Figura 8	Paciente com desnutrição grave assistido, no domicílio, pelo pediatra do Programa.....	69
Figura 9	Paciente com Leishmaniose Visceral, recebendo medicação venosa, no domicílio, pela auxiliar de enfermagem	71
Figura 10	Paciente portador de pneumopatia crônica, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, sendo assistido pela fisioterapeuta, no domicílio	72
Figura 11	Um dos carros de transporte da Equipe próximo à residência de um paciente	76
Figura 12	Paciente traqueostomizado e monitorado para saturação de oxigênio, no domicílio	77
Figura 13	Paciente no domicílio, com Leishmaniose Visceral, em medicação venosa	78
Figura 14	Paciente com pneumopatia crônica e gastrostomia, na quinta internação no domicílio	96
Figura 15	O mesmo paciente no aniversário de seis anos, liberado do Programa	96

Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1.	O Hospital: Surgimento e Evolução Histórica	2
1.2.	Determinantes Atuais da Desospitalização	11
1.3.	Desospitalização: Aspectos Históricos.....	13
1.4.	Legislação Brasileira e Assistência Domiciliar.....	16
1.5.	Assistência no Domicílio: Conceitos.....	17
1.6.	A Criança na Internação Domiciliar.....	20
2.	OBJETIVOS.....	27
3.	METODOLOGIA.....	29
3.1.	Constituição da Amostra	29
3.2.	Local e Período de Coleta de Dados.....	29
3.3.	Coleta de Dados.....	39
3.4.	Processamento dos Dados	43
3.5.	Análise dos Dados	49
3.6.	Considerações Éticas	50
4.	RESULTADOS	52
4.1.	O Domicílio	52
4.2.	A Família	56
4.3.	O Cuidador	61
4.4.	O Paciente.....	67
4.5.	A Assistência no Domicílio.....	74
5.	DISCUSSÃO.....	88
6.	CONCLUSÃO.....	97
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
	ANEXOS.....	103
	Anexo 1 - Termo de Autorização e Compromisso Internação Domiciliar.....	104
	Anexo 2 - Ficha Resumo do Paciente.....	105
	Anexo 3 - Programa Rede FHEMIG Domiciliar - Ficha Social.....	107

Anexo 4 - Centro Geral de Pediatria – Fhemig - CGP Domiciliar – Psicologia – Anamnese...	109
Anexo 5 - Centro Geral de Pediatria – Autorização.....	111
Anexo 6 - CGP Domiciliar – Crachá.....	112
Anexo 7 - CGP Domiciliar – Rotina da Portaria do Complexo Cícero Ferreira.....	113
Anexo 8 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Médico.....	114
Anexo 9 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Enfermeiro.....	115
Anexo 10 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Aux.Enfermagem.....	116
Anexo 11 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Assistente Social.....	117
Anexo 12 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Fisioterapeuta.....	118
Anexo 13 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Psicólogo.....	119
Anexo 14 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Medicamentos Fornecidos.....	120
Anexo 15 - FHEMIG - Centro Geral de Pediatria - CGP Domiciliar: Medicamentos Administrados.....	121
Anexo 16 - Movimentação de Materiais.....	122
Anexo 17 - Questionário Para Identificação do Grau de Complexidade dos Procedimentos Realizados Pela Equipe Assistencial no Domicílio.....	123
Anexo 18 - Local de Residência dos Pacientes.....	124
Anexo 19 - Distribuição de frequência das famílias por renda.....	125
Anexo 20 - Distribuição de frequência dos pacientes pelas doenças.....	126

1. INTRODUÇÃO

O avanço do conhecimento desafia a sociedade a buscar sempre novas experiências, novos saberes e novas atitudes. Os hospitais estão passando por este processo. Ao mesmo tempo em que se revestem de importância cada vez maior na solução para os problemas de saúde, tornam-se eles próprios, parte destes problemas.

O desafio deste trabalho de pesquisa foi buscar conhecer um pouco mais o processo de saída do paciente infantil do hospital, sem contudo interromper a sua internação, a Hospitalização Domiciliar ou Internação Domiciliar, modalidade nova de assistência em se tratando de crianças e, principalmente, crianças instáveis.

Entretanto, para sua contextualização, foi também considerado importante o conhecimento da evolução do hospital ao longo da história.

Sabe-se que o hospital que hoje conhecemos passou por estágios distintos, tanto em sua finalidade como em sua organização.

As informações sobre a evolução do hospital vão evidenciar o substrato que propiciou o movimento da desospitalização e, especificamente, a internação domiciliar.

1.1. O Hospital: Surgimento e Evolução Histórica

Na ausência de evidências documentadas sobre práticas médicas, coube aos historiadores inferir a existência de cirurgias nos tempos pré-históricos através dos vestígios em esqueletos e seu paralelismo com procedimentos observados em culturas primitivas contemporâneas. A prática médica registrada, das mais antigas civilizações até o século XVIII, consistia de procedimentos físicos muito simples como enemas, purgas e sangrias. A possibilidade de cura estava numa aceitação miraculosa, através de divindades (PORTER 2002).

Segundo ANTUNES (1991), Heródoto, um historiador da Antiguidade, já descrevia uma forma social e urbana leiga, de atenção à doença. Nesta, a pessoa doente postava-se em praça pública e todos os passantes eram obrigados a inquirir-lhe sobre a natureza de seu desconforto com o objetivo de identificar doenças que algum conhecido ou eles próprios pudessem ter tido. Desta maneira orientariam o doente a forma como se livrar do mal que o acometia.

O Rito do Sono Sagrado era a prática no culto a Asclépio ou Esculápio durante o século VI a.C. Este culto motivou a edificação de mais de 200 templos em toda a Grécia Antiga – os Asklepieia, onde os doentes eram admitidos para a sua prática. Este rito consistia em dormir e receber, em sonho, a visita de entidades curativas, que concediam a cura diretamente ou revelava o procedimento que deveria ser executado pelo doente, em vigília, para a recuperação de sua saúde. Nesses templos, os enfermos eram os agentes de suas curas. Os sonhos eram interpretados pelos “asclepiadas”, uma espécie de sacerdote vinculado ao templo e as indicações eram seguidas à risca pelos doentes, mesmo que isso os conduzisse à morte.

Paralelamente ao desenvolvimento e multiplicação dos templos dedicados ao Rito do Sono Sagrado na Grécia Antiga existia uma medicina laica exercida pelos “médicos” da

época. Eles eram eleitos e pagos pelos cidadãos para atender os doentes que não tinham recursos financeiros. Os próprios médicos preparavam e vendiam os medicamentos de cidade em cidade.

Enquanto o culto a Asclépio se desenvolvia na Grécia Antiga, em Roma uma conjuntura sanitária tomava corpo. Consistia na obrigatoriedade da limpeza urbana, no incentivo aos banhos públicos e privados, investimento em infra-estrutura de esgotos e abastecimento de água e cremação de cadáveres. A engenharia sanitária era conhecida de outras civilizações mais antigas como Índia e Mesopotâmia, mas foram, sobretudo, os romanos que aperfeiçoaram o sistema de saneamento básico (Idem).

Outro grande feito dos romanos teria sido o investimento na agricultura como principal fonte de provisão, principalmente legumes, frutas e cereais, além do estímulo ao consumo de peixes, queijos e mel.

Enquanto os cuidados higiênicos ganhavam notoriedade, a assistência aos doentes na civilização romana tinha caráter doméstico e era atribuição do *pater familiae*. Ele presidia as cerimônias e os ritos de sua religião exercendo a função de sacerdote. Em caso de enfermidades era ele quem fazia as orações, os sacrifícios e as oferendas e aguardava o atendimento de seus pedidos pelos deuses (ANTUNES 1991).

O cidadão romano menosprezava o exercício da arte de curar. Em geral as pessoas que praticavam a cura eram estrangeiras, principalmente gregas, que eram tomadas como escravos. Quando os médicos chegaram em Roma, no século III a.C., não foram bem recebidos, mas aos poucos o prestígio da sabedoria médica foi se impondo através da prática e conseguiram cidadania romana em meados do século I a.C. (Idem).

ANTUNES (1991) evidencia em seu livro que foi nesta mesma época que apareceram, em Roma, os hospitais militares ou hospitais de campanha, o *Valetudinarium*, cuja origem deriva de *Valetudo*, sinônimo de deusa *Salus*.

Os Valetudinaria eram construídos longe dos centros urbanos, pois ficavam próximos aos muros dos acampamentos nas fronteiras. Embora sejam considerados como os precursores do Hospital do Ocidente, do ponto de vista técnico e sanitário, estes estabelecimentos não objetivavam o tratamento da população civil.

A partir da era cristã a medicina romana incorporou os conhecimentos gregos e desde então os médicos foram tendo ascensão social na medida em que os seus tratamentos se tornavam mais eficazes. Um exemplo disto foi a concessão de privilégios, dirigidos a eles pelo Imperador Adriano, em 117 d.C., como o não pagamento de impostos e a não prestação de serviço militar. No século seguinte foram construídas salas para o ensino médico e regulamentada a sua carreira e a docência .

Os templos para o culto a Asclépio foram fechados em 335 d.C. pelo Imperador Constantino para serem substituídos por Hospitais Cristãos.

Os primeiros hospitais cristãos datam do século IV d.C.. Neles o Clero era estimulado pelos concílios a investir na assistência social. Os monges cuidavam dos forasteiros, aleijados, viajantes, moribundos, pobres desamparados, leprosos e todo tipo de desvalidos. Havia repartições asilares que foram regulamentadas: *Brephotrophia* para crianças enjeitadas, *Orphanotrophia* para órfãos, *Gerontodochia* para idosos, *Ptocotrophia* para pobres e desamparados, *Xenodochia- hospitium* para os forasteiros, viajantes, *Lobotrophia* para inválidos e leprosos e *Nosocomia* para doentes em geral.

O termo “hospital” designativo das instituições de atenção aos doentes surgiu como decorrência de uma determinação do Concílio de Aachen (Aix-la-Chapelle), Alemanha, realizado em 816 d.C., sendo resultado da tradução do grego *Nosokhomeiom*. Este Concílio tornou obrigatória para os bispos em suas dioceses e para os abades em seus conventos, a construção de *hospitalis pauperum*. A palavra “hospício”, nesse período, passou a ser aplicada aos *Xenodochia*, indicando uma notável diferença na etimologia do termo e sua acepção atual (ANTUNES 1991).

Neste período os recursos eram poucos, a sabedoria era incipiente e vaga. Ao contrário da medicina grega, o cristianismo não concebia a idéia da origem natural das enfermidades e as encarava como um castigo divino.

A partir do século XI as cruzadas ajudaram a difundir o sistema hospitalar da antiguidade cristã até a Idade Média por todo o continente europeu (ANTUNES 1991).

Na Idade Média, *Nosocomia* (para doentes em geral) e *Xenodochia* (para forasteiros, viajantes) continuaram sua expansão e duas inovações importantes ocorreram. A primeira, as idéias de Santo Agostinho de Tagaste (354-430 d.C.) reconciliaram o cristianismo com a cultura clássica, unindo ciência e religião. Com o passar do tempo isso viria revolucionar o funcionamento dos hospitais cristãos. Esses hospitais, então, podiam apropriar-se dos conhecimentos traduzidos para o latim, o que possibilitou sua aplicação à prática clínica. Eram os monges e não médicos ou agentes de medicina que realizavam esta prática. A segunda, a iniciativa de São Bento de Núrsia (480-547 d.C.) de organizar uma ordem monástica, a Ordem de São Bento em 524 d.C.. Esta ordem espalhou-se por toda a Europa modificando substancialmente a relação dos clérigos com os devotos, ampliando a assistência aos doentes (Idem).

Durante toda a Idade Média partilhou-se a convicção de que a assistência espiritual era o remédio mais indicado em casos de doenças e de outros infortúnios. A caridade havia sido cultivada e estimulada pelas religiões mais difundidas na Europa: o judaísmo, o cristianismo e o islamismo. Além dos doentes, as pessoas das classes desprovidas de recursos e os viajantes passaram a reivindicar os benefícios distribuídos pelo hospital, contribuindo para a confusão etimológica entre hospital e hospitalidade.

A Irmandade do Espírito Santo, criada em 1170, representou a maior força motriz da edificação de hospitais em benefício dos carentes e dos desprovidos. Ela é apontada como tendo sido responsável pela instalação do primeiro hospital na América do Norte. Incitou os hospitais a se desvincularem das igrejas e dos claustros e assumirem um

perfil de estabelecimentos específicos para doentes, diferenciando-os funcionalmente dos antigos *Xenodochia*.

Além de corporações assistenciais, ANTUNES (1991) registra que as ordens monásticas prestaram-se ao ensino da arte e da cura e podem ser consideradas as primeiras organizações medievais de repasse institucional da sabedoria e da prática médica. No início, o ensino direcionava-se apenas aos seus próprios membros, mas a partir do século IX passou a ser oferecido ao público leigo que vinha instruir-se nos conventos. Carlos Magno, imperador dos francos, tornou os mosteiros e as catedrais responsáveis pela abertura de escolas para a formação intelectual dos jovens. Ele é reconhecido como sendo o “Patrono dos Liceus”, na França. Essas escolas nos conventos e depois as escolas catedralícias, ensinavam medicina como um ramo da *Physika* na época (aritmética, astrologia, geometria, música, mecânica e astronomia). Os ensinamentos eram voltados a noções básicas de primeiros socorros, educação médica universal e enfermagem.

Na Alta Idade Média o número de práticos não religiosos que exercitavam a arte de curar diminuiu sensivelmente. A procura dos mosteiros para a maioria dos enfermos não era apenas a melhor, mas, talvez a única opção de acesso a uma atenção especializada.

Os Hospitais Cristãos tiveram funcionamento ininterrupto do século IV (primórdios) aos séculos XII e XIII (apogeu) e, a partir de então, apresentaram rápido declínio, sendo convertidos em instituições públicas para prestação de assistência social, geridas pela iniciativa leiga, no sentido de que não era cristã.

Os leprosários medievais também tiveram um significado particularmente relevante para a história das instituições dedicadas às doenças. Em seu livro *Hospital. Instituição e História* ANTUNES refere-se a uma estimativa feita por FAXON (1943), que os leprosários chegaram a 19.000 durante todo o período medieval. Segundo ele a assistência prestada por estas casas consistia de alguns cuidados de enfermagem com

absoluta omissão de tratamento médico, em um período onde a medicina já havia sido aplicada em outros dispensários. Para ele o perfil hospitalar dos leprosários teria residido no caráter piedoso com que seus mantenedores se devotaram ao atendimento, bem como na aspiração profilática que movia o recolhimento dessa classe de doentes.

Eles cumpriram uma triste missão de vigilância sobre a vida urbana durante séculos até o final da Idade Média, quando a lepra sofreu grande declínio e foi substituída por outras epidemias como a peste bubônica, varíola, cólera e sarampo. A partir da Renascença este modelo de recolhimento tornou-se comum devido à difusão de novas endemias.

Muitos deles foram posteriormente convertidos em hospícios e hospitais regulares preservando as funções de isolamento de doentes e realização de quarentenas (ANTUNES 1991).

Como todas as doenças do período medieval a peste bubônica também foi referida como manifestação do desagrado divino ou efeito da degradação do pecado. Entretanto, naquele momento o desenvolvimento da medicina se contrapôs a essas concepções, tentando explicar os mecanismos de disseminação da doença.

Do ponto de vista historiográfico o estabelecimento dos primeiros lazaretos, casas para segregação dos doentes, antecipou em muitos anos um comportamento que viria revolucionar o funcionamento dos hospitais durante a Idade Contemporânea. O rigor que os lazaretos procuravam imprimir à realização de quarentenas já anunciava o movimento disciplinar dos procedimentos institucionais de atenção às doenças, que se generalizou a partir do século XVIII.

Eles se mantiveram em atividade ininterrupta até o final do século XIX, mesmo nos momentos em que a ameaça da peste parecia mais distante. Além de seus encargos tradicionais que eram a realização de quarentenas e o controle dos fluxos migratórios e

do comércio marítimo, os Lazaretos foram também empregados como hospitais regulares e, assim, passaram a recolher indiscriminadamente outros tipos de enfermos. Eles passaram a suprir acomodações diferenciadas para o internamento dos portadores de cada moléstia. Nessa ocasião, por influência de Tenon, fizeram-se comuns os termos Lazareto ou Pavilhão dos Variolosos, dos Pestosos, dos Leprosos, dos Amarílicos etc. Esse processo prolongou-se até o início do século XX quando, com o advento da microbiologia e de recursos terapêuticos muito mais eficazes, as atribuições clínicas dos lazaretos ultrapassaram suas funções de policiamento da vida urbana, e seu nome foi substituído, primeiro por “hospitais de isolamento”, depois por, apenas, “hospitais” (ANTUNES 1991).

Segundo Michel Foucault (1979), o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar. Nesta época o hospital não era uma instituição médica e a medicina era uma prática não hospitalar.

O caráter medieval cristão dos hospitais como entidade promotora de assistência social perdurou por quase toda a Idade Moderna, abrigando e segregando contingentes populacionais considerados perigosos ao convívio, na época: mendigos, vadios, imigrantes, loucos, portadores de doenças repulsivas ou transmissíveis. Como era de se esperar, como instrumento de contenção e supressão de fatores perturbadores da ordem pública, os próprios hospitais converteram-se em fonte de desordem e efeitos patológicos: contágios por acomodações em camas coletivas, altos índices de mortalidade, incluindo os funcionários, desordem econômica por servir de instrumento para burlar a fiscalização aduaneira e a desordem militar por permitir o internamento como subterfúgio para a deserção (ANTUNES 1991).

Até o século XVIII não era o doente que precisava ser curado, mas o pobre que estava morrendo. Este deveria ser assistido material e espiritualmente. Esta era a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente que o hospital era o morredouro e o pessoal

hospitalar não era destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir a salvação deles próprios através da caridade. Até o século XVIII o grande médico não aparecia no hospital (FOUCAULT 1979).

A transformação do hospital aconteceu, segundo Michel Foucault, não pela busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente, mas simplesmente pela anulação dos efeitos negativos que esta instituição provocava na sociedade como fonte de adoecimento e desordem econômico-social. É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que possibilitou a sua medicalização. Entretanto este poder disciplinar apenas foi confiado ao médico pela transformação do seu saber. Portanto os dois fatores foram os responsáveis pela transformação do hospital: a disciplinarização do espaço hospitalar e a transformação do saber e da prática médica.

O desenvolvimento do hospital moderno embasou-se na implementação, promoção e apoio ao desenvolvimento da medicina científica, mudando frontalmente os cuidados de saúde. O hospital que outrora se configurava como um refúgio cristão de caridade, principalmente para as populações urbanas pobres, transformou-se gradativamente em um espaço para a medicina. Todo este movimento começou em Paris no século XVIII, após a Revolução Francesa e a revolução política e tecnológica que a acompanhou. Foi então incorporada a idéia de um hospital que investigasse e tratasse a doença no lugar de um simples amparo aos doentes indigentes (PORTER 2002).

Desenvolveu-se um sistema baseado na observação, no exame físico, na anatomia patológica, na estatística e no conceito de lesão, antes considerada a causa da doença e não uma consequência. Já no século XIX as investigações passaram também aos cadáveres. Gradualmente os hospitais passaram “a ser uma instituição com alta tecnologia, onde a doença é investigada e tratada, onde se lida com os acidentes e as emergências, se efetuam procedimentos invasivos (e potencialmente perigosos)

salvadores de vidas, realizados em condições as mais seguras possível” (PORTER 2002, p 49).

PORTER descreve os hospitais também como espaços onde profissionais da saúde eram treinados. O agrupamento de pacientes em uma instituição trouxe vantagens para a classificação das doenças e a troca de saber entre colegas de diferentes competências e experiências. Também nos achados de FOUCAULT está a informação de que o hospital passou a ser um campo documental, lugar de registros, acúmulo e formação do saber e indivíduo e população simultaneamente tornaram-se seus objetos e alvos de intervenção da medicina e tecnologia hospitalar.

Entretanto algumas doenças começaram a identificarem-se como oriundas do próprio hospital e de suas práticas, muitas vezes fatais para os pacientes. A infecção hospitalar foi identificada pela primeira vez pelo obstetra húngaro Semmelweiss, em meados do século XIX, e explicada mais tarde por Pasteur. Ela motivou Lister, ainda no mesmo século, a introduzir a antisepsia que gradualmente abriu caminho à assepsia (PORTER 2002).

A incorporação tecnológica, a especialização técnica dos profissionais e o investimento na infra-estrutura necessária ao bom funcionamento constituíram-se como fatores de elevação dos custos hospitalares, abrindo espaço para a busca de alternativas menos onerosas que o hospital.

A necessidade de uma assistência mais humanizada, que considerasse a possibilidade de manutenção dos vínculos familiares durante o tratamento, foi outro fator de estímulo à procura de solução alternativa ao hospital.

1.2. Determinantes Atuais da Desospitalização

O Hospital tornou-se, no último século e principalmente nas últimas décadas, uma empresa muito complexa em função dos avanços tecnológicos e do conhecimento na área da saúde. É impossível hoje qualquer sociedade estruturar-se para a promoção do bem-estar físico, mental e social sem contar com serviços hospitalares.

Entretanto, estes mesmos avanços têm como efeitos colaterais algumas situações de risco à saúde física e mental do paciente (COTTA *et al* 2001, MENDES 2001, PORTER 2002, REHEM & TRAD 2005). Dentre elas destacam-se a ruptura do vínculo do paciente com o seu meio social, os transtornos psicológicos decorrentes de situações de estresse e o risco de adquirir infecção hospitalar.

Por outro lado, a complexidade atingida pelo hospital, seja pela tecnologia, pela especialização de profissionais ou pela infra-estrutura, elevou enormemente os custos da assistência (SPINNER *et al* 1998).

A busca de alternativas a esta modalidade assistencial passou a compor o cenário de preocupações de diversos países. Entre as numerosas iniciativas figuram a implementação do hospital-dia, a realização de cirurgia ambulatorial, a assistência de curta permanência e a hospitalização domiciliar.

A hospitalização domiciliar surgiu então, como uma alternativa promissora e tem evoluído assimetricamente no mundo, tanto em complexidade como em abrangência (COTTA *et al* 2001).

No sistema de saúde europeu, fatores como envelhecimento e elevação de custos hospitalares, são citados como motivos de sua implantação.

COTTA e colaboradores (2001) mostram que nos Estados Unidos e na França a justificativa para a hospitalização domiciliar foi aumentar a disponibilidade de leitos e incrementar a humanização na atenção ao paciente. A redução dos custos hospitalares também foi citada como outra justificativa.

Os mesmos autores destacam ainda que os tumores e as enfermidades do aparelho circulatório são as duas principais causas de hospitalização no domicílio e relatam que, na maioria dos países onde a hospitalização domiciliar foi implementada, ela se destina principalmente a pessoas idosas e a pacientes com enfermidades degenerativas que necessitam de cuidados paliativos em fase terminal.

Em um trabalho de revisão da literatura cubana e internacional, TORRE e colaboradores (1998) identificam uma série de vantagens da modalidade internação domiciliar em relação à convencional, como redução dos custos para a família e para o sistema de saúde, diminuição dos riscos de infecção hospitalar, maior racionalização do uso das estruturas hospitalares e maior estímulo a uma relação médico-paciente mais humanizada.

Outros estudos também apontam grandes vantagens desta modalidade assistencial em relação à internação hospitalar como redução do custo, humanização no tratamento, diminuição de internações e do tempo de internação e aumento da satisfação do paciente e de seus familiares (DEVELAY *et al* 1996, COTTA *et al* 2001, REHEM & TRAD 2005).

1.3. Desospitalização: Aspectos Históricos

Antes do século XX a assistência domiciliar era prestada pelos médicos em caráter individual cujo pagamento era feito pelo usuário. Ela convivia com o atendimento hospitalar no século XVIII, quando apareceram os primeiros hospitais de caráter comunitário e laico (não religioso) assumidos por entidades governamentais.

Mas o primeiro registro de desospitalização para uma assistência domiciliar organizada, ocorreu no século XIX, por intermédio de mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, a doentes pobres (MENDES 2001).

Ainda segundo MENDES a Associação de Enfermeiras Visitadoras (*Visiting Nurses Association*) em 1885, nos Estados Unidos da América, assumiu os cuidados a doentes de famílias abastadas, que pagavam taxas, e a pacientes pobres através de recursos da própria Associação.

Segundo COTTA e colaboradores (2001) e MENDES (2001) a hospitalização domiciliar propriamente dita teria sido inaugurada em 1947, no Hospital de Montefiore em Nova Iorque, Estados Unidos, como uma extensão do hospital ao domicílio do paciente – the *hospital-based home care* (assistência domiciliar baseada no hospital). O objetivo teria sido o de descongestionar as salas hospitalares e promover um ambiente mais humano e favorável à sua recuperação. Desde então apareceram múltiplas experiências na América do Norte e na Europa com estruturas e procedimentos concebidos segundo o sistema de saúde de cada país.

Atualmente, nos EUA, a indústria de *home care* continua crescendo com mais de 20.000 organizações (REHEM & TRAD 2005).

Na Europa, o Hospital de Tenon em Paris, França, foi o primeiro a implantar em 1951, uma unidade de hospitalização domiciliar. Em 1957, ainda em Paris, estabeleceu-se o *Santé Service*, uma organização não-governamental que até hoje presta assistência

sócio-sanitária no domicílio, a pacientes crônicos e terminais. Neste país, a hospitalização domiciliar foi reconhecida oficialmente como uma alternativa à internação hospitalar em 1992 (COTTA *et al* 2001).

Ainda na Europa, segundo COTTA e colaboradores, aderiram a esta modalidade o Reino Unido em 1965, Alemanha e Suécia nos anos 70 e a Itália nos anos 80.

No Canadá os serviços de hospitalização domiciliar tiveram início nos anos 60 e atendiam a pacientes cirúrgicos. Posteriormente, este modelo foi utilizado em outras experiências de atendimento a casos agudos e, principalmente, na administração e controle de antibióticos parenterais (REHEM & TRAD 2005).

Desde 1996 a Organização Mundial de Saúde, através da sua *Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud*, coordena o programa *From Hospital to Home Health Care* (do hospital à atenção à saúde no domicílio), com a finalidade de promover, padronizar e registrar de forma mais adequada esta modalidade assistencial (GLEZ, GONZALEZ & COLOMER, apud COTTA *et al* 2001).

Na América do Sul não há relato de uma organização sistêmica para a assistência no domicílio e, segundo MENDES (2001), não há registro formal da história da assistência domiciliar no Brasil. Ele tomou depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo o desenvolvimento dessa modalidade no país.

Ele relata que as primeiras atividades domiciliares de saúde desenvolvidas no Brasil teriam acontecido no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro.

Em seu livro *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*, ele relata como a primeira provável experiência de assistência domiciliar no Brasil o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU. Os trabalhadores, insatisfeitos com o atendimento de urgência vigente na época, através dos seus sindicatos, criaram este serviço em 1949, ligado ao Ministério do Trabalho. Para financiar as suas ações foi

instituído, entre 1950 e 1952, por decreto lei, uma taxa de 2% dos diversos institutos de aposentadorias e pensões. A primeira experiência foi no Rio de Janeiro e posteriormente em São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco e outros. Neste processo qualquer médico de plantão fazia saídas em ambulância para atendimento de urgência no domicílio, cuja solicitação era feita por telefone. Os pacientes previdenciários com doenças crônicas recebiam visitas domiciliares regulares por médicos.

Entretanto, a implantação da Assistência Domiciliar como atividade planejada para desospitalização iniciou-se pelo setor público, em 1967, com o serviço de assistência domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo – HSPE, que pertence ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE (MENDES 2001, REHEM & TRAD 2005). Tratava-se na época de um programa de assistência domiciliar para atendimento a pacientes com doenças crônicas, portadores de enfermidades que exigiam repouso e pessoas convalescentes de algumas doenças como neoplasias, seqüela de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, e que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros.

Embora iniciado pelo setor público, a expansão da assistência domiciliar vem ocorrendo por meio do setor privado. As experiências do setor público são incipientes e de iniciativa de gestores ou grupos profissionais de um hospital (MENDES 2001, REHEM & TRAD 2005).

Exemplo disso foi a implantação deste serviço, em alguns de seus hospitais, pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, no final de 1999. Os hospitais da Fundação que assumiram a nova modalidade assistencial foram o Hospital João XXIII, Hospital Júlia Kubtschek e o Centro Geral de Pediatria. A FHEMIG possuía uma experiência isolada para atendimento a pacientes com AIDS, vinculada a uma de suas unidades, o Hospital Eduardo de Menezes. Esta experiência surgiu da necessidade de uma assistência mais humanizada para o paciente portador desta síndrome.

1.4. Legislação Brasileira e Assistência Domiciliar

A assistência domiciliar no Brasil não apresenta uma normalização sistêmica. Há confusão de termos, carência de conceitos, muitas dúvidas sobre financiamento e gestão.

Em seu trabalho, *Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira*, REHEM & TRAD (2005) fazem uma revisão da literatura relativa ao tema, incluindo a legislação brasileira, de 1989 a 2002.

Os documentos citados por elas são os seguintes:

“1997, o Ano da Saúde no Brasil: Ações e Metas Prioritárias”, lançado pelo Ministério da Saúde em 1997. O documento, propõe ampliação da internação domiciliar à psiquiatria, pacientes idosos, diabéticos e com hipertensão arterial. Até então essa assistência era limitada à AIDS.

Em 1998 o Ministério da Saúde publicou a portaria GM / MS de número 2.416 que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS e dá um caráter de continuidade de internação hospitalar.

Em 2002 o Ministério da Saúde voltou ao tema e publicou a lei 10.424 modificando a lei 8.080 de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde - SUS. O texto não explicita os conceitos de atendimento ou internação domiciliar.

Na mesma data foi publicada a portaria SAS / MS nº 249 que estabelece a assistência domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Também vincula a assistência domiciliar a área hospitalar.

Além da legislação citada por REHEM & TRAD (2005) foram ainda encontradas:

A portaria GM / MS nº 1.531 de 2001, do Ministério da Saúde, que institui no âmbito do SUS o Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva para pacientes com Distrofia Muscular, no domicílio.

A portaria SAS nº 364 de 2001, do Ministério da Saúde, que estabelece critérios técnicos para implantação do Programa acima.

E ainda a portaria GM / MS nº 2.529 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde, que define conceitos, equipes multiprofissionais, remuneração e perfil do paciente para internação domiciliar no âmbito do SUS. Esta portaria encontra-se em discussão para possíveis modificações e implementação em Belo Horizonte. Fazem parte desta discussão representantes de instituições com experiência na área, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Hospital Sofia Feldman e a Secretaria Municipal de Saúde.

1.5. Assistência no Domicílio: Conceitos

Com o objetivo de determinar as distintas variantes que o conceito de hospitalização domiciliar vem tendo ao longo do tempo, COTTA e colaboradores (2001) fizeram uma revisão da literatura de 1995 a 2000. O estudo evidenciou que os países tiveram critérios diferentes para implantar e fazer funcionar as unidades de hospitalização domiciliar e também diferiram na indicação de internação, segundo o diagnóstico dos pacientes.

Neste estudo eles relatam que os serviços de atenção ou cuidados no domicílio diferenciam-se em dois grandes grupos: a hospitalização domiciliar e a atenção primária domiciliar.

Segundo estes autores, apesar da variedade de definições da literatura, na maioria dos estudos na Europa o conceito de hospitalização domiciliar ajusta-se melhor ao modelo prevalente na França que a considera “... uma alternativa assistencial do setor saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de dispensar um conjunto de atenções e cuidados médicos e de enfermagem de cunho hospitalar, mas todavia necessitam vigilância ativa e assistência complexa”. Neste sentido os pacientes para a hospitalização domiciliar são aqueles que, mesmo não necessitando de toda a infraestrutura hospitalar para o seu tratamento, requerem cuidados que superam a complexidade da atenção primária de saúde.

Estes autores consideram que a atenção primária domiciliar divide-se em dois modelos: o tradicional, que rege a maioria dos países, sem interação entre o hospital e a atenção primária, e o modelo de atenção compartilhada (*shared care* ou *transmural care*) que permite aliança estratégica entre os dois níveis.

De forma geral, os países seguiram o modelo francês que, investe paralelamente nas duas modalidades conhecidas de serviço de saúde no domicílio: a hospitalização domiciliar e a atenção primária no domicílio.

Segundo os autores, no Canadá, Espanha, França, Reino Unido e Suécia a hospitalização domiciliar é uma modalidade assistencial distinta da atenção primária domiciliar. Na Alemanha e nos Estados Unidos o conceito de atenção domiciliar integra as duas modalidades.

Apesar das divergências na utilização dos termos, assim como controvérsias acerca do modelo em que devem funcionar, parece haver consenso que sua função principal seria brindar o paciente em seu domicílio com cuidados médicos e de enfermagem em quantidade e qualidade iguais às do hospital.

MENDES, em seu livro *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*, faz uma tradução do termo *home care* para o português como *assistência domiciliar à saúde* e incorpora todo o conjunto de ações desenvolvido pelas instituições que promovem cuidados à saúde no domicílio. Ele relaciona estas atividades à desospitalização e exclui desta modalidade as ações domiciliares do Programa de Saúde da Família – PSF, que classifica como atenção primária.

O Grupo Hospitalar Conceição, do Rio Grande do Sul por intermédio do Programa de Assistência Domiciliar trabalha com os seguintes conceitos, segundo MENDES (2001): a) Atendimento Domiciliar - atendimento prestado no domicílio para pacientes agudamente doentes e que em função disto estejam temporariamente impossibilitados de comparecer à Unidade; b) Internação Domiciliar - atendimento no domicílio de pacientes agudamente doentes, com problema de saúde que exija uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de um acompanhamento diário pela equipe da Unidade e a família assuma uma parcela dos cuidados. Também se enquadram aqui os pacientes que receberam alta hospitalar para ser incluídos e atendidos pelo Programa; c) Acompanhamento Domiciliar - atendimento mais específico a pacientes que necessitam de contatos freqüentes e programáveis com os profissionais da equipe. São condições apropriadas para paciente portador de doença crônica que apresente dependência física, ou em fase terminal, idosos, com dificuldade de locomoção e que moram sozinhos.

O foco deste trabalho de pesquisa foi internação domiciliar que será considerada como sinônimo de hospitalização domiciliar. O termo desospitalização será utilizado, como propõe MENDES (2001), no lugar de desinstitucionalização, mais usada no Canadá e Estados Unidos mas que no Brasil tem uma conotação diferente de saída do hospital.

1.6. A Criança na Internação Domiciliar

DEVELAY e colaboradores (1996), realizaram um estudo intitulado “*Análise da Atividade da Hospitalização Pediátrica no Domicílio da Assistência Pública – Hospital de Paris*”, com o objetivo de analisar os dados sócio-demográficos e o diagnóstico das doenças que acometiam as crianças. Estudaram o local de residência, o perfil das crianças atendidas, os tipos de doenças tratadas e as condições de assistência no domicílio. Para este estudo foram escolhidas aleatoriamente 157 crianças, entre as 418 admitidas em 1991 no programa de hospitalização domiciliar pediátrico daquele hospital. Apenas um episódio de internação foi selecionado por paciente. À época do estudo 60 crianças eram acompanhadas diariamente no domicílio e 450 crianças novas eram incorporadas por ano.

Destacam o crescimento da hospitalização dentro das despesas totais de saúde entre 1970 e 1980 como a origem do interesse pelas alternativas à hospitalização e pela hospitalização no domicílio.

Os resultados mostraram que as crianças internadas eram provenientes de Paris (51%) ou de Departamentos vizinhos, sendo igual a distribuição por sexo. 50% delas tinham idade menor que seis meses. Com relação às patologias, 22% dos casos eram de neonatais, 22% de doenças respiratórias, 14% de traumatismos-intoxicações, 13% de doenças digestivas e 9% de doenças endócrinas e metabólicas. As doenças foram estratificadas, também, em agudas entre as quais metade foram acompanhamentos de recém-nascido e as crônicas que representaram 56% dos diagnósticos. A mãe foi praticamente a cuidadora responsável pela criança no domicílio em todos os casos identificados, mas exerceu os cuidados, sozinha em 59% deles. Em 60% dos casos a residência das crianças foi detalhada. Destas, 13 consistiam de acomodações precárias, como quarto de hotel, cubículos, sendo sete delas, moradias de um ou dois cômodos,

com mais de uma criança no domicílio. Das crianças destas 13 residências, três necessitaram de procedimentos pós-operatórios e três de infusão de antibióticos.

Na discussão os autores chamam a atenção para o fato de que o perfil das patologias atendidas é diferente daquele das patologias atendidas no Hospital. Ressaltam a alta percentagem de doenças crônicas assistidas e o acompanhamento de recém nascidos em outra importante fração, o que foi associado à saída precoce após o parto.

Para os autores o contexto sócio-cultural difícil de algumas crianças pode ter comprometido os cuidados com o paciente, como em casos de mães sozinhas, dificuldade de compreensão da língua, características das acomodações e ausência de telefone em algumas moradias.

Os autores ressaltam ainda a existência de associação entre a taxa de ocupação do hospital e a quantidade de indicação de hospitalização domiciliar pelos médicos, sugerindo que confrontados com uma alta taxa de ocupação os médicos poderiam impor a hospitalização domiciliar e, ao contrário, em uma taxa de ocupação baixa, poderiam reter a criança no hospital.

Este estudo evidenciou também a quase ausência de comunicação entre o médico hospitalar e o médico da assistência domiciliar.

Na Inglaterra, MEATES (1997) em seu estudo *Ambulatory pediatrics – making a difference*, chama a atenção para a redução significativa das hospitalizações quando a alta do paciente é instituída precocemente ou quando a transferência de crianças clinicamente estáveis é efetuada diretamente da sala de emergência para o domicílio. Informa também que nos serviços de neonatologia, prematuros com sonda nasogástrica, portadores de doença pulmonar crônica em oxigenoterapia e pacientes em uso de antibióticos por via endovenosa são freqüentemente tratados no domicílio.

SPINNER e colaboradores (1998) relatam estudo realizado nos Estados Unidos, que incluiu 43 crianças recém-nascidas, sendo 17 a termo e 26 prematuras, desospitalizadas diretamente de uma UTI neonatal e transferidas para o domicílio. Estas crianças precisavam de monitoramento constante, avaliação médica, assistência alimentar, pesagem, antibiótico intravenoso e suporte à família. A alta precoce não foi imposta. O pediatra neonatologista tinha em suas mãos a decisão do momento de encaminhamento do recém-nascido para a assistência no domicílio. Após a alta das crianças, as enfermeiras domiciliares ficavam disponíveis ininterruptamente para a assistência e garantiam acesso rápido ao serviço de emergência e re-hospitalização quando necessário. A enfermeira agia como um elo entre o pediatra e o paciente, assegurando o consentimento dos familiares aos cuidados, bem como facilitando o fluxo de informação do neonatologista ao paciente. A enfermeira e o neonatologista faziam busca ativa de informações, por telefone, a todas as famílias.

Na medida em que o grau de instabilidade ia ficando menor, a frequência de visitas também diminuía e os cuidados médicos eram transferidos para o pediatra da criança, se ele se sentisse confortável para atendê-la.

Das 43 crianças estudadas 13 receberam terapia antimicrobiana intravenosa em casa para septicemia presumida ou identificada e oito precisaram de oxigênio. Uma das crianças foi admitida na emergência para acesso intravenoso e quatro (9%) foram readmitidas no hospital. Destas, duas foram admitidas para procedimentos agendados de rotina, uma por piora clínica e uma por ansiedade dos pais.

Dos pais que deram resposta à pesquisa de satisfação, 89% classificaram o tratamento de suas crianças em casa como muito bom e excelente; 83% declararam estarem muito satisfeitos com a alta precoce e por terem participado do programa. Os “dias salvos” foram estimados em 456 dias de hospital, ou seja, 10,6 dias por criança. Houve uma economia de custo de 7.674 dólares por criança. Os autores concluem que o estudo

sugere que este modelo de cuidado pode reduzir o tempo de internação no hospital sem comprometer a segurança das crianças.

Em 2001, um estudo publicado na Itália por MASSIMO, analisou o tratamento domiciliar de crianças com câncer em fase terminal e o papel do cuidador destas crianças. O autor concluiu que o tratamento domiciliar pode ser uma alternativa importante para essas crianças, pois preserva o ritmo familiar e respeita as necessidades dos demais membros da família. Além disso, promove mais facilmente o ajuste familiar à doença, o diálogo da equipe de saúde com os familiares e paciente é mais efetivo e os grupos voluntários têm maior interesse em ajudar as famílias no domicílio do que no hospital.

Estudo randomizado realizado em Liverpool por BAGUST e colaboradores (2002) acompanhou três grupos de crianças: 202 crianças com dificuldade respiratória, 125 com diarreia e vômitos e 72 com febre. O objetivo era comparar os custos da hospitalização domiciliar para as famílias e para o Sistema Nacional de Saúde com o custo da internação convencional. Foram considerados para o cálculo: o trabalho realizado para assistência, alimentação, chamadas telefônicas e outros custos diretos e ainda, perdas de vencimentos por ausência do trabalho. Foi retirada do prontuário informação sobre o tempo consumido pelos cuidadores considerando a parte social, brincadeiras, conversas, jogos e cuidados físicos, como medida de temperatura, alimentação, medicação e outros.

A conclusão a que chegaram foi que o custo para as famílias foi menor quando o paciente estava em casa, diferentemente do pressuposto de que o sistema transferiria o custo para as famílias, nesta modalidade. O custo médio total da assistência não foi por eles considerado diferente nas duas modalidades, mas os autores sugerem que a otimização da hospitalização domiciliar pode gerar ganho de escala. As 40 famílias selecionadas na amostra para o estudo do grau de satisfação relataram preferir a internação domiciliar à internação convencional.

SARTAIN e colaboradores (2002), utilizaram a mesma casuística do trabalho anterior e na mesma época, com o objetivo de comparar a eficácia do tratamento no domicílio com o tratamento realizado no hospital. Foram randomizados 399 pacientes, sendo 189 da internação hospitalar e 210 do grupo domiciliar.

A análise dos dados sócio-demográficos mostrou não haver diferença significativa entre os grupos do hospital e os grupos do domicílio. Dificuldade respiratória foi o problema prevalente nos dois grupos, sendo 56% no grupo do hospital e 46% no domicílio. A diferença não foi significativa. Com relação ao tempo de internação os pacientes do domicílio tiveram um dia a mais de cuidados que os paciente da internação hospitalar.

Em 90 dias de acompanhamento, ocorreram 36 readmissões. A taxa de readmissão nos dois grupos não apresentou diferença estatística significativa sendo 10% no domicílio e 7,9% no hospital. Entretanto as razões para readmissão foram significativamente diferentes. A insuficiência respiratória foi duas vezes maior como causa de readmissão no grupo do domicílio que no grupo do hospital.

SANCHEZ e colaboradores (2002) estudaram 15 crianças com insuficiência respiratória crônica assistidas no domicílio de janeiro de 1993 a dezembro de 2000 no Serviço de Pediatria do Hospital Clínico da Pontifícia Universidade Católica do Chile. O objetivo foi descrever as características do grupo assistido.

Identificaram que a idade das crianças variou de cinco meses a 15 anos e que as enfermidades que acometiam as mesmas foram: doenças neuromuscular em seis crianças, pneumopatia crônica em quatro, traqueobroncomalácia grave em quatro e deformidade torácica em uma.

Em relação aos procedimentos, 12 demandaram traqueostomia, sendo que quatro utilizaram ventilação mecânica, oito utilizaram CPAP e três receberam ventilação nasal através de BiPAP. O tempo de internação no hospital antes da internação domiciliar foi

de dois a quatro meses e o sistema de ventilação foi implementado entre um e quatro meses a partir da internação no hospital.

O período de acompanhamento foi de três meses a oito anos. A taxa de re-internação por morbidade foi de 2,5% e por falha do sistema de 0,4%. Conseguiu-se retirar o sistema de ventilação em cinco pacientes e uma criança faleceu pela sua enfermidade.

Os autores concluem que o sistema de ventilação no domicílio para crianças com insuficiência respiratória crônica grave, no seu serviço, é uma alternativa viável à hospitalização, que apresenta poucas complicações, permite manter o paciente em sua casa e diminuir significativamente os custos de tratamento.

As evidências encontradas na literatura sobre pacientes pediátricos são poucas e, principalmente, quando se analisam crianças com doenças agudas e oriundas de populações carentes do ponto de vista sócio-econômico-cultural.

No Brasil não foram evidenciados estudos publicados em relação a crianças com doenças agudas “internadas” no domicílio.

Em Minas Gerais, a FHEMIG tem sido estimulada a investir no desenvolvimento de estratégias operacionais alternativas que promovam a otimização na alocação de recursos e o aumento da satisfação dos usuários. O Centro Geral de Pediatria – CGP, como sua unidade pediátrica, implementou o seu programa de internação no domicílio, Programa CGP Domiciliar, no ano 2000.

A implementação deste Programa partiu do pressuposto de que esta modalidade assistencial era eficaz para assistir aos pacientes que demandavam internação hospitalar, mas que não necessitavam de cuidados médicos e de enfermagem ininterruptamente nem da infra-estrutura hospitalar.

Embora seja considerado um programa eficaz no Hospital a sua eficácia não foi evidenciada cientificamente após seis anos de funcionamento.

O presente trabalho tem por finalidade estudar o Programa CGP Domiciliar do ponto de vista de seus aspectos funcionais, das características dos seus usuários, do resultado da assistência prestada, tendo como parâmetros indicadores de qualidade assistencial como tempo de internação, mortalidade e outras saídas, bem como os custos financeiros associados.

2. OBJETIVOS

Este trabalho de pesquisa teve por objetivo realizar a descrição analítica da modalidade internação domiciliar em um programa público de internação pediátrica no domicílio – Programa CGP Domiciliar.

Especificamente:

- Descrever o nível sócio-econômico das famílias dos pacientes, envolvendo a sua localização geográfica, a condição de propriedade do imóvel, a densidade demográfica do domicílio e sua renda familiar *e per capita*;
- Descrever as características dos domicílios como tipo de construção, presença de água tratada e eletricidade;
- Descrever as características do cuidador tais como a idade, o grau de parentesco, o nível de escolaridade, a profissão e sua eficiência quanto aos cuidados com o paciente aos procedimentos exigidos;
- Descrever as características do paciente ao se internar no Hospital como idade, sexo, grau de nutrição e doenças motivadoras da internação;
- Analisar a evolução destes pacientes no Hospital, relativa ao tempo de internação, tipo de agravos que os acometeram, presença de infecção hospitalar, passagem pelo CTI e complexidade dos procedimentos a que foram submetidos;

- Avaliar o processo de assistência no domicílio quanto ao tipo e número de visitas por profissionais, tempo de internação no Programa, tipos de saídas, os episódios de re-hospitalização e o grau de complexidade dos procedimentos;
- Avaliar o custo médio do paciente enquanto internado no Hospital considerando o gasto com profissionais, a alimentação do paciente e seus acompanhantes, a limpeza, e o processamento e distribuição de roupas;
- Avaliar o custo médio do paciente assistido no Programa envolvendo o gasto com transporte para o paciente e equipe e gasto com os profissionais.

3. METODOLOGIA

Trata - se de uma pesquisa descritiva que visa mostrar características dos pacientes, seus cuidadores, sua família e seu ambiente habitacional, o processo de assistência pela equipe técnica, incluindo os procedimentos realizados, tempo de internação, saídas e encaminhamentos e custos.

3.1. Constituição da Amostra

A população de estudo foram os 176 pacientes assistidos pelo Programa CGP Domiciliar de maio de 2001, quando da consolidação do Programa, a junho de 2003, quando as suas atividades foram temporariamente reduzidas em função da saída de alguns membros da equipe. Todos os pacientes assistidos no período constituíram a amostra.

3.2. Local e Período de Coleta de Dados

O período de coleta de dados foram os anos de 2004, 2005 e 2006. O local de realização do estudo foi o Centro Geral de Pediatria da Rede FHEMIG e seu Programa de Assistência no Domicílio – Programa CGP Domiciliar, apresentados a seguir:

3.2.1. Centro Geral de Pediatria

O Centro Geral de Pediatria – CGP - é um hospital público da administração indireta da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG.

A FHEMIG é composta de 20 unidades assistenciais de saúde distribuídas no Estado, consideradas importantes centros hospitalares para urgência e emergência em Minas Gerais. O Centro Geral de Pediatria é o único hospital público do Estado que se dedica exclusivamente ao atendimento infantil e constitui-se como referência em doenças infecto-contagiosas e doenças complexas para as macro-regiões do Estado. Na micro-região de Belo Horizonte é também um importante Centro de Urgência e Emergência em pediatria geral e especialidades pediátricas.

Sua capacidade operacional para internação é de 186 leitos, sendo 15 de UTI pediátrica. A estrutura ambulatorial comporta o atendimento de 400 pacientes ao dia. Promove assistência domiciliar a cerca de 33 pacientes-dia internados em seus domicílios.

A sua clientela é universal, de zero a 12 anos, mas, historicamente, a sua população usuária é constituída pela população menos favorecida em termos sociais, econômicos e culturais, oriunda principalmente de Belo Horizonte (58%) e outros municípios da região metropolitana de BH.

Atende a quase 100 mil consultas por ano, em urgências e emergências clínicas de causas naturais, em pediatria geral e em doenças infecto-contagiosas e a cerca de 12.000 consultas em especialidade pediátricas como neurologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, dermatologia, nefrologia, nutrição e outras. Pelas suas clínicas de internação passam, por ano, cerca de 9.000 pacientes.

Os indicadores de qualidade evidenciam uma mortalidade institucional abaixo de 1%, taxa de ocupação acima de 85% e tempo médio de permanência de menos de cinco dias.

O CGP é responsável por vários Programas Especiais do Governo na área infantil, como Fibrose Cística, Tuberculose, AIDS, Anemia Falciforme e os programas de assistência no domicílio para os pacientes liberados precocemente da internação: o CGP Domiciliar, para as crianças em geral, o VENT-LAR CGP, para pacientes com doenças degenerativas neuromusculares e assistência às crianças com Fibrose Cística.

Constituiu-se como Centro de Ensino e Pesquisa, tendo sido credenciado como Hospital de Ensino em 2005, pelos Ministérios da Saúde e da Educação. É sede da Residência Médica de Pediatria da FHEMIG, contando com 39 residentes bolsistas entre R1, R2 e R3. Instituiu-se como cenário de prática para ensino formal de graduação em medicina, psicologia, fisioterapia, assistência social, enfermagem e outros campos na área da saúde. Oferece, também, educação continuada e desenvolve atividades de pesquisa.

O CGP organiza-se para a assistência ambulatorial e de internação aos seus usuários da seguinte forma:

- Ambulatório de Urgência e Emergência em clínica pediátrica de causas naturais, sendo as mais frequentes as insuficiências respiratórias por pneumonia, bronquiolite e asma brônquica, distúrbios hidroeletrólíticos por vômitos e diarreia, convulsões de diversas etiologias, cetoacidose diabética e outros;
- Ambulatório de Urgência e Emergência em doenças infecto-contagiosas e parasitárias cuja finalidade é a assistência aos pacientes com meningite, hepatite, AIDS, doenças exantemáticas, leishmaniose e outras;
- Ambulatório de Consultas Programadas em especialidades pediátricas como neurologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, dermatologia e outras e doenças complexas tais como fibrose cística, mucopolissacaridose, drepanocitose, distrofia muscular e outras;

- Clínica de Internação de Curto Prazo para apoio aos ambulatórios, aos serviços diagnóstico e aos serviços de assistência no domicílio cujo objetivo é a observação clínica ou estabilização dos pacientes para alta ou internação em outras clínicas do CGP ou em outros hospitais da rede SUS;
- Clínica de Internação em Pediatria Geral e em Doenças Infecto-contagiosas e parasitárias;
- Clínica de Internação Pós-trauma em apoio ao Ambulatório de Trauma do Hospital João XXIII., também da rede FHEMIG.
- UTI Pediátrica.
- Serviços de Internação Domiciliar:
 - a) CGP Domiciliar que recebe os pacientes com doenças diversas oriundos das clínicas de internação do CGP (objeto desta pesquisa);
 - b) VENT-LAR CGP cuja finalidade é assistir às crianças com doenças degenerativas neuromusculares em ventilação mecânica, no domicílio e
 - c) Programa Fibrose Cística no Domicílio.
- Serviços Diagnósticos em patologia clínica, notadamente microbiologia, em radiologia, endoscopia, laboratório de pneumologia e métodos gráficos;
- Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos em assistência social, nutrição, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia e
- Serviços Administrativos.

3.2.2. Programa CGP Domiciliar

Este Programa foi implementado no CGP em março de 2000 e estruturou-se tendo como fatores desencadeantes a demanda por uma assistência mais humanizada, os riscos apresentados pela permanência do paciente no hospital, a freqüente demanda por novos leitos hospitalares e a limitação de recursos orçamentários.

O Programa teve como objetivos principais, aprimorar a humanização no processo assistencial visando à redução do tempo de internação hospitalar e do tempo de segregação do paciente do seu convívio social. Adicionalmente objetivava otimizar o uso dos leitos e redução do custo assistencial.

3.2.2.1. Critérios de inclusão

Para que o paciente seja admitido no Programa alguns critérios são exigidos:

- estar internado no Centro Geral de Pediatria;
- residir na Região Metropolitana de Belo Horizonte;
- apresentar quadro clínico que requeira cuidados e ou observações freqüentes, mas não constantes, por médicos e enfermeiros;
- ter um cuidador consciente e capacitado e
- ter o Termo de Autorização e Compromisso acordado e assinado pelo responsável.

3.2.2.2. Critérios de saída programada

São diversas as formas de saída do Programa:

- alta por estabilidade clínica do paciente compatível com atendimento ambulatorial;
- re-internação hospitalar:
 - agravamento do quadro clínico com necessidade de cuidados e observação por profissionais da saúde de forma ininterrupta;
 - procedimentos que demandem infra - estrutura hospitalar;
 - inabilidade ou outras limitações do cuidador sem possibilidade de substituição;
 - manifestação, pelo responsável, do desejo de interrupção da assistência no domicílio;
 - defeito em equipamentos sem possibilidade de substituição imediata;
 - mudança da família para área não coberta pelo Programa;
 - riscos de acidente no domicílio ocasionados por fatores externos (enchentes, incêndios, desmoronamento e outros);
- transferência: em caso de mudança para áreas não cobertas pelo Programa e que contam com equipe de assistência capacitada.

Se o responsável pela criança resolver abandonar o Programa e recusar a re-hospitalização, o Conselho Tutelar será notificado para tomar as medidas cabíveis.

3.2.2.3. Composição da equipe

A equipe é composta por dois médicos pediatras, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, uma assistente social, um fisioterapeuta e um psicólogo.

3.2.2.4. Infra-estrutura

Os pacientes do Programa contam com Ambulatório de Urgência e Emergência, estrutura de Internação e exames complementares de forma ininterrupta no Centro Geral de Pediatria onde se constitui como cliente preferencial. Conta ainda com Ambulatório de Consultas Programadas.

O Programa dispõe de três carros fixos com motoristas para transporte da equipe e material e uma ambulância para transporte de pacientes, compartilhada com outros serviços do CGP. Conta ainda com alguns equipamentos como cilindros e aparelhos geradores de oxigênio, aspiradores portáteis, oxímetros de pulso, inaladores e outros compartilhados com o Hospital. Há um telefone móvel para contato do cuidador do paciente com a equipe e *vice-versa*.

3.2.2.5. Dinâmica de funcionamento

Para que o paciente possa ser encaminhado ao Programa alguns procedimentos são realizados:

- a equipe que assiste à criança no Hospital solicita a inclusão do paciente no Programa através de formulário específico para esta finalidade;
- o médico e o enfermeiro do Programa discutem com a equipe solicitante as condições clínicas do paciente e procedem em seguida ao exame clínico do mesmo para diagnóstico da situação e das necessidades de cuidados e procedimentos;
- se as condições são favoráveis, o familiar responsável pelo paciente é informado sobre o Programa e arguido sobre o ambiente familiar, o possível cuidador e sua capacidade para assumir a função, incluindo a capacitação técnica para o caso;

- preenchidos os critérios médicos de admissão, o psicólogo realiza a entrevista inicial com o responsável e, quando possível, com o paciente. Reitera as informações sobre o Programa e emite seu parecer técnico quanto à possibilidade da admissão;
- o assistente social, através de entrevista e visita domiciliar, realiza o diagnóstico social da família identificando fatores positivos e negativos para a internação;
- o enfermeiro, na primeira visita, avalia as condições do domicílio identificando os fatores positivos e negativos para os cuidados técnicos. Estas informações não têm caráter excludente;
- o fisioterapeuta avalia o caso, se solicitado, e emite o parecer técnico;
- a equipe reúne-se para fechamento do diagnóstico situacional e definição quanto à admissão do paciente no Programa;
- o parecer final é comunicado aos familiares e à equipe do Hospital. Se desfavorável, a discussão encerra-se transitoriamente. Se favorável, a equipe elabora o Plano Assistencial contendo os seguintes tópicos:
 - nome do cuidador no domicílio;
 - morbidades e co-morbidades do paciente;
 - procedimentos a serem realizados no domicílio;
 - definição de recursos materiais necessários;
 - estratégias para disponibilizar estes recursos;

- definição da equipe assistencial;
 - programação das visitas com data e hora de saída.
-
- o prontuário do paciente no Programa, a ser utilizado pela equipe e o prontuário para o cuidador são montados conforme instrução de trabalho específica;
 - a admissão do paciente no Programa é informada à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - o responsável pelo paciente é informado das decisões, recebe orientação sobre o Programa e confirma a sua participação. A ele é solicitada a leitura atenta do “Termo de Autorização e Compromisso” para admissão e assinatura do mesmo;
 - o médico do Programa elabora a prescrição a partir do “Sumário de Alta” do hospital e a encaminha para a farmácia e
 - o enfermeiro providencia todo o material médico-hospitalar que será utilizado no domicílio.

Uma vez realizados os procedimentos para a desospitalização do paciente ele é transportado ao domicílio pela ambulância do Hospital. Um profissional da equipe, geralmente o auxiliar de enfermagem, acompanha o paciente e seu responsável até o domicílio onde realiza as seguintes atividades:

- entrega ao cuidador o prontuário domiciliar, o crachá de identificação no Programa e os medicamentos e materiais médico-hospitalares programados para a assistência;
- acomoda o paciente no domicílio, realiza os procedimentos assistenciais;

- certifica-se de que o cuidador esteja bem orientado quanto aos procedimentos a serem realizados e possua as informações necessárias para contato com a equipe e para a procura do hospital em caso de emergência.

Após a instalação do paciente no domicílio a equipe executa o plano assistencial conforme as atribuições delegadas a cada profissional. A primeira visita após a saída do hospital conta obrigatoriamente com a presença de um médico.

A equipe faz o registro dos procedimentos, evolução e prescrição no prontuário do Programa e, no prontuário do cuidador, registra os dados essenciais para que o mesmo possa executar as suas atividades e ficar munido de informações essenciais para um eventual atendimento de emergência.

O cuidador anota, em seu prontuário, os procedimentos realizados e os dados relevantes sobre a evolução da criança como subsídio ao monitoramento do processo assistencial pela equipe.

A execução do Plano Assistencial é avaliada através de reuniões periódicas e a avaliação é registrada em relatório no prontuário do paciente.

Além das atividades realizadas no hospital a equipe realiza assistência programada no domicílio de segunda a sexta-feira, de 07:00 a 19:00 horas e aos sábados, domingos e feriados, em situações emergenciais. O número de visitas para o paciente depende de sua condição clínica. A qualquer hora a família está autorizada a contatar a equipe do Programa.

Os impressos utilizados pelo Programa estão evidenciados nos Anexos de 01 a 16 deste trabalho.

3.3. Coleta de Dados

A coleta de dados teve início em um processo de seleção de documentos oficiais do CGP que se constituíram como as fontes de dados necessários à realização dos objetivos desta pesquisa e teve prosseguimento com a elaboração de protocolos para o registro dos mesmos.

3.3.1. Fontes

Os documentos utilizados como fontes de dados foram:

- prontuários hospitalares dos pacientes do Programa quando internados no CGP;
- prontuários específicos de assistência aos pacientes no domicílio;
- registros dos setores de transporte da Administração Central da FHEMIG e do Centro Geral de Pediatria relativos à distância percorrida e horas de profissionais para o transporte de pacientes e equipe;
- escalas de serviços dos profissionais que prestaram assistência direta aos pacientes nos setores de internação do Hospital: Doenças Infecto-contagiosas e Parasitárias, Pediatria Geral e do CTI, no período de estudo;
- escalas de serviços dos profissionais que prestaram assistência no domicílio, no mesmo período;
- escalas de serviços dos profissionais da limpeza, no mesmo período;
- registro de consumo de material de limpeza do Setor de Almoxarifado do CGP, no período de estudo;

- fichas de diagnóstico, boletins estatísticos mensais do CGP, especificamente, as planilhas dos setores envolvidos no estudo, que continham resultados referentes a pacientes-dia, alimentação dos pacientes e roupas processadas;
- registro de contas hospitalares, do Setor de Faturamento, contendo dados relativos à alimentação para acompanhantes;

Foram consultados ainda os seguintes documentos do CGP, referentes ao mês de março de 2006, objetivando a atualização dos valores financeiros consumidos no processo de assistência:

- nota de empenho do pagamento de profissionais de limpeza liquidada pelo Setor de Orçamento e Finanças;
- registro de folha de pagamento;
- registro de custos de alimentação, processamento de roupas e material de consumo para limpeza;

Para a pesquisa bibliográfica foram consultadas as bases de dados MEDLINE (produzida pela *National Library of Medicine* de Estados Unidos), LILACS (*Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) com as palavras chaves: internação domiciliar, *home care*, internação domiciliar criança, assistência domiciliar, atenção domiciliar, custo assistencial, custo hospitalar, história do hospital e hospital e suas traduções em inglês, francês, espanhol e italiano.

Foram, também, realizadas consultas a livrarias técnicas para identificação de livros nesta área.

3.3.2. Instrumentos e procedimento para coleta de dados

Todo o levantamento dos dados foi realizado pela autora da pesquisa e foram utilizados os programas SPSS e Excel para elaboração das planilhas de dados.

3.3.3. Dados

Foram coletados os seguintes dados relativos aos pacientes: data de nascimento, sexo, procedência, data de internação no CGP, morbidade que motivou a internação hospitalar, co-morbidades, peso ao ser internado no Hospital, local de internação no CGP, presença de internação no CTI, data de entrada e saída do CTI, data de saída do CGP, tipo de procedimentos realizados no hospital e no domicílio, presença de infecção hospitalar durante a internação, tipo e quantidade de alimentação recebida, número e data de re-internações no CGP após a saída para o domicílio, número e data de re-internações no CGP após a alta do Programa.

Os dados coletados relativos ao cuidador foram: parentesco, idade, escolaridade, profissão e avaliação da eficiência pela equipe.

Em relação à família do paciente, os dados coletados foram: renda familiar proveniente de salário e / ou benefício, tipo de ajuda quando a renda era zero e o número de pessoas no domicílio.

Quanto à moradia, foram coletadas informações sobre o tipo de construção, número de cômodos, presença de água tratada, presença de eletricidade, localização de acordo com o risco de violência e condição de posse.

Em relação ao transporte foram identificados a distância percorrida para deslocamento do paciente e equipe e o tempo gasto pelos motoristas.

Dos profissionais da assistência direta no domicílio os seguintes dados foram levantados: número de visitas de cada profissional, tipo e quantidade de alimentação recebida e vencimentos salariais.

Dos profissionais da assistência direta no hospital, nos setores de internação, foram levantados os seguintes dados: tipo e quantidade de alimentação recebida e vencimentos salariais.

Dos acompanhantes dos pacientes no hospital foram levantados os dados relativos à alimentação.

3.4. Processamento dos Dados

O processamento dos dados foi realizado através do programa SPSS para a caracterização dos pacientes, cuidadores, famílias e ambientes habitacionais e para a identificação dos resultados do processo assistencial.

Para identificação dos custos foram utilizadas planilhas do programa Excel.

3.4.1. *Categorização de variáveis*

As variáveis estudadas foram agrupadas em temas: domicílio, família, cuidador, pacientes recebidos no Programa e assistência no domicílio. Cada tema teve suas variáveis categorizadas quando necessário da seguinte forma:

3.4.1.1. Do domicílio

Os endereços dos domicílios onde se prestou assistência foram agrupados segundo a frequência em: Belo Horizonte, Ribeirão da Neves, Santa Luzia, Sabará, Contagem e outros municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte.

A localização quanto ao risco de adoecimento ou morte por agravos foi classificada segundo a definição de CARVALHO, CRUZ & NOBRE (1997) em: favela e área normal.

3.4.1.2. Da família

O número de pessoas nas famílias agrupou-se da seguinte forma, segundo critério do pesquisador: até cinco pessoas, de seis a oito pessoas e acima de nove pessoas e a densidade demográfica em menos de um e de um ou mais habitantes por cômodo.

A renda familiar foi traduzida em salários mínimos da época do atendimento e agrupada nas seguintes faixas: zero, até um, mais de um a dois, mais de dois a três, mais de três e renda incerta.

A renda *per capita* foi classificada segundo o IPEA, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, em: abaixo da linha de pobreza (menor que 0,25 s.m *per capita*), na faixa de pobreza (de 0,25 s.m a < 0,50 s.m) e acima da linha de pobreza (de 0,50 s.m em diante).

A propriedade do imóvel foi classificada segundo critérios do IBGE em: própria, alugada, cedida e compartilhada.

3.4.1.3. Do cuidador

Os cuidadores foram listados segundo o grau de parentesco e no final agrupados como: mãe, avó, instituição e outros.

A idade do cuidador foi agrupada em faixas preconizadas pelo IBGE para levantamento e agrupada posteriormente, em função da casuística, da seguinte forma: de 15 a 17 anos, 18 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos e 50 ou mais.

A escolaridade do cuidador foi agrupada em sete faixas: analfabeto, de 1^a a 4^a série do ensino fundamental, 5^a a 7^a série do ensino fundamental, fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo.

A ocupação do cuidador foi categorizada como remunerada e não remunerada em primeiro nível e em segundo nível a não remunerada foi estratificada em do lar e estudante e as remuneradas foram classificadas em empregada doméstica, auxiliar de serviço, balconista e outras, tendo como critério a frequência de aparecimento.

A eficiência do cuidador segundo avaliação da equipe, foi classificada em duas categorias: satisfatório e insatisfatório. O insatisfatório foi estratificado em inabilidade técnica, negligência, insalubridade e não adesão ao Programa.

3.4.1.4. Do paciente recebido no Programa

A idade do paciente foi agrupada em faixas segundo o IBGE em um primeiro nível e, posteriormente foram agrupadas em até 28 dias, de 29 dias a três meses, de três meses a um ano, de um a três anos, de três a cinco anos, de cinco a oito anos, de oito a 12 anos e maior que 12 anos.

O estado de nutrição dos pacientes foi classificado, tendo o peso à internação como indicador, segundo o NCHS (*National Center for Health Statistics* de 2000, do CDC de Atlanta, EUA) e agrupado no final em percentil < 3, de 3 a 10, de 10 a 25, de 25 a 50 e 50 ou mais.

As doenças foram agrupadas pelo aparelho acometido segundo o Código Internacional de Doenças, CID- 10.

3.4.1.5. Do resultado da assistência

As visitas aos pacientes foram classificadas segundo o número de visitas realizadas por categoria profissional e segundo as visitas recebidas pelo paciente.

O tempo de internação foi classificado por paciente e por episódio em mínimo, máximo, médio e mediana, e agrupados em faixas de um a sete dias, de oito a 14 dias, de 15 a 30 dias, de 30 a 90 dias e acima de 90 dias.

O tipo de saída foi classificado como: alta, óbito, transferência, re-internação e evasão. As re-internações foram classificadas pelos seus motivos: piora clínica do paciente, inabilidade ou insalubridade do cuidador e defeito nos equipamentos.

O custo do paciente no domicílio foi classificado em custo médio por paciente e por paciente dia.

Para a classificação do grau de complexidade dos procedimentos envolvidos na assistência ao paciente no domicílio, foi elaborado um questionário pela autora da pesquisa e aplicado aos profissionais envolvidos com a assistência domiciliar. Este instrumento está evidenciado no anexo 17.

Da análise do resultado foi feita uma classificação para o grau de complexidade dos procedimentos que, em sentido crescente de complexidade, variou de grau I a grau IV, como ilustra o Quadro I. Esta mesma classificação foi utilizada para os pacientes no período de internação hospitalar.

Quadro I - Classificação dos Procedimentos Assistenciais no Domicílio por Grau de Complexidade

Procedimentos	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
Inaloterapia	X			
Medicação via oral	X			
Medicação intramuscular		X		
Dieta por sonda nasogástrica		X		
Curativo		X		
Medida de volume urinário		X		
Cuidado com traqueostomia			X	
Medicação venosa			X	
Oxigenoterapia			X	
Cuidado com gastrostomia			X	
Balanço hídrico			X	
Ventilação Mecânica				X

3.4.2. *Cálculo de custos*

Medicamentos, material médico-hospitalar, exames realizados e interconsultas não foram incluídos, pela pressuposição de que não sofressem variação nas duas modalidades.

Também não foram incluídas as variáveis que não se vinculavam diretamente à assistência como profissionais da área administrativa, telefonia, eletricidade e outros, por constituírem infra-estrutura fixa independente da assistência domiciliar.

3.4.2.1. Cálculo do custo médio do paciente e paciente-dia no domicílio

Para o cálculo do custo do paciente no período em que esteve internado no domicílio foram utilizadas as variáveis: vencimentos salariais dos profissionais, alimentação dos mesmos e transporte para paciente e equipe.

Para o cálculo do *custo médio por paciente* assistido no domicílio os valores foram atualizados para março de 2006. O valor de cada variável foi dividido pelo número de pacientes para identificação do custo médio do paciente, por variável. O somatório do custo médio de todas as variáveis, por paciente, foi o custo médio do paciente.

O *custo médio por paciente-dia* foi resultante da divisão dos valores atualizados para cada variável pelo número total de dias de internação no domicílio. Cada variável apresentou um custo médio por paciente dia. O resultado do somatório dos custos médios de todas as variáveis por paciente dia foi o custo médio por paciente dia no domicílio.

3.4.2.2. Cálculo do custo médio do paciente e paciente-dia no hospital

Para o cálculo do custo do paciente no período em que esteve no hospital foram utilizadas as variáveis: vencimentos salariais dos profissionais da assistência direta, alimentação dos mesmos, alimentação dos pacientes e dos acompanhantes, quantidade

de roupas processada e distribuída, materiais e vencimentos dos profissionais da limpeza.

Para o cálculo do *custo médio por paciente* assistido no hospital os valores de cada variável foram atualizados para março de 2006. O valor de cada variável foi dividido pelo número de pacientes para identificação do custo médio do paciente por variável. O somatório dos custos médios de todas as variáveis por paciente foi o custo médio do paciente.

Para o custo médio por episódio de internação ao invés da divisão por número de pacientes foi feita divisão por número de episódios de internação.

O *custo médio por paciente-dia* foi resultante da divisão dos valores atualizados para cada variável pelo número total de dias de internação no hospital. Cada variável apresentou um custo médio por paciente-dia. O resultado do somatório dos custos médios de todas as variáveis por paciente dia foi o custo médio por paciente-dia no hospital.

Para o custo da assistência hospitalar foi identificado ainda o custo médio por paciente-dia e por paciente, em cada setor de internação.

3.4.3. Cálculo da renda familiar

A renda familiar foi calculada considerando os salários e os benefícios recebidos pelas famílias e transformados em salários mínimos da época. A renda *per capita* foi calculada dividindo-se o montante financeiro recebido pela família pelo número de moradores.

3.5. Análise dos Dados

Os dados foram analisados tendo os objetivos como norteadores gerais. Tomaram-se como parâmetros indicadores encontrados na literatura científica sobre o tema.

Na medida em que alguns resultados se destacavam, pela frequência ou pela característica, novas análises eram realizadas com o objetivo de identificar associações relevantes com alguma variável. Com este objetivo foram feitas análises de variância do tempo de internação que foi considerado alto para os parâmetros do hospital, em relação a todas as variáveis, para detecção daquelas que pudessem explicar o resultado.

Da mesma forma, as re-internações, também consideradas frequentes, foram submetidas a um estudo detalhado objetivando identificar as características dos pacientes re-internados, de seus cuidadores, os motivos da re-internação, para se chegar às variáveis que pudessem explicar o fenômeno.

Os cuidadores dos pacientes que foram considerados insatisfatórios foram analisados na tentativa de identificação de alguma característica que pudesse ter influenciado os resultados.

A análise estatística contou com um profissional técnico da área.

3.6. Considerações Éticas

O comportamento ético nesta pesquisa foi garantido durante todo o processo desde a elaboração do projeto até a finalização dos resultados.

Antes mesmo deste projeto de pesquisa, no ato da inclusão do paciente no Programa CGP Domiciliar, o responsável pela criança foi orientado sobre a situação clínica da mesma, o plano de tratamento no domicílio, a proposta do Programa e lhe foi dada possibilidade de emitir sua opinião sobre o interesse em participar do mesmo. Ao se tomar a decisão de inclusão do paciente no Programa, seu responsável assinou um termo de compromisso, após esclarecimento do mesmo por um membro da equipe. Foi dada a alternativa de saída do Programa em qualquer fase do processo de assistência sem que houvesse nenhum comprometimento do atendimento da criança ou perda de quaisquer direitos.

O cuidador escolhido recebeu todas as informações e treinamentos necessários para capacitá-lo à nova atividade.

Os dados dos documentos do CGP Domiciliar, fonte básica para a pesquisa, foram registrados por uma equipe multidisciplinar em que alguns profissionais participaram da elaboração e da implementação do Programa. São pessoas capacitadas para exercer as suas atividades e, para a sua admissão, foram utilizados critérios que incluem a confiabilidade na execução das tarefas. Os dados foram avaliados e ajustados. Portanto, todos os registros feitos por esta equipe, têm qualidade comprovada.

Embora os dados registrados no prontuário sejam de livre acesso pelo corpo de funcionários, foram feitas reuniões com a equipe do CGP Domiciliar para a apresentação e consentimento de realização da pesquisa.

Foi garantido o sigilo profissional. Para tanto foram utilizados números em substituição aos nomes. Nenhum dado que exponha a julgamentos, atitudes do paciente, seus familiares e profissionais da saúde será divulgado fora dos preceitos éticos.

A apresentação de todas as fotos que compuseram esta dissertação foi previamente autorizada pelos responsáveis.

Este projeto foi aprovado pela a Comissão de Ética e Pesquisa da UFMG e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG.

4. RESULTADOS

Para facilitar a compreensão dos resultados optou – se por apresentá-los em uma seqüência de situações desde a descrição da família, seu contexto sócio-econômico, o cuidador, o paciente recebido no Programa e por fim os resultados da assistência a este paciente.

4.1. O Domicílio

Todas os domicílios dos pacientes estavam na Região Metropolitana de Belo Horizonte - RMBH, pois este é um dos critérios de inclusão no Programa e 58% em Belo Horizonte. Dos outros municípios da RMBH, Ribeirão das Neves foi o município com mais domicílios, quase 15% (ver Tabela I). O Anexo 18 detalha as regionais de Belo Horizonte.

Tabela I - Distribuição de freqüência dos domicílios segundo o local de residência

Municípios	n	%
Belo Horizonte	102	58,0
Ribeirão das Neves	26	14,8
Santa Luzia	12	6,8
Sabará	12	6,8
Contagem	10	5,7
RMBH – Outros	14	8,0
Total	176	100,0

Das 163 residências classificadas segundo o risco de moradia 85% estavam localizadas em áreas normais. Os outros 15% estavam dentro de favelas (Ver Tabela II e Figuras 1 e 2).

Tabela II -Distribuição de freqüência dos domicílios quanto ao risco de adoecimento e morte

Classificação	n	%
Normal	139	85,28
Favela	24	14,72
Total	163	100,00



Figura 1 - Paciente com pneumopatia crônica, sendo assistido pela médica do Programa

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

Cerca de 99% das residências eram de alvenaria, entretanto muitas delas não possuíam acabamento (ver Figuras 2 e 3). Cerca de 96% eram abastecidas por água tratada e 100% possuíam eletricidade

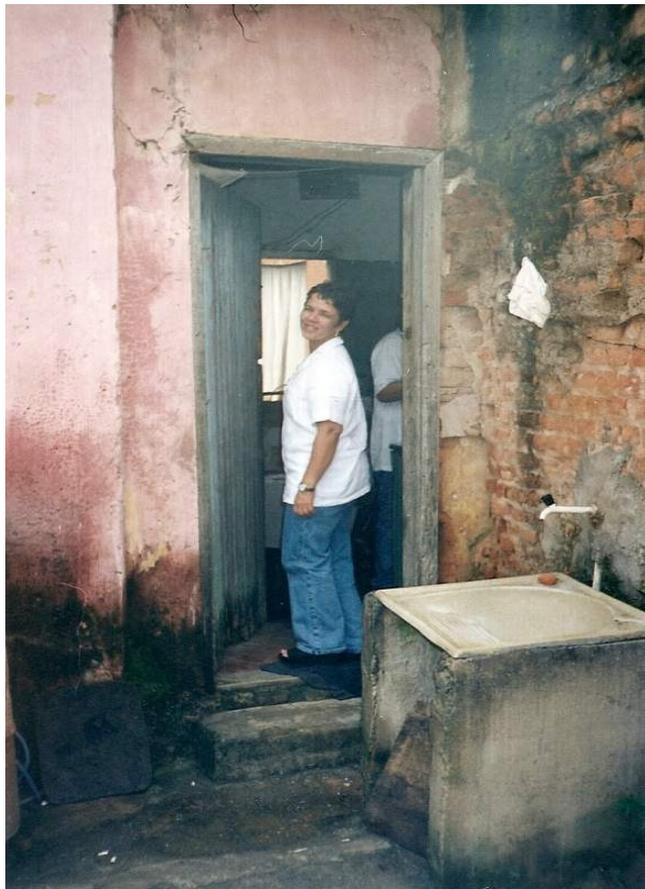


Figura 2 - Fisioterapeuta, no domicílio de um paciente

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

4.2. A Família

Para o estudo do número de moradores nas residências os dados eram conhecidos para 168 famílias. O número variou de dois a 13, sendo 66% das famílias constituídas de até cinco pessoas. (ver Tabela III)

Tabela III - Distribuição de freqüência das famílias segundo o número de pessoas

Nº de pessoas no domicílio	n	%
Até 5 pessoas	111	66,08
6 a 8 pessoas	41	24,40
9 e mais	16	9,52
Total	168	100,00



Figura 3 - Paciente com abscesso cervical, sendo assistido pela auxiliar de enfermagem

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

Quanto ao número de cômodos conheciam-se os dados de 160 famílias e a variação foi de um a 13. A maior concentração das famílias estava em casas de quatro cômodos, 22,50%. Vivendo em um único cômodo estavam 12,50% das famílias e em dois cômodos, 15% (ver Tabela IV e Figura 4).

Tabela IV -Distribuição de freqüência das famílias por número de cômodos no domicílio

Nº de cômodos	%
1	12,50
2	15,00
3	10,60
4	22,50
5	18,10
6	10,00
7 a 13	11,30



**Figura 4 - Família de paciente com mal formação laríngea,
traqueostomizado, em casa de um cômodo**

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

A densidade demográfica das moradias variou de 0,38 a oito habitantes por cômodo e 50% dos domicílios apresentavam densidade de até 1,33 (ver tabela V).

**Tabela V -Variação da densidade
demográfica das famílias**

Categoria	Hab./cômodo
Máximo	8,00
Mediana	1,33
Mínimo	0,38

Quase 70% das residências apresentavam densidade de 1 ou mais habitantes por cômodo (ver tabela VI).

Tabela VI -Distribuição de frequência das famílias por densidade demográfica

Hab./cômodo	%
Menos de um	30,63
Um ou mais	69,37

A renda familiar foi informada por 157 famílias e foi calculada somando-se os salários e benefícios percebidos. Cerca de 35% das famílias não apresentavam nenhuma renda no momento da internação e viviam com a ajuda de parentes, amigos ou comunidade. Entre estas, nove chefes de família tinham renda incerta. A faixa de maior concentração de famílias com renda foi a de mais de 1 a 2 salários mínimos, concentrando 31% das famílias (ver Tabela VII). Recebiam benefícios 13% das famílias e 10% viviam exclusivamente desta renda. O Anexo 19 detalha a renda.

Tabela VII -Distribuição de frequência das famílias segundo a renda

Faixa em salário mínimo	n	%
Zero	55	35,03
Até 1 salário mínimo	29	18,47
Mais de 1 a 2 salários mínimos	49	31,21
Mais de 2 a 3 salários mínimos	16	10,19
Acima de 3 salários mínimos	8	5,10
Total	157	100,00

Quanto à renda *per capita* 50% das pessoas das famílias analisadas viviam com até 0,20 salário mínimo. A maior renda *per capita* foi de um salário mínimo (ver Tabela VIII).

Tabela VIII -Variação da renda *per capita*

Renda <i>per capita</i>	Salário mínimo
Máxima	1,03
Mediana	0,20
Mínima	0,00

A Tabela IX evidencia o grau de pobreza das famílias assistidas. Cerca de 55% delas viviam abaixo da linha de pobreza (menos de 0,25 salário mínimo *per capita*) e 33% apresentavam renda *per capita* na faixa de pobreza (de 0,25 a menos de 0,50 salário mínimo). Apenas 12% situavam acima da linha de pobreza.

Tabela IX -Distribuição de frequência das famílias em relação ao nível de pobreza

Classificação	n	%
Abaixo da linha de pobreza (< 0,25 s.m. <i>per capita</i>)	86	54,78
Na faixa de pobreza (0,25 a < 0,50 s.m. <i>per capita</i>)	52	33,12
Acima da linha de pobreza (0,50 s.m ou mais)	19	12,10
Total	157	100,00

Das 166 condições de propriedade dos imóveis conhecidas em 47% as famílias eram proprietárias de seus imóveis. Cerca de 23% compartilhavam a residência de outras famílias, geralmente parentes, e 21% moravam em imóveis cedidos (ver Tabela X).

Tabela X -Distribuição de freqüência das famílias segundo a propriedade do domicílio

Condição de propriedade	n	%
Própria	78	46,99
Compartilha casa de parentes	39	23,49
Cedida	35	21,08
Alugada	9	5,42
Outros	5	3,01
Total	166	100,00

4.3. O Cuidador

Considerando-se a relação de parentesco, de 176 casos estudados, 88% dos cuidadores eram mães dos pacientes, sendo que 87% eram únicas cuidadoras. Em seis casos, 3,4%, as avós foram responsáveis pelos cuidados. Quatro crianças eram cuidadas em instituições. Os demais se distribuíram entre tia, irmã, pai, madrasta, prima e vizinha (ver Tabela XI e Figuras 5 e 6).

Tabela XI -Distribuição de freqüência do cuidador segundo o grau de parentesco

Categorias	n	%
Mãe	155	88,07
Avó	6	3,41
Instituição	4	2,27
Outros	11	6,25
Total	176	100,00



Figura 5 - Paciente em tratamento de bronquiolite viral aguda, em procedimento de inaloterapia realizado pela mãe cuidadora

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

Dos 162 cuidadores que declararam idade, cerca de 33% tinham entre 18 a 24 anos. Sete cuidadores entre 15 e 17 anos, todas estas eram mães dos pacientes (ver Tabela XII).

Tabela XII -Distribuição da freqüência dos cuidadores por faixa etária

Faixa etária	n	%
15 a 17 anos	7	4,32
18 a 24 anos	53	32,72
25 a 29 anos	40	24,69
30 a 34 anos	28	17,28
35 a 39 anos	20	12,35
40 a 44 anos	9	5,56
45 a 49 anos	1	0,62
50 ou mais	4	2,47
Total	162	100,00

Dos 163 cuidadores que responderam ao quesito escolaridade predomina o grupo com instrução até a 4ª série do nível fundamental, cerca de 37%. Apenas 16% cursaram o ensino fundamental completo. O número de analfabetos foi de quase 5%. Nenhum cuidador tinha curso superior (ver Tabela XIII).

**Tabela XIII -Distribuição de freqüência dos cuidadores
segundo o nível de escolaridade**

Escolaridade	n	%
Analfabeto	8	4,91
1 ^a a 4 ^a série	61	37,42
5 ^a a 7 ^a série	47	28,83
Ensino Fundamental completo	26	15,95
Ensino Médio incompleto	5	3,07
Ensino Médio completo	16	9,82
Total	163	100,00

Dos 157 cuidadores que informaram a ocupação, 57% não exerciam atividade remunerada, sendo 55% donas de casa. Dos que exerciam atividade remunerada 12% eram empregadas domésticas e 16% eram auxiliares de serviço (ver Tabela XIV). Atividades que exigem especialização técnica foram muito pouco freqüentes, apenas dois professores e um gerente de saúde.

**Tabela XIV - Distribuição da frequência
segundo a ocupação do cuidador**

Ocupação	n	%
Atividades não remuneradas	89	56,69
Do lar	86	54,78
Estudante	03	1,91
Atividades Remuneradas	68	43,31
Auxiliar de serviço	25	15,92
Empregada doméstica	19	12,10
Balconista	05	3,18
Outros	19	12,10
Total	157	100,00

Os cuidadores foram avaliados pela equipe no desempenho das atividades com o paciente. Em 93% dos casos o desempenho foi considerado satisfatório (ver Tabela XV). A não adesão ao Programa foi a causa mais freqüente para a insatisfação, quatro cuidadores apenas, seguida da negligência ou inabilidade, dois casos.

**Tabela XV -Distribuição de frequência do nível de
satisfação da equipe em relação ao cuidador**

Satisfatório	n	%
Sim	164	93,18
Não	9	5,11
Não analisados	3	1,70
Total	176	100,00



Figura 6 - Paciente em oxigenoterapia. Família sendo treinada, ainda no Hospital, antes da transferência

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

4.4. O Paciente

A idade das crianças à internação no CGP variou de dois dias a 13 anos com a média de 29 meses. 50% das crianças estudadas tinham idade até 16 meses. Cerca de 23% das crianças tinham até 3 meses de idade e 60% estavam abaixo de 2 anos (ver Tabela XVI e Figura 7).

Tabela XVI -Distribuição de freqüência do paciente segundo a faixa etária

Faixa etária	n	%
Até 28 dias	10	5,68
29 dias a 2,99 meses	31	17,61
3 meses a 11,99 meses	39	22,16
1 a 1,99 anos	26	14,77
2 a 2,99 anos	20	11,36
3 a 3,99 anos	13	7,39
4 a 4,99 anos	11	6,25
5 a 7,99anos	14	7,95
8 a 9,99 anos	5	2,84
10 ou mais	7	3,98
Total	176	100,00



Figura 7 - Paciente com pneumopatia aguda em procedimento no domicílio

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

Cerca de 56% dos pacientes eram do sexo masculino (ver Tabela XVII).

**Tabela XVII -Distribuição de frequência
dos pacientes segundo o sexo**

Sexo	n	%
Feminino	80	45,45
Masculino	96	54,55
Total	176	100,00

Um terço das crianças estudadas situavam-se na faixa nutricional abaixo do percentil três na classificação do Nacional Center for Health Statistics – NCHS. Quase 48% delas estavam abaixo do percentil dez no momento da internação no CGP (ver Tabela XVIII e Figura 8).

Tabela XVIII -Distribuição da frequência dos pacientes segundo o grau de nutrição

Situação Nutricional	n	%
Percentil < 3	58	32,95
Percentil 3 ⁺ 10	26	14,77
Percentil 10 ⁺ 25	24	13,64
Percentil 25 ⁺ 50	38	21,59
Percentil 50 ou mais	30	17,05
Total	176	100,00

Classificação segundo NCHS



Figura 8 - Paciente com desnutrição grave assistido, no domicílio, pelo pediatra do Programa

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

As doenças que provocam dificuldade respiratória (bronquiolites e broncoespasmo de outras etiologias) foram as de maior prevalência, atingindo cerca de 35% dos pacientes.

A pneumonia bacteriana estava presente em mais de 24% dos pacientes. Chama a atenção a alta incidência de duas doenças: a leishmaniose visceral em 21% e a septicemia em 16% (ver Tabela XIX e Figura 9).

**Tabela XIX -Distribuição de frequência
dos principais agravos agudos**

Agravos agudos	n	%
J98 Broncoespasmo + J21 Bronquiolite	61	34,66
J15 Pneumonia bacteriana	43	24,43
B55 Leishmaniose visceral	37	21,02
A41 Septicemia	29	16,48
A09 Enterite aguda + E86 Desidratação	21	11,93
L03 Celulite bacteriana + L02 Abscesso cutâneo	20	11,36
R56 Crise convulsiva	16	9,09
B01 Varicela	12	6,82



Figura 9 - Paciente com Leishmaniose Visceral, recebendo medicação venosa, no domicílio, pela auxiliar de enfermagem

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

Nas doenças de base, o atraso no desenvolvimento psicomotor estava presente em 14% das crianças, sendo a maioria por paralisia cerebral. A desnutrição protéico-calórica de grau III acometia cerca de 12% dos pacientes no momento da internação (ver Tabela XX e Figura 10).

Tabela XX -Distribuição de freqüência dos principais agravos crônicos

Agravos crônicos	n	%
F84 Transtornos globais do desenvolvimento	25	14,20
E43 Desnutrição protéico-calórica grave	21	11,93
J98 Pneumopatias crônicas + P27 Displasia broncopulmonar	16	9,09
K21 Refluxo gastroesofágico	12	6,82
Q24 Malformações congênitas do coração	6	3,41

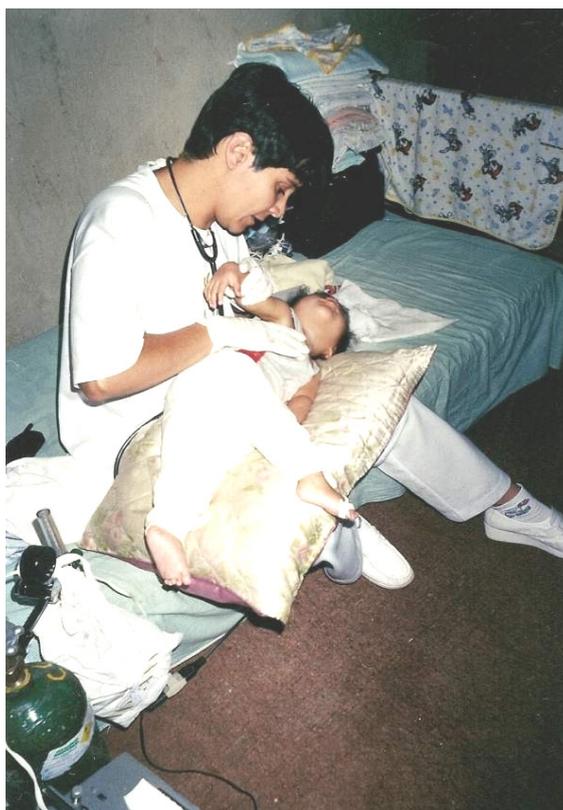


Figura 10 - Paciente portador de pneumopatia crônica, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, sendo assistido pela fisioterapeuta, no domicílio

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

O Anexo 20 detalha os agravos que acometeram o paciente.

Ao se analisarem os dados relativos à infecção hospitalar detectou-se que cerca de 14% dos pacientes foram acometidos por ela ainda no Hospital.

Cerca de 20% dos pacientes passaram pelo CTI enquanto no Hospital e o tempo médio de internação neste setor foi de 13,5 dias e aproximadamente 15% estiveram em ventilação mecânica.

O tempo médio de internação por pacientes no hospital foi de 37 dias e por episódio de internação 30 dias. O tempo máximo do paciente no Hospital foi de 305 dias e por episódio 297. O tempo mínimo foi de dois dias por paciente e um dia por episódio. 50% desses pacientes permaneceram no hospital até 17 dias (ver Tabela XXI).

Tabela XXI -Tempo no hospital por paciente e por episódio de internação

Tempo de internação	Dias p/ paciente	Dias p/ episódio
Médio	37	30
Máximo	305	297
Mínimo	2	1
Mediana	17	17

A instabilidade clínica foi o principal motivo para a continuidade da internação no domicílio, chegando a quase 99% das indicações.

4.5. A Assistência no Domicílio

Nesta seção foram agrupados todos os resultados relativos à assistência dos pacientes em suas residências como as visitas realizadas pelos profissionais, o tempo médio de permanência do paciente no Programa, a forma de saída, as re-internações estudadas com mais detalhes e o custo da assistência.

4.5.1. *Visitas realizadas pelos profissionais da equipe*

Foram 5031 visitas realizadas pela equipe no período estudado. O maior número foi realizado pela categoria de auxiliar de enfermagem, com quase 37%. A categoria médica vem em segundo lugar com quase 31% das visitas. (ver Tabela XXII).

Tabela XXII -Distribuição de frequência de visitas realizadas segundo a categoria profissional

Categoria	Nº de visitas	%
Aux. de enfermagem	1.847	36,71
Médico	1.540	30,61
Enfermeiras	458	9,10
Assistentes Sociais	452	8,98
Fisioterapeuta	421	8,37
Psicólogos	313	6,22
Total	5.031	100,00

Todos os pacientes receberam visita médica e quase 98% receberam visita de Auxiliar de Enfermagem. O Assistente Social visitou mais de 91% dos pacientes (ver Tabela XXIII).

Tabela XXIII -Distribuição de freqüência dos pacientes segundo os tipos de visitas recebidas, por categoria profissional

Profissional	pacientes	
	n	%
Médico	176	100,00
Aux. de enfermagem	172	97,70
Assistentes Sociais	161	91,50
Enfermeiras	129	73,30
Psicólogos	65	36,90
Fisioterapeuta	46	26,10

A média de visitas foi de 0,65 por dia e 50% dos pacientes receberam até 15 visitas pela equipe durante o tratamento. O máximo de visitas recebidas por paciente foi de 438 e o mínimo de duas.



Figura 11 - Um dos carros de transporte da Equipe próximo à residência de um paciente

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

Alguns procedimentos mais complexos como dieta por sonda nasogástrica, cuidados com traqueostomia, oxigenoterapia, dieta e controle de glicemia em diabético, exigiram maior presença da equipe no domicílio em fase inicial de assistência. Estes procedimentos são evidenciados nas Figuras 9, 11 e 13. A transição de dieta e acompanhamento das reações foi outro fator a exigir a presença da equipe.



Figura 12 - Paciente traqueostomizado e monitorado para saturação de oxigênio, no domicílio

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

4.5.2. Grau de complexidade dos procedimentos no Domicílio

Com relação ao nível máximo de complexidade exigido nos cuidados com os pacientes a frequência predominante foi de grau I em 37,5%, seguida do grau II em 34%. Cerca de 28% dos pacientes foram submetidos no domicílio aos procedimentos grau III. (ver Tabela XXIV). Nenhum paciente estava em ventilação mecânica. Dos pacientes submetidos a procedimentos de grau III a frequência maior foi de medicação venosa em 12%, seguida da oxigenoterapia em 8,52% e cuidado com traqueostomia em cerca de 6%.

**Tabela XXIV -Distribuição de freqüência
do grau de complexidade dos
procedimentos realizados no domicílio**

Complexidade dos procedimentos	%
Grau I	37,50
Grau II	34,09
Grau III	28,41
Total	100,00



**Figura 13 - Paciente no domicílio, com Leishmaniose
Visceral, em medicação venosa**

Foto cedida pelo Programa CGP Domiciliar

4.5.3. *Tempo de internação*

O tempo total de internação dos pacientes foi de 7790 dias para 176 pacientes. Estes pacientes tiveram 219 episódios de internação no domicílio, pois 23 deles internaram-se mais de uma vez. O tempo médio de internação por paciente foi de 44 dias e por episódio de internação, 36 dias. O tempo máximo de internação foram 427 dias por paciente e 285 dias por episódio de internação. O tempo mínimo de um dia e 50% dos pacientes permaneceram no Programa até 22 dias (ver Tabela XXV).

**Tabela XXV -Tempo de internação no domicílio
por paciente e por episódio de internação**

Tempo de internação	Dias p/ paciente	Dias p/ episódio
Médio	44	36
Máximo	427	285
Mínimo	1	1
Mediana	22	22

Cerca de 35% das crianças permaneceram no Programa menos de 15 dias. Outros 35% foram assistidos por mais de 30 dias. Assistência por até uma semana ocorreu em cerca de 15% (ver Tabela XXVI).

**Tabela XXVI -Tempo de internação
no domicílio em faixas**

Faixas	Pacientes	
	n	%
de 1 a 7 dias	27	15,34
De 8 a 14 dias	35	19,89
15 a 30 dias	52	29,55
31 a 90 dias	40	22,73
Acima de 90 dias	22	12,5
Total	176	100,00

Quando se analisa o tempo de internação por episódio percebe-se que pouco mais de 36% ficaram no Programa menos de 15 dias por episódio e pouco mais de 35% episódios duraram mais de 30 dias (ver Tabela XXVII).

**Tabela XXVII -Tempo de internação por episódio
de internação domiciliar em faixas**

Faixas	Episódios de internação	
	n	%
de 1 a 7 dias	36	16,44
De 8 a 14 dias	44	20,09
15 a 30 dias	62	28,31
31 a 90 dias	57	26,03
Acima de 90 dias	20	9,13
Total	219	100,00

Como o tempo de tratamento do paciente do Programa foi muito superior ao tempo médio de tratamento do CGP, foram feitas análises de Variância cuja variável de interesse era o tempo total de tratamento do paciente do Programa. O resultado das análises está apresentado na Tabela XXVIII e permite concluir que os fatores incidência de infecção hospitalar, tempo de permanência no CTI e número de internações anteriores influenciaram o tempo total de tratamento sugerindo que estes pacientes tinham maior gravidade.

Para os demais fatores, não existem evidências de que as médias do tempo total de tratamento para as categorias consideradas dentro de cada fator sejam estatisticamente diferentes.

Tabela XXVIII -Resumo dos resultados das análises de variância variável de interesse: tempo total de tratamento

Fator	Valor de F	Significância valor - p
Sexo	1,158	0,255
Idade	0,804	0,836
Grau de Nutrição	1,030	0,446
Incidência de Infecção Hospitalar	1,599	0,018
Complexidade dos Procedim. Hospitalares	0,873	0,728
Complexidade dos Procedim. Domiciliares	1,194	0,213
Número de internações anteriores	1,674	0,011
Re-internação	1,086	0,355
Passagem pelo CTI	3,009	0,000

Devido à influência das variáveis no tempo de internação dos pacientes elas foram também evidenciadas a seguir:

O tempo médio de internação no Hospital dos pacientes acometidos por infecção hospitalar - IH foi de 46 dias contra 24 dias dos pacientes que não foram acometidos (ver Tabela XXIX).

**Tabela XXIX -Tempo médio de internação
no hospital dos pacientes com IH**

Categoria	sem IH	com IH
Frequência	127	24
Tempo médio de permanência	26,2	46,5

O tempo médio de internação dos pacientes no Hospital que passaram pelo CTI foi de 54 dias contra 22 dias para os pacientes que não passaram (ver Tabela XXX).

**Tabela XXX -Tempo médio de internação no hospital
dos pacientes que passaram pelo CTI**

Categoria	Pacientes sem CTI	Pacientes com CTI
Frequência	116	35
Tempo médio de permanência	22,1	53,9

4.5.4. Saídas

Das 176 crianças estudadas, no seu último episódio de internação no Programa, 81% saíram de alta, 12% foram re-internadas e 4% permaneciam no Programa. A mortalidade foi de 1,14% (ver Tabela XXXI).

Tabela XXXI - Saída final dos pacientes do Programa

Categoria	n	%
Alta	143	81,25
Re-internação no hospital	21	11,93
Ainda no Programa	7	3,98
Óbito	2	1,14
Transferência	2	1,14
Evasão	1	0,57
Total	176	100,00

As duas crianças que faleceram tiveram atendimento hospitalar. Uma delas foi atendida no CGP com insuficiência respiratória grave por bronquiolite viral aguda e faleceu no CTI, algumas horas após a internação, sem resposta ao tratamento. A outra teve obstrução de cânula de traqueostomia por secreção e apresentou parada cardiorespiratória antes de chegar no Hospital João XXIII, onde foi atendida imediatamente, sem sucesso. Foram considerados óbitos domiciliares por terem ocorrido antes de 24 horas de hospitalização.

Considerando que 23 crianças (13%) foram internadas no domicílio mais de uma vez neste período o número de episódios de internação no domicílio foram 219. Esses episódios culminaram em alta em 69% dos casos e em re-internação hospitalar em 25% (55 episódios de re-internação), como evidencia a Tabela XXXII.

Tabela XXXII -Saída dos pacientes dos episódios de internação no Programa

Categoria	n	%
Alta	152	69,41
Re-internação no hospital	55	25,11

Os fatores desencadeantes dos episódios de re-internação no hospital foram principalmente broncoespasmo em 31% e pneumonia em 18% (ver Tabela XXXIII).

Tabela XXXIII -Distribuição da freqüência dos fatores desencadeantes dos episódios de Re-internação no Hospital

Categoria	n	%
Broncoespasmo grave	17	30,91
Pneumonia	10	18,18
Desidratação grave	5	9,09
Gastrostomia (cirurgia)	3	5,45
Hemoptise	3	5,45
Piora Clínica sem diagnóstico	3	5,45
Falha no Concentrador de O ²	2	3,64
Laringoplastia	2	3,64
Reação ao glucantime	2	3,64
Retirada de cânula	2	3,64
Insuficiência Respiratória	2	3,64
Doença do cuidador	2	3,64
Septicemia	1	1,82
Obstrução de derivação Peritoneal	1	1,82

Os pacientes do Programa re-internados no hospital apresentavam, em média, características diferentes daqueles que não se re-internaram. 53% dos re-internados tinham grau de nutrição abaixo do percentil 3 contra 22% dos outros. Ficaram 90 dias no hospital contra 23 dias dos que não se re-internaram. Foram assistidos no domicílio

por 86 dias contra 33 dias dos que não se re-internaram. Dos re-internados 36% tiveram passagem pelo CTI contra 18% dos que não foram re-internados, apresentaram infecção hospitalar quando no Hospital 22% contra 13% do outro grupo, foram submetidos a procedimentos grau III de complexidade no domicílio 47% contra 23% dos não re-internados e não tinham nenhuma renda 39% das famílias dos re-internados contra 23% dos outros (ver Quadro II).

Todas estas diferenças foram estatisticamente significativas e sugerem que os pacientes re-hospitalizados tinham realmente maior gravidade que os outros.

Quadro II Distribuição de freqüência das variáveis de influência na re-internação dos pacientes nos grupos re-internados e não re-internados

Variáveis	Re-internação no hospital	
	sim	não
Grau de Nutrição < 3	52,78%	22,16%
Tempo médio de internação no hospital p / paciente	89,81 dias	23,42 dias
Tempo médio de internação no domicílio p / paciente	86,47 dias	33,41dias
Passagem pelo CTI	36,11%	17,86%
Adquiriram infecção hospitalar	22,22%	12,86%
Complexidade grau III nos procedimentos	47,22%	23,36%
Nenhuma renda na família	38,89%	24,39%

4.5.5. Custos

Os custos relativos ao paciente foram avaliados tanto no período em que permaneceu no hospital como no período em que foi assistido no domicílio.

3.4.1.6. Custo médio do paciente-dia no Hospital

O custo foi calculado considerando as variáveis: roupa lavada, limpeza, alimentação para acompanhantes, pacientes e profissionais e o vencimento dos profissionais da assistência direta. Chegou-se ao custo médio por paciente-dia no Hospital de R\$ 171,85. A variável de maior custo foi vencimentos de profissionais (ver Tabela XXXIV).

Tabela XXXIV - Custo médio do paciente-dia no hospital

Variáveis	Custo (R\$)
Roupa lavada	12,35
Vencimentos de profissionais	130,13
Alimentação do paciente	7,68
Alimentação do acompanhante	4,07
Alimentação de profissionais da assistência	7,73
Limpeza	9,89
Total	171,85

Valores referentes a março de 2006

Os pacientes encaminhados ao domicílio permaneceram no Hospital por 37 dias, em média, tendo seu custo médio de R\$ 6.358,45. Cada episódio de internação no Hospital custou em média R\$ 5.155,50.

3.4.1.7. Custo médio do paciente-dia no domicílio

Aqui foram considerados os vencimentos dos profissionais, sua alimentação e o transporte de pacientes e equipe. O custo médio do paciente-dia no domicílio foi de R\$ 59,15 e a variável de maior peso foi o custo com pagamento de profissionais. O custo médio do paciente no domicílio foi de R\$ 2.618,12 e o custo médio do episódio de internação foi R\$ 2.104,06 (ver Tabela XXXV).

**Tabela XXXV -Custo médio do episódio de internação
no domicílio por paciente e por paciente-dia**

Categoria	Custo (R\$)		
	p/ episódio	p/ paciente	p/ paciente - dia
Profissionais	1.606,41	1.998,88	45,16
Alimentação Funcionários	125,37	156,00	3,52
Transporte	372,28	463,24	10,47
Total	2.104,06	2.618,12	59,15

Valores referentes a março de 2006.

5. DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que os pacientes do Programa CGP Domiciliar pertenciam a famílias de baixo nível sócio-econômico-cultural. As condições de moradia eram precárias.

O número de famílias vivendo em situação inadequada sob o ponto de vista da densidade demográfica chamou a atenção. 37,5% das famílias viviam em um ou dois cômodos, sendo que 12,5% residiam em um cômodo apenas, com a densidade média de quase cinco habitantes por cômodo. Quase 70% das famílias apresentavam a densidade demográfica de mais de um habitante por cômodo, considerada inadequada pelos parâmetros do IBGE. No seu estudo, em Paris, DEVELAY e colaboradores (1996) encontraram 11% das famílias vivendo em moradias de um ou dois cômodos.

O nível de renda das famílias foi considerado muito baixo sendo que 88% aproximadamente viviam com renda per capita abaixo de meio salário mínimo. Quase 55% das famílias situavam-se abaixo da linha de pobreza (renda per capita menor que 0,25 salário mínimo), com quase 35% das famílias sem nenhuma renda, ajudadas por parentes, comunidades ou associações beneficentes. Apenas 12% das famílias estavam acima da linha de pobreza. O estudo sugere a eleição pelos médicos de pacientes de famílias de muito baixa renda para o ingresso no Programa e sugere ainda a desigualdade do acometimento dessas crianças por doenças. Estudos comparativos devem ser elaborados para confirmação destas hipóteses. SARTAIN e colaboradores (2002) evidenciaram em seu estudo comparativo um número alto de ambos os pais desempregados, 19% no grupo dos pacientes hospitalizados e 13% no grupo de

pacientes assistidos no domicílio, mas não fazem menção a outro tipo de renda dessas famílias. Não foram encontrados outros estudos para comparação dos achados.

Cuidadores analfabetos ou com escolaridade muito baixa foram a regra neste estudo. Entretanto eles conseguiram, de forma eficiente, realizar suas atividades de cuidados e procedimentos com os pacientes. Foram considerados satisfatórios pela equipe em 93% dos casos. Dados da literatura sobre os cuidadores neste quesito não foram encontrados para que se pudesse estabelecer uma comparação.

A mãe foi o cuidador mais freqüente, em 88% dos casos. O que também foi relatado por DEVELAY e colaboradores (1996), que evidenciaram quase a totalidade dos cuidadores sendo as mães dos pacientes. Entretanto, no seu estudo, a mãe cuidava, ela sozinha, de 59% das crianças, com ajuda de parentes nos outros casos.

Os pacientes assistidos pelo Programa eram de baixa idade em sua maioria, sendo 23% abaixo de três meses, 50% com idade até 16 meses e 60% abaixo de 2 anos. DEVELAY e colaboradores (1996) evidenciaram 50,3% das crianças abaixo de seis meses e um estudo inglês, realizado por SARTAIN e colaboradores (2002), identificou 50% das crianças com idade abaixo de 14,6 meses.

A avaliação do estado nutricional evidenciou também crianças em situação precária, estando quase 48% delas abaixo do percentil 10 da classificação do National Center for Health Statistics – NCHS. No percentil menor que 3 estavam quase 33% dos pacientes. A desnutrição grave, grau III, estava presente em cerca de 12% no momento de sua internação no Hospital. Não foi possível comparar estes dados com a literatura, mas sabe-se que estas crianças são predispostas ao maior risco de doenças e maior número de complicações.

A dificuldade respiratória foi o agravo de maior prevalência nos episódios de internação destes pacientes, estando presente em quase 31% dos casos (broncoespasmo provocado por asma ou bronquiolite). Estas duas doenças também foram a principal causa evidenciada por SARTAIN e colaboradores (2002), quando encontraram 46% de

dificuldade respiratória, por bronquiolites e asma, principalmente. Chamou a atenção o grande número de leishmaniose visceral, acometendo cerca de 21% dos pacientes assistidos, fato não encontrado na literatura consultada, podendo sugerir a especificidade da clientela dos programas nos diversos países. A alta incidência de septicemia, 16%, sugere maior gravidade e complexidade dos pacientes.

Muitas crianças apresentavam acometimento crônico, como transtorno global do desenvolvimento neuropsicomotor em 14% dos casos, desnutrição de grau III em 12% e pneumopatias crônicas em 9%. DEVELAY e colaboradores (1996) evidenciaram, em seu estudo, 56% das crianças com doenças crônicas.

A condição clínica que motivou a continuidade da assistência no domicílio foi o grau de instabilidade, que não exigia a sua permanência no Hospital e não era compatível com a sua alta. Estas crianças necessitavam de cuidados ou observações freqüentes por médicos e profissionais de enfermagem. Alguns pacientes foram acompanhados no domicílio apenas em um momento inicial para que os cuidadores pudessem sentir segurança na realização dos cuidados e procedimentos, especialmente em situações como transições de dieta, cuidados com traqueostomia ou gastrostomia, dietas por sonda nasogástrica, avaliação da glicemia e aplicação de insulina. Algumas situações em que a família deveria adaptar-se à nova condição clínica do paciente, como no caso da paralisia cerebral adquirida após ataque de meningite ou encefalite, também exigiram a presença da equipe e, nesta última condição, o psicólogo teve papel preponderante no apoio aos conflitos e inseguranças familiares.

Mais de 28% dos pacientes foram submetidos, no domicílio, a procedimentos classificados como grau III de complexidade. Estes são procedimentos que demandam maior capacitação dos cuidadores. No grupo estudado cerca de 12% recebiam medicação venosa, mais de 8% estavam em oxigenoterapia constante e 6% eram pacientes traqueostomizados. Duas crianças recebiam dieta por gastrostomia, exigindo maior cuidado de seus familiares. Das 43 crianças recém-nascidas estudadas por

SPINNER e colaboradores (1998), oito delas (18,6%) receberam oxigênio e 13 (30,2%), receberam antibiótico venoso.

Considerando os resultados da assistência na internação convencional do Centro Geral de Pediatria, no período deste estudo, pode-se inferir que os pacientes mais complexos, com doenças de base que demandam muita internação, foram prioritariamente eleitos pelos médicos da internação hospitalar para encaminhamento ao domicílio, uma pressuposição intuída na implementação do Programa. Estudos comparativos deverão ser realizados para a elucidação desta hipótese.

O tempo médio de internação do paciente no Programa foi de 44 dias. Entretanto considerando os episódios de internação o tempo médio foi de 36 dias. A metade dos pacientes permaneceu até 22 dias em assistência no domicílio. Este tempo foi alto quando se compara com o tempo médio de internação no Hospital, no mesmo período e nos mesmos setores (entre 7 e 8 dias). Entretanto um estudo deve ser feito identificando controles com critérios de pareamento bem definidos para comparação. SPINNER e colaboradores (1998) encontraram a média de 10,6 dias por paciente mas toda a sua casuística foi composta por recém-nascidos, muitos deles para observação e controle de ganho de peso, o que dificulta a comparação do tempo.

Como o tempo de internação foi considerado alto, análises de variância foram realizadas para identificação de variáveis que pudessem influenciar o mesmo. Elas mostraram que o tempo foi influenciado pela maior gravidade das crianças pois, apresentavam tempo significativamente maior no domicílio as crianças que passaram pelo CTI ou adquiriram infecção hospitalar ou apresentavam maior número de hospitalizações anteriores comparando com as crianças que não apresentavam tais ocorrências.

Entretanto é importante chamar a atenção para fatores externos aos pacientes que também possam ter influenciado um possível retardamento da alta do paciente no Programa. Diferentemente do que ocorre no Hospital, onde as famílias pressionam os médicos com muita veemência para a alta do paciente logo após os primeiros sinais de

melhora, no domicílio este fato não ocorre pois, segundo os profissionais do Programa, a permanência da equipe no domicílio é considerada uma situação confortável para os familiares. A inserção da equipe no contexto sócio-econômico e cultural das famílias é fator de maior percepção das limitações enfrentadas pelas mesmas no cuidado com a criança, podendo acarretar maior flexibilidade nos critérios de alta. As dificuldades encontradas na transferência do paciente para a atenção primária, podem constituir-se como um outro fator importante para o aumento do tempo de internação. Elas foram freqüentemente relatadas pelos membros da equipe assistencial.

É imperativo salientar a importância da otimização da assistência, com critérios bem definidos de entrada e também de saída do Programa, para se evitar o prolongamento desnecessário da internação domiciliar. Este fato chamou a atenção de BAGUST e colaboradores (2002) que enfatizam a necessidade da otimização da alocação dos recursos para que esta modalidade seja economicamente mais acessível que a internação hospitalar.

Com referência às visitas para a assistência no domicílio a categoria médica foi a que assistiu o maior número de pacientes, 100%. O auxiliar de enfermagem prestou assistência a 98% deles e foi o profissional que realizou o maior número de visitas, seguido pela categoria médica. A instabilidade clínica estava presente na quase totalidade dos pacientes, o que explica a freqüente presença destes profissionais. O assistente social só não participou dos casos admitidos em seu período de afastamento. Suas atividades entretanto foram, na grande maioria, fora do domicílio da criança, buscando informações para o diagnóstico social das famílias e articulando a rede social de apoio. O enfermeiro participou dos cuidados mais complexos e teve papel fundamental no planejamento logístico da assistência e no treinamento dos cuidadores, ainda no Hospital e mesmo após a saída do paciente. O fisioterapeuta e o psicólogo participaram, no domicílio, da assistência aos pacientes que lhes foram encaminhados. Entretanto o psicólogo desempenhou importante papel na abordagem da família e, quando possível, do paciente ainda no Hospital, na identificação dos cuidadores e no

apoio às famílias. Detectou dificuldades nas relações familiares que diziam respeito aos pacientes e trabalhou com a equipe a postura e ações na prevenção de conflitos. O fisioterapeuta embora não tenha participado da assistência domiciliar à maioria dos pacientes foi o profissional que mais visitou aqueles pacientes que lhe foram encaminhados. Todos os profissionais participaram do traçado do plano assistencial.

Nesta modalidade de assistência o vínculo com os pacientes e seus familiares ocorre em um núcleo delimitado de pessoas, em que os atores envolvidos estão distantes do controle habitual e constroem, eles próprios, a eficiência das atividades desempenhadas. A ação multiprofissional reveste-se, portanto de um caráter de maior significância pois o traçado do plano assistencial envolve pareceres técnicos de diferentes categorias e as condutas planejadas passam pela discussão ética da presença do profissional no domicílio do paciente. A ausência da retaguarda do Hospital, no momento da ação, e a necessidade de tomada de decisões que podem envolver riscos ao paciente revestem esta equipe de uma grande responsabilidade. Este compartilhamento de pareceres tem importância capital na segurança do trabalho realizado. SARTAIN e colaboradores em 2002, na Inglaterra, evidenciaram 17 % de re-internação no grupo estudado e sugeriram as peculiaridades que envolvem esta equipe como um dos fatores de influência. SCARRABILL (2002) chama a atenção em seu trabalho para a importância do investimento na formação de equipes multidisciplinares para este tipo de assistência.

A mortalidade no Programa foi de 1,1%. Na realidade, apenas uma das duas crianças que faleceram chegou ao hospital em parada cardiorespiratória. Ela estava sendo assistida em uma instituição de abrigo a crianças e teve a cânula de traqueostomia obstruída. O outro paciente desenvolveu insuficiência respiratória por bronquiolite viral aguda e teve piora rápida e progressiva no domicílio. Os familiares realizaram os procedimentos habituais de inaloterapia não obtendo resposta. Foram conduzidos à emergência do hospital onde a criança foi prontamente atendida e encaminhada ao CTI. Recebeu assistência intensiva por cinco horas mas o quadro continuou sua progressão sem resposta ao tratamento. Na manifestação da família sobre o episódio o pai disse:

“ele estava sorridente pela manhã e brincando com os irmãos, quando a falta de ar começou e foi agravando”. Este óbito foi considerado do Programa pelo fato de o paciente ter falecido antes de completar 24 horas de hospitalização, critério adotado pelo SUS para responsabilização do hospital. O estudo encontrado na literatura que se refere a óbito foi o de SANCHEZ e colaboradores (2002), evidenciando um óbito em 15 pacientes estudados tendo como causa doença neurológica progressiva.

A maioria absoluta das crianças recebeu alta. Algumas delas após vários episódios de re-hospitalização e re-admissão no Programa, sugerindo ser este um espaço de apoio às crianças que apresentam grande número de internações hospitalares. Muitos dos episódios de hospitalização não puderam ser evitados pois alguns pacientes eram muito suscetíveis a apresentar piora clínica, mas, no mínimo, tiveram seu tempo reduzido. A assistência no Programa possibilitou a estes pacientes grandes períodos de convívio com a família e reduções dos riscos da permanência no hospital.

O presente trabalho de pesquisa evidenciou ainda que o custo médio do paciente-dia de aproximadamente R\$ 59,00, foi 34% do custo do paciente-dia do grupo quando ainda no Hospital. Entretanto esta comparação não é totalmente adequada pois analisa o mesmo paciente em situações distintas. A literatura evidencia vários trabalhos em que o custo foi citado como significativamente inferior ao da modalidade de internação hospitalar (SPINNER *et al* 1998; MENDES 2001; ESCARRABIL 2002; BAGUST *et al* 2002). Entretanto, há que se ponderar que os condicionantes sob análise nos diversos países são naturalmente distintos, tais como as condições dos pacientes, o seu contexto social, as estruturas e as variáveis consideradas no custo da prestação de serviços, sugerindo espaço para aprofundamento dos estudos e análises em crianças para a realidade brasileira.

A assistência domiciliar destes 176 pacientes possibilitou a liberação de 7.790 dias de hospital, considerados os “dias salvos” na internação hospitalar. Neste tempo, o Centro Geral de Pediatria poderia assistir a outros 1.113 pacientes novos se for considerado o tempo médio de internação de sete dias nos setores de onde os pacientes foram

liberados. Esta é uma das vantagens da internação domiciliar, otimização dos recursos, possibilitando o uso do hospital para aqueles pacientes que demandem infra-estrutura mais complexa e assistência especializada constante. COTTA e colaboradores (2001) evidenciaram a liberação dos leitos para pacientes mais instáveis como uma das finalidades da internação domiciliar em vários países

Há, entretanto, que se atentar para a necessidade de otimização dos recursos da assistência domiciliar promovendo maior rigor no cumprimento dos critérios de inclusão e de saída do paciente do Programa. Não havendo rigor no monitoramento da assistência, a internação pode ir além do tempo realmente necessário. Neste caso a economia assegurada na assistência diária é consumida com o aumento dos dias de internação. BAGUST e colaboradores (2002) chamaram a atenção para a necessidade de otimização dos recursos.

O estudo evidenciou ser esta uma modalidade de assistência eficaz para os pacientes do Programa CGP Domiciliar, mesmo considerando as precárias condições sócio-econômicas das famílias e a complexidade dos pacientes assistidos. Pode constituir-se como alternativa importante à internação hospitalar convencional no Centro Geral de Pediatria. Entretanto há necessidade de novos estudos, dentro da realidade brasileira.

É importante ainda salientar que a internação domiciliar, como um modelo de política pública, deverá ser parte de uma estrutura integrada de saúde. Poderá constituir-se como um elo entre os dois níveis essenciais do sistema, o hospital e a atenção primária. COTTA e colaboradores (2001) identificaram nos vários países estudados dificuldades de integração entre estes dois níveis. Apontam para a necessidade de uma relação harmônica entre eles, embasada nas relações de igualdade e na delimitação clara de suas funções. Estes autores chamaram a atenção para a limitação do hospital e da atenção primária. Esta é criticada pela sua incapacidade de reduzir as urgências hospitalares e as procuras desnecessárias pelo hospital. Este, por sua vez, é criticado por apresentar um modelo vertical e centrado na enfermidade do paciente, sem a devida integração sócio-sanitária. Eles sugerem propostas para uma gestão inovadora com mudanças nas

estratégias tradicionais na prestação de serviços hospitalares como mudanças de objetivos e de organização em função das demandas sociais, demográficas e de gestão, fortalecimento ou criação de canais e mecanismos de comunicação entre os níveis sanitários e elaboração conjunta de protocolos ou guias de atuação. Sugerem ainda alianças estratégicas com áreas sociais, investimento na formação de recursos humanos, promoção de funções de ensino e pesquisa e a institucionalização de uma ponte entre hospital e atenção primária. Concluem que a internação domiciliar enquanto alternativa à hospitalização tradicional encerra a capacidade de ser o elo para a integração dos níveis sanitários.

As figuras 14 e 15 foram aqui colocadas com o objetivo de evidenciar dois pontos fundamentais da assistência domiciliar, a segurança do trabalho prestado e o nível de humanização com que este trabalho é desenvolvido. Este paciente foi o que passou pelo maior número de episódios de internação no domicílio e o que permaneceu mais tempo no Programa, no período estudado. Recebeu alta, liberado para as atividades dentro das suas limitações. Entretanto o vínculo afetivo com a Equipe permanece e mensagens são encaminhadas com frequência por familiares, como reconhecimento do carinho e da competência do Grupo.



Figura 14 - Paciente com pneumopatia crônica e gastrostomia, na quinta internação no domicílio

Foto cedidas pelo CGP Domiciliar



Figura 15 - O mesmo paciente no aniversário de seis anos, liberado do Programa

Fotos cedidas pelo CGP Domiciliar

6. CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou ser viável e eficaz o Programa CGP Domiciliar, apesar da precariedade sócio-econômica das famílias, da baixa escolaridade do cuidador e da complexidade dos pacientes assistidos.

Pacientes clinicamente instáveis e demandando procedimentos complexos foram mantidos no domicílio com segurança.

Entretanto outros estudos deverão ser realizados na área da pediatria, com o objetivo de evidenciar cientificamente outras experiências e subsidiar análise comparativa com a internação hospitalar convencional, para possível implementação de melhorias no sistema de saúde brasileiro.

A modalidade de internação domiciliar encerra características muito interessantes ao se considerar o traçado de uma política pública. Possui a conotação de modernidade, quando acompanha tendências inovadoras já experimentadas por outros países. Abarca os interesses da comunidade usuária quando oferece assistência humanizada e segura na resolução de suas necessidades em saúde. Aumenta a abrangência de atuação do Sistema de Saúde quando consegue reduzir o custo por paciente atendido e ofertar infraestrutura complexa a um maior número de pacientes. Possibilita às pessoas integrantes da equipe assistencial a incorporação de um conceito abrangente de saúde, em que o paciente é entendido dentro do seu contexto social, econômico e cultural.

Entretanto a sua consolidação depende de um sistema de saúde em que haja compartilhamento de ações entre a internação hospitalar e a atenção primária. A Internação Domiciliar pode ser o elo de comunicação entre estes dois sistemas que percorrem, muitas vezes, caminhos paralelos no Sistema Único de Saúde no Brasil.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 ANTUNES, J L F. *Hospital instituição e história social*. 1. ed. São Paulo: editora letras e letras, 1991. 168p.
- 02 BAGUST, A, HAYCOX, A, SARTAIN, S A, MAXWELL, M J, TODD, P. Economic evaluation of an acute paediatric hospital at home clinical trial. *Arch. Dis. Child.*, Liverpool,v.87, p.489-492, 2002.
- 03 BRASIL. Ministério do Planejamento. Atlas do Desenvolvimento Humano 2000. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.
- 04 BRASIL. Ministério da Saúde. 1997: o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1997.
- 05 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. *Diário Oficial da União* n. 58., Brasília, 26 de março.
- 06 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1531/GM, de 4 de setembro de 2001. Brasília, outubro de 2001.
- 07 BRASIL. Portaria SAS nº 364, de 5 de setembro de 2001. Ministério da Saúde, Brasília, outubro de 2001.

- 08 BRASIL. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* n.72. Brasília, 16 de abril.
- 09 CARVALHO, M S, CRUZ, O G, NOBRE, F F. Perfil de risco: método multivariado de classificação sócio – econômica de microáreas urbanas – os setores censitários da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 635-645, out.-dez. 1997.
- 10 COTTA, R M M, SUAREZ-VARELA, M M, GONZALÉZ, A L, COTTA FILHO, J S, REAL, E R, RICOS, J A D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica, Washington*, v. 10, n. 1, p. 45-55, jul. 2001.
- 11 DEVELAY, A, FONTAINE, A, GUIOT, N, LECOURT, A, RODRIGUEZ, N, BRONDIN, N. Analyse de l'activité de l'hospitalisation à domicile pédiatrique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. *Arch Pédiatr*, Paris, v. 3, p.28-34, 1996.
- 12 ESCARRABILL, J. La atención domiciliar como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria, Espanha*, v. 30, n. 5, p. 304 -309, set. 2002.
- 13 FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 22.ed. versão brasileira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295p.
- 14 GRAÇA, L. Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho

- e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (Textos, T 1238 a T 1242). (1996)
- 15 MASSIMO, L. L'ospedale a domicilio e il ruolo dei "carevigers". *Minerva Pediatrica*, Italy, v. 53, n. 3, p. 161-169, jun. 2001.
- 16 MEATES, M. Ambulatory pediatrics- making difference. *Arch Dis Child.*, v.76,p.468-73,1997.
- 17 MENDES, W. *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. 112p.
- 18 PORTER, R. *Medicina a história da cura das antigas tradições às práticas modernas*. 1 ed versão portuguesa. Lisboa: livros e livros, 2002. 224p.
- 19 REHEM, T C M S B, TRAD, L A B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil, v. 10(sup), p. 231-242, 2005.
- 20 SÁNCHEZ, I D; VALENZUEL, A S; BERTRAND, P N; ALVAREZ, C G; HOLMGREN, N L P; VILCHES, S J; JEREZ, C T; RONCO, R M. Apoyo ventilatorio domiciliario en niños con insuficiencia respiratoria crónica. *Rev. chil. pediatr.*, Santiago, v. 73, n.1, p.1-7, 2002.
- 21 SARTAIN, S A, MAXWELL, M J, TODD, P J, JONES, K H, BAGUST, A, HAYCOX, A, BUNDRED, P. Randomised controlled trial comparing an acute paediatric hospital at home scheme with conventional hospital care. *Arch. Dis. Child.*, Liverpool,v. 87, p. 371-375, 2002.

- 22 SPINNER, S S., GIRIFALCO, R B., GIBSON, E., STAVIS, R L., GREENSPAN, J S., SPITZER, A R. Earlier Discharge of Infants from Neonatal Intensive Care Units: A Pilot Program of Specialized Case Management and Home Care. *Clinical Pediatrics*, Philadelphia, v. 37, n. 6, p. 353-357, jun. 1998.
- 23 TORRE, V L L H. & BRITO, M E R. Ventaja del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, v. 14, n. 5, p. 497-498, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

CGP DOMICILIAR

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO INTERNACÃO DOMICILIAR

Pelo presente, _____, Nome datilografado

_____, residente _____

Nacionalidade

Endereço

_____, Doc. identidade infra assinado (a),

autoriza o atendimento domiciliar a _____

_____, pelo qual é responsável legal, pela equipe constituída pelo Centro Geral de Pediatria e de acordo com as normas estabelecidas no programa específico e princípios preconizados pela FHEMIG / CGP, de que toma prévio conhecimento, assumindo o compromisso de integrar-se à equipe, cumprindo as funções que lhe forem atribuídas, sempre em favor do paciente beneficiário, o que faz de livre e espontânea vontade e sem qualquer coação.

Belo Horizonte, _____

Assinatura do responsável

Testemunha : 1) _____

2) _____

ANEXO 2

Internação Hospitalar: ___/___/___
 Solicitação CGP Dom.: ___/___/___
 Admissão CGP Dom.: ___/___/___
 Desospitalização: ___/___/___
 Saída do programa: ___/___/___

CGP DOMICILIAR

FICHA RESUMO DO PACIENTE

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

PRONT.CGP: _____

PRONT.DOM: _____

PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ IDADE : _____ SEXO: _____ COR: _____

NATALIDADE: _____

ENDEREÇO : _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ REFERÊNCIA: _____

REGIONAL: _____ FONE: _____

ESCOLARIDADE : _____

FILIAÇÃO : PAI : _____

 IDADE : _____ PROFISSÃO: _____

 MÃE : _____

 IDADE : _____ PROFISSÃO: _____

RELIGIÃO: _____

II - RESUMO DOS DADOS DA INTERNAÇÃO NO CGP

PERMANÊNCIA DIAS _____

DIAGNÓSTICO (S) _____

RESUMO DA EVOLUÇÃO _____

PROPEDÊUTICA RELEVANTE _____

MEDICAMENTOS _____

PROCEDIMENTOS _____

(verso)

ACOMPANHAMENTO DO FISIOTERAPEUTA? NÃO SIM _____ACOMPANHAMENTO DO PSICÓLOGO? NÃO SIM _____ACOMPANHAMENTO DO ASSISTENTE SOCIAL? NÃO SIM _____**III - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL ADMISSIONAL**

	DIAGNOSTICO COMPLEMENTAR (Data)
MÉDICO E ENFERMEIRO _____	_____
_____	_____
_____	_____
FISIOTERAPEUTA _____	_____
_____	_____
_____	_____
PSICÓLOGO _____	_____
_____	_____
_____	_____
ASSISTENTE SOCIAL _____	_____
_____	_____
_____	_____

IV - SAÍDA DO PROGRAMA : ___ / ___ / ___

MOTIVO : _____

CONDUTA: _____

V - DIFICULDADES : _____

ANEXO 3

CENTRO GERAL DE PEDIATRIA PROGRAMA REDE FHEMIG DOMICILIAR

FICHA SOCIAL

I) DADOS SOBRE O PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Escolaridade: _____
 Endereço: _____ Nº _____ Apto. _____ Bairro: _____
 Setor: _____ Telefone: _____ Recado com: _____
 Pontos de referência:
 Nome do pai: _____
 Nome da mãe: _____
 Nome do cuidador do paciente: _____
 Relação com o paciente: _____
 Endereço: _____
 Telefone de contato: _____ Criança registrada () SIM () NÃO

II) ENCAMINHAMENTO

Data: ____/____/____ Hora: _____
 Diagnóstico: _____

III) DADOS SOBRE A FAMÍLIA DO PACIENTE

PARENTESCO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	SALARIO	RELIGIÃO

Outras atividades que ajudam na sobrevivência da família: _____

Recebe ajuda de alguma instituição? _____

IV) SITUAÇÃO DE MORADIA E SANEAMENTO

Ocupação: () Própria () Cedida () Alugada () Na rua () Acampamentos () Sob via duto
 () Outros _____

Tipo de casa: () Alvenaria () Madeira () Alvenaria e madeira () Barraco

Nº de cômodos: _____

Energia elétrica? () Sim () Não Água utilizada: () Rede Pública () Poço () Mina

(verso)

Banheiro interno: () Sim () Não Quantos? _____

Destino das fezes: () Esgoto () Fossa Séptica () Fossa Asséptica

Lixo: () Coleta Pública () Enterrado () Queimado () Deixado em local aberto

Animais domésticos: () Sim () Não Quais? _____

Riscos ambientais: () Fogão à lenha () Lampanina () Buracos () Chão Liso () Outros

Meios de comunicação: () Televisão () Rádio () Telefone () Jornal

Meios de transporte: () Carro Próprio () Ônibus () Táxi () Carona

Eletrodomésticos que possui: () Geladeira () Fogão () Freezer () Televisão
() Vídeo Cassete () Liquidificador () Batedeira () Microondas () Outros _____

V) SAÚDE

Doenças mais frequentes na família: _____

Uso de medicamento controlado? _____ Quem? _____

Quando doente procura () Posto de saúde () Farmácia

Há casos de alcoolismo na família? () Sim () Não

Armazena medicamentos em casa? () Sim () Não

Faz uso deles se receita médica? () Sim () Não

VI) CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE?

Doenças crônicas: _____

Nº de internações: _____ Motivos: _____

Hospitais onde já foi internado: _____

História da doença atual: _____

Medicação que está usando no momento: _____

Outros tratamentos atuais: _____

VII) PARECER TÉCNICO

Nome da Assistente Social responsável: _____

Data: ____/____/____

ANEXO 4

CENTRO GERAL DE PEDIATRIA - FHEMIG CGP DOMICILIAR - PSICOLOGIA

ANAMNESE

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA: ____/____/____

PACIENTE: _____ PRONT. CGP: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE : _____ PRONT. DOMICILIAR _____

NATURALIDADE : _____ PRECEPTOR : _____

ESCOLARIDADE : _____

FILIAÇÃO : PAI _____

IDADE : _____ PROFISSÃO: _____

MÃE : _____

IDADE : _____ PROFISSÃO: _____

RESPONSÁVEL : _____

CONSTELAÇÃO FAMILIAR : _____

RELIGIÃO: _____

ENDEREÇO : _____

BAIRRO : _____ FONE: _____

II - DINÂMICA FAMILIAR ATUAL E ANTERIOR À DOENÇA

III - DOENÇA

VISÃO DO PACIENTE: _____

VISÃO FAMILIAR: : _____

(verso)

REAÇÕES FAMILIARES: _____

IV - ASPECTOS EMOCIONAIS DO PACIENTE/FAMILIARES GERADOS PELA DOENÇA
E/OU HOSPITALIZAÇÃO

V - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: _____

VISÃO DO PACIENTE : _____

VISÃO FAMILIAR : _____

VI - FAMILIAR DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR .
CARACTERÍSTICAS:

VII - TRATAMENTO COMPLEMENTAR _____

LOCAL : _____

FAMILIAR DE REFERÊNCIA: _____

AMIGO TERAPÊUTICO _____

VIII - PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS OU ENCONTROS _____

LOCAL : _____

FAMILIAR : _____

IX - EQUIPE DE ATENDIMENTO:

ANEXO 5**CENTRO GERAL DE PEDIATRIA****AUTORIZAÇÃO**

Eu _____
autorizo a filmagem e fotografia de minha família para uso exclusivo do Programa CGP
DOMICILIAR do Centro Geral de Pediatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas
Gerais.

Os filmes e as fotografias não poderão ser usados para fins políticos ou para
atividades que denigram a imagem de todos nós.

Assinatura

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____.

ANEXO 6

<p style="text-align: center;">CGP DOMICILIAR</p> <p>NOME: _____</p> <p>RESPONSÁVEL: _____</p> <p>Nº PRONUÁRIO CGP: _____</p> <p>Nº PRONTUÁRIO ID: _____</p> <p>ASSIN. COORD: _____</p>

<p style="text-align: center;">CGP DOMICILIAR</p> <p style="text-align: center;">Este paciente está em regime de internação, Portanto deverá atendimento preferencial.</p> <p style="text-align: center;"><i>Leve este crachá sempre que procurar o Hospital</i></p> <p>ASSIN. COORD: _____</p>

ANEXO 7

CGP DOMICILIAR

Rotina da Portaria do Complexo Cícero Ferreira

Caso o paciente incluído no Programa CGP Domiciliar chegue ao hospital, favor tomar as seguintes providências:

- 1- Conferir na lista de pacientes do CGP Domiciliar o nome do mesmo.
- 2- Se o nome não estiver na lista, orientar o responsável a procurar a portaria do Ambulatório Sálvio Nunes para atendimento pela equipe de plantão.
- 3- Se o nome estiver na lista, proceder de acordo com a situação apresentada:
 - A) Procura espontânea do responsável pelo hospital – encaminhar para a sala de Procedimentos do Ambulatório Sálvio Nunes.
 - B) Vinda ao hospital com relatório médico de transferência – encaminhar para a Semi- Internação ou para a enfermaria conforme indicação contida no relatório.

ANEXO 10

FHEMIG - CENTRO GERAL DE PEDIATRIA - CGP DOMICILIAR: Auxiliar de enfermagem

PROFISSIONAL: _____

PACIENTE: _____

Mês: _____ Ano: _____

ATIVIDADES	DIA
Administração de medicamentos	
Admissão / alta do paciente	
Aspiração de secreção	
Atendimento de intercorrência	
Atendimento do paciente no hospital	
Coleta de sangue	
Coleta de urina	
Compressa e banho	
Curativo	
Dados vitais	
Encaminhamento para consulta	
Encaminhamento para exames	
Entrega de dieta	
Entrega de doações para família	
Entrega de materiais estéreis	
Entrega materiais laboratório	
Lavagem intestinal	
Organização da mala de medicações	
Orientações ao cuidador	
Preparo e entrega de materiais	
Preparo e entrega de medicamentos	
Punção Venosa	
Reidratação oral	
Resultado de exames laboratoriais	
Reunião com a equipe	
Saturimetria	
Sondagem	
Soroterapia	
Transferência para o domicílio	
Transporte	
Troca de cilindro	
Vaporização	
Visita no domicílio	

ANEXO 14

**FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADO MINAS GERAIS
CENTRO GERAL DE PEDIATRIA
CGP DOMICILIAR - Medicamentos fornecidos**

Paciente

Medicamentos	Horários	Dose	Quantidade fornecida	Data da entrega p/ cuidador	Suficiente até o dia	Quantidade de dias

ANEXO 16**MOVIMENTAÇÃO DE MATERIAIS**

Nome do Paciente: _____

Nº Prontuário CGP: _____ Nº Prontuário Domiciliar: _____

Diagnóstico: _____

DATA	MATERIAL	QUANTIDADE	ASSINATURA

ANEXO 17

Questionário para identificação do grau de complexidade dos procedimentos realizados pela equipe assistencial no domicílio

Belo Horizonte, 14 de fevereiro de 2006

Senhor profissional,

Com o intuito de gerar uma classificação do grau de complexidade dos procedimentos realizados no domicílio do paciente do Programa CGP Domiciliar, solicito a colaboração no sentido de ler atentamente a planilha abaixo e colocar na frente do procedimento o grau de complexidade que você atribui a ele.

A classificação está em ordem crescente de dificuldade de grau I a grau IV.

Procedimentos	Grau de Complexidade			
	I	II	III	IV
Ventilação mecânica				
Oxigenoterapia				
Inaloterapia				
Cuidado com gastrostomia				
Cuidado com traqueostomia				
Curativo				
Dieta por sonda nasogástrica				
Dieta por sonda nasoentérica				
Administração de medicação venosa				
Administração de medicação intramuscular				
Administração de medicação oral				
Medida de volume urinário				
Balanço hídrico				

No processamento dos dados a classificação do procedimento dar-se-á pelo maior número de respostas de enquadramento do procedimento, pelos profissionais.

Para fins de aplicação, quando o paciente apresentar procedimentos classificados em mais de um grau de complexidade, prevalecerá para este paciente a classificação de maior grau de complexidade encontrada.

Atenciosamente,

Helena Francisca Valadares Maciel

ANEXO 18

Local de Residência dos Pacientes

Município/Região/Área	Grupo de Estudo	
	n	%
Belo Horizonte	102	58
BH Leste	22	12,5
BH Nordeste	21	11,9
BH Noroeste	14	8
BH Centro Sul	8	4,5
BH Barreiro	8	4,5
BH Venda Nova	9	5,1
BH Oeste	9	5,1
BH Norte	6	3,4
BH Pampula	5	2,8
Ribeirão das Neves	26	14,8
Santa Luzia	12	6,8
Sabará	12	6,8
Contagem	10	5,7
Vespasiano	4	2,3
Ibirité	3	1,7
São José da Lapa	2	1,1
Nova Lima	2	1,1
Betim	1	0,6
Raposos	1	0,6
Brumadinho	1	0,6
Total	176	100

ANEXO 19

Distribuição de frequência das famílias por renda

Salários mínimos	n	% das famílias com renda declarada
Zero	55	35,03
Até 1 salário mínimo	29	18,47
Mais de 1 a 2 salários mínimos	49	31,21
Mais de 2 a 3 salários mínimos	16	10,19
Acima de 3 salários mínimos	8	5,10
Sub total	157	100,00
Instituição	3	
Não declararam	16	
Total	176	

ANEXO 20

Distribuição de frequência dos pacientes pelas doenças

Patologias	Nº Paciente
A09 Enterite aguda	14
A37 Coqueluche	2
A39 Meningococemia	2
A41 Septicemia	29
A50 Sífilis congênita	1
B01 Varicela	12
B00 Gengivostomatite herpética	2
B24 AIDS	5
B55 Leishmaniose	37
B59 Pneumocistose	1
D58 Transtorno falciforme	1
E10 Diabetes mellitus dependente de insulina	3
E16 Hipoglicemia	1
E43 Desnutrição proteico-calórica grave	21
E73 Intolerância a lactose	8
E86 Desidratação	7
E90 Transtornos nutricionais metabólicos (diarréia crônica)	3
F84 Transtornos globais do desenvolvimento	25
G00 Meningite bacteriana	4
G04 Encefalite	2
G37 Mielite transversa	2
G40 Epilepsia	16
G80 Paralisia cerebral infantil	21
G91 Hidrocefalia	2
H66 Otite média aguda	9
I40 Miocardite	2
I50 Insuficiência cardíaca congestiva	2
J01 Sinusite	2
J04 Laringite e traqueíte aguda	2
J12 Pneumonia viral aguda	1
J15 Pneumonia bacteriana	43

Patologias	Nº Paciente
J21 Bronquiolite aguda	11
J43 Enfisema lobar congênito	1
J39 Estenose subglótica	2
J44 Bronquiolite obliterativa	6
J98 Broncoespasmo	50
J98 Pneumopatia crônica	7
J99 Hemoptise	1
K21 Refluxo gastroesofágico	12
K21 Atelectasia	7
k22 Estenose de esôfago	1
K25 Úlcera gástrica	1
K76 Outras doenças do fígado	2
K92 Hemorragia digestiva	3
L02 Abscesso cutâneo	5
L03 Celulite bacteriana	15
M00 Artrite piogênica	1
N00 Glomerulonefrite difusa aguda - GNDA	3
N04 Síndrome nefrótica	3
P27 Displasia broncopulmonar por prematuridade	6
Q24 Malformações congênitas do coração	6
Q34 Laringomalácia Síndrome de Treacher Collins	4
Q35 Fenda palatina	1
Q90 Sínd Down	1
Q91 Piere Robin	1
S02 Traumatismo de face	1
Total	433