

Enfermagem Brasil 2017;16(1):28-38

ARTIGO ORIGINAL

Saberes e impactos da internação domiciliar: um estudo sob a ótica dos profissionais de saúde

Ana Paula Magalhães*, Magno Conceição das Mercês, M.Sc.**, Márcio Costa de Souza, Ft., M.Sc.***, Jaine Karenly da Silva, M.Sc.****, Mônica Oliveira Rios*****, Jessica Lane Pereira Santos*****

Enfermeira, Especialista em Educação Permanente em Movimento, **Enfermeiro e Biólogo, Doutorando em Ciências da Saúde, Professor Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia, Salvador/BA, *Doutorando em Medicina e Saúde Humana, Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia, Salvador, ****Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem e Saúde, Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia - Campus XII/Guanambi, *****Enfermeira, Mestrado profissionalizante em Enfermagem, Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia - Campus XII/Guanambi, *****Enfermeira, Residente em Terapia Intensiva, Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia - Campus XII/Guanambi*

Recebido em 24 de janeiro de 2017; aceito em 13 de fevereiro de 2017.

Endereço para correspondência: Magno Conceição das Mercês, Rua Campo Florido, 204, Mar da Tranquilidade, Feira de Santana, 44003-366 Bahia BA, E-mail: mmerces@uneb.br, paulinha_tn09@hotmail.com, mcsouzafisio@gmail.com, jksilva@uneb.br, morios@uneb.br, jlpsantos@uneb.br

Resumo

Objetivo: Compreender os saberes e impactos assistenciais da Internação Domiciliar (ID) em um município do sudoeste baiano sob a ótica dos profissionais de saúde deste serviço. **Material e métodos:** Estudo qualitativo e descritivo realizado com 11 profissionais de saúde da ID. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada nos meses de março e abril de 2014, com posterior análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Os principais saberes estão relacionados ao conceito do programa de ID, critérios de inclusão dos usuários e a sua diferença em relação ao cuidado em ambiente hospitalar. Os principais impactos são: redução de reinternações hospitalares, aumento das vagas de leitos, maior participação dos familiares no cuidado, garantia da equidade e universalidade. **Conclusão:** O conhecimento da estrutura organizacional da ID pode auxiliar na melhor qualidade de assistência em domicílio, promovendo um cuidar pleno e efetivo.

Palavras-chave: profissionais da saúde, serviços de assistência domiciliar, saúde pública.

Abstract

Knowledge and impacts of home hospitalization: a study from the perspective of health professionals

Objective: To understand the knowledge and assistance impacts of Home Hospitalization (HH) in a municipality of the Southwest of Bahia under the perspective of the health professionals of this service. **Methods:** Qualitative and descriptive study carried out with 11 HH health professionals. The data collection was performed through a semistructured interview in the months of March and April 2014, with a subsequent content analysis according to Bardin. **Results:** The main knowledge is related to the concept of the HH program, inclusion criteria of the users and their difference in relation to the care in the hospital environment. The main impacts are: reduction of hospital readmissions, increase of beds vacancies, greater participation of family members in care, guarantee of equity and universality. **Conclusion:** Knowledge of the organizational structure of HH can help in the best quality of care at home, promoting a full and effective care.

Key- words: health personnel, home care services, public health.

Resumen

Saberes e impactos de la hospitalización domiciliar: un estudio desde la perspectiva de los profesionales de la salud

Objetivo: Para entender el conocimiento y el bienestar de los impactos de la hospitalización domiciliar (HD) en un municipio del sur de Bahía desde la perspectiva de los profesionales sanitarios en este servicio. **Material y métodos:** Estudio cualitativo y descriptivo con 11 profesionales de la salud HD. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, en marzo y abril de 2014, con posterior análisis de contenido según Bardin. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad del Estado de Bahía con el Protocolo número 558697. **Resultados:** Los principales saberes están relacionados con el concepto del programa HD, criterios de inclusión de los usuarios y su diferencia en relación a la atención en el hospital. Los principales impactos son: la reducción de los ingresos hospitalarios, el aumento de camas vacantes, una mayor participación de la familia en el cuidado, garantía de igualdad y universalidad. **Conclusión:** El conocimiento de la estructura organizativa de la HD puede ayudar a una mejor calidad de atención en el hogar, promoviendo una atención plena y efectiva.

Palabras-clave: personal de salud, servicios de atención de salud a domicilio, salud pública.

Introdução

As lutas e conquistas resultantes do movimento sanitário, ocorrido no Brasil, motivado pelos mais diversos atores sociais e políticos, não foram suficientes para minimizar um dos grandes nós no sistema de saúde, que se conforma na hegemonia do modelo de atenção centrado na figura do médico, com seus múltiplos sinônimos e características peculiares voltados à doença e respectivamente a cura, como os termos: hospitalocêntrico, fragmentado, biomédico Flexneriano e mecanicista, voltados para a doença [1].

Nesse sentido, as práticas que seguem na perspectiva interativa e holística surgem como alternativas para mudança desse cuidado hospitalocêntrico e biomédico, a fim de desenvolver uma visão multicêntrica, multidisciplinar e interprofissional com o intuito de proporcionar um cuidado integral. Destaca-se neste cenário a Internação Domiciliar (ID) como um modelo de cuidado para atender as necessidades atuais de cuidados permanentes, prevenindo dessa forma as internações hospitalares desnecessárias que expõem usuários a riscos de infecções e afastamento de seu ambiente familiar [2].

A ID surge como uma das modalidades alternativas à hospitalização, tanto complementar, quanto substitutiva, que emprega o domicílio como lugar de cura e cuidado [3]. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a ID representa um conjunto de ações no domicílio das pessoas clinicamente estáveis, que necessitam de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que podem ser mantidas em sua própria residência e atendidas por uma equipe profissional específica [4]. A peça fundamental do programa é a interação entre o usuário, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional.

Ao suscitar como objeto de estudo a ID, sentiu-se a necessidade de delimitar o entendimento, já que este serviço de saúde surge como alternativa para a desospitalização necessária, frente à superlotação dos leitos de hospitais na rede SUS, e para minimizar riscos associados ao internamento hospitalar, principalmente os de longa duração [5].

A ID objetiva acelerar o processo de reabilitação do usuário, através da aproximação do ambiente familiar; redução de gastos com internações e reinternações hospitalares e com riscos de infecções hospitalares; diminuir a incidência de depressão por causa da doença; reintegrar o usuário ao seu cotidiano; integrar equipe de saúde da família e usuário, proporcionando melhorias nas condições psicológicas ao doente [6]. Para que esta estrutura de atenção à saúde alcance todos os avanços, melhorias e inovações propostas, é necessário uma implementação de serviços qualificados, apresentando um processo de trabalho e estrutura que atenda as necessidades integrais dos usuários do programa.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo compreender os saberes e impactos assistenciais da ID em um município do sudoeste baiano sob a ótica dos profissionais de saúde deste serviço.

Material e métodos

Estudo de abordagem qualitativa e caráter descritivo, o que se configurou a modalidade mais apropriada para este estudo, frente às especificidades de compreensão quanto aos saberes e impactos na atenção à saúde da ID sob a ótica dos profissionais de saúde. O campo de estudo foi o Hospital Regional de Guanambi (HRG) Dr. Juca Bastos, localizado na cidade de Guanambi, município situado no sudoeste da Bahia.

O programa de ID do referido município possui 11 trabalhadores de saúde (02 médicas, 02 enfermeiras, 04 técnicas de enfermagem, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 fonoaudióloga), sendo adotados como critérios de inclusão: profissionais de saúde, de nível médio e nível superior, com idade igual ou superior a 18 anos, matriculados para o exercício da função no programa de ID há mais de um bimestre. Portanto, neste estudo, a partir de determinado número de participantes, as falas chegaram à exaustão pela sua repetitividade, e assim foi delimitado o número de participantes.

Dentre as técnicas de produção dos dados, utilizamos a entrevista individual e semiestruturada, previamente agendada com os participantes da pesquisa, que foi realizada no HRG e nos domicílios dos doentes. Esta fase da pesquisa ocorreu entre os meses de março e abril de 2014. As entrevistas foram transcritas e analisadas, e, para a identificação e diferenciação das distintas falas, foram utilizados nomes de flores para os profissionais de saúde do ID, impossibilitando assim a identificação dos respondentes, preservando suas identidades. Os dados foram ordenados e classificados para a formação de categorias, para em seguida a realização da análise final através da síntese horizontal e vertical das falas dos entrevistados. O método selecionado foi Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin [7], para buscarmos o aprofundamento dos dados coletados a partir das entrevistas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia parecer nº 558.697. Os princípios éticos e morais relacionados à pesquisa que envolve seres humanos foram preservados, conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

O domicílio pode ser considerado um local único em que a equipe de saúde presta assistência, considerando os aspectos econômicos, sociais, afetivos, as questões históricas e as experiências culturais dos familiares, ou seja, todos os recursos disponíveis, tanto humanos como materiais da pessoa [8]. Para tanto, nesse contexto do cuidado domiciliar, o saber profissional descreve os pilares desse cuidado, apresentando seus desafios, limitações e possibilidades de suas ações.

Assim, torna-se imprescindível destacar os saberes dos profissionais de saúde quanto à ID, bem como destacar os critérios de elegibilidade. As falas seguintes das entrevistadas Dália e Orquídea demonstram a compreensão sobre o programa de ID e o desenvolver do cuidado no domicílio:

[...] é quando você permite ao paciente que está internado em hospital, ir "pra" sua casa, e terminar o tratamento em casa, mas é claro que existem algumas regras pra levar esse paciente pra casa, entre elas o paciente não estar grave a ponto de não ter uma assistência 24 horas, ou assim...quando a família consente, é caso de câncer por exemplo [...], mas a internação domiciliar é basicamente isso, é dar toda assistência em casa [...] para que ele se sinta bem assistido por uma equipe de saúde [...] (Dália).

É uma modalidade de atenção realizada por uma equipe multiprofissional, específica com a ação de promoção da saúde, prevenção e prestar uma assistência às pessoas com quadros clínicos estáveis [...] (Orquídea).

Diante das falas apresentadas, nota-se uma compreensão de que a ID é prestar os cuidados ou assistência à pessoa no domicílio, por uma equipe de saúde multiprofissional. Para que a pessoa possa ser inserida no programa, requerem-se alguns critérios de elegibilidade. Desta forma, é válido lembrar que as pessoas que necessitam de uma monitorização, que dependem de uma assistência de enfermagem contínua, que precisam de vários procedimentos diagnósticos com urgência, tratamento cirúrgico de caráter de urgência,

ou também os que necessitam de uso de ventilação mecânica invasiva contínua, não são incluídos no programa, pois integram uma assistência complexa no âmbito hospitalar [9].

O programa de ID, através da produção de cuidados domiciliares, necessita destes critérios de inclusão para cadastro, frente as suas peculiaridades e perspectivas de terapêutica, há uma necessidade singular de ferramentas do cuidado que valorizem as relações e o conhecimento, que podem ser denominadas de tecnologias leve e leve/duras, ou tecnologia das relações, em detrimento das tecnologias duras, maquinários e procedimentos, mais presentes em unidades hospitalares [10]. Para tanto, é necessário enfatizar a importância do programa de ID, sem desmerecer a assistência na internação hospitalar, que no olhar no cuidado integral devem ser complementares e não antagônicas, visto cada uma se adequar as mais diversas situações de problemas de saúde.

Nos discursos abaixo, as entrevistadas Margarida, Tulipa e Girassol enfatizam a importância da internação domiciliar e explicitam quais as principais diferenças e semelhanças entre o cuidado no hospital e o cuidado sendo realizado no domicílio.

[...] então a primeira coisa é o conforto que o paciente tem dentro da casa “né”? [...] a própria cama é uma coisa importante, influencia muito no psicológico do paciente dormir na cama, no próprio quarto [...] a alimentação em casa é bem melhor porque também por mais que a comida do hospital seja boa existe aquele mito... é comida de hospital... “não quero comer” ou às vezes vem alguma coisa que o paciente não gosta “né”? [...] e também o livre acesso aos familiares, porque no hospital só é permitido um visitante por paciente e um acompanhante por paciente e na internação domiciliar não, a família fica livre pra fazer visita pra conversar “né”? Então o conforto do paciente, o bem estar é pra mim é o principal benefício! (Margarida).

[...] e nós sabemos que existem regras, que tem que existir que pouca gente pode visitar o paciente no hospital, em casa ele está cercado da família, cercado de amor, de cuidados, e quem que não quer estar em sua casa “né”? Então se a gente puder dar a assistência em casa, eu acredito que há sim privilégio de estar recebendo esse cuidado em casa (Tulipa).

[...] o medicamento é o mesmo, a avaliação é a mesma, mas o paciente tende a melhorar porque ele tem ali perto o vizinho que ele gosta, tem a casa que ele gosta conhece o ambiente dele, ele não é tirado dali [...] o paciente “tá” na casa dele, então até pra receber a gente (profissionais), igual a gente chega aqui pra fazer uma consulta no hospital, parece que o paciente se coloca lá no fundo, ele sabe que “tá” no meu canto (hospital) é o meu lugar de atender, chegando na casa dele ele se sente “o dono da casa” então até nisso há essa melhoria [...] (Girassol).

Diante dos discursos supracitados, percebe-se que a internação no âmbito domiciliar apresenta algumas vantagens, entre elas, o conforto, a liberdade e maior recuperação no estado de saúde, por ser o próprio espaço da pessoa atendida. Esse tipo de internação é visto como seu porto seguro e sua referência, de onde obtêm tudo que necessitam e os seus aspectos são levados em conta [8].

Deve-se levar em conta que o ambiente domiciliar proporciona um protagonismo na atenção à saúde da família e da pessoa atendida, divergente dos outros serviços de saúde, que na maioria das vezes pode produzir uma atenção à saúde compartilhada das decisões e com intervenções diretas dos familiares na construção do projeto terapêutico singular [11].

Sob a ótica dos entrevistados, as pessoas visualizam o hospital como um lugar permeado de regras, onde “nada é permitido”. Possivelmente o contexto de vida de cada pessoa contribui para esta visão geralmente distorcida do real objetivo para este conjunto de normas e rotinas, que são empregados a todos os envolvidos (pessoa atendida, familiar/cuidador e profissionais) visando melhor atenção à pessoa que necessita [12]. Assim, a unidade hospitalar necessita em algumas situações de maior controle dos procedimentos e condutas técnicas, mas pode e deve permitir a inclusão de mudanças que não interfiram na produção do cuidado.

Evidentemente, a pessoa que necessita deste serviço, possui necessidades físicas, sociais e psicológicas, devendo ser abordado de forma integral, o qual exige um trabalho de uma equipe multidisciplinar, uma vez que este enfoque favorece a qualidade da atenção oferecida, o doente conseqüentemente tende a diminuir as complicações. Nesse sentido, as ações de cuidado que são desenvolvidas no lar, espaço de referência do doente, devem ser realizadas conforme as necessidades e singularidades do enfermo e de sua família [8].

Assim, as atividades de cuidado podem ser planejadas, de acordo com os hábitos de vida de cada pessoa e não devem ser empregadas meramente para cumprir medidas

burocráticas. É importante haver mudanças que não comprometam os aspectos físicos e psicológicos das pessoas e envolvidos no contexto assistencial. O cuidado no domicílio deve ser realizado respeitando-se as preferências e desejos da pessoa, de forma que os sujeitos sejam percebidos como singulares em suas culturas, histórias de vida e subjetividades em geral [13].

Isso sugere que, no espaço domiciliar, a família e o doente parecem possuir maior autonomia, para tomar as decisões inerentes aos modos de cuidado. Entretanto, no hospital, esta autonomia fica prejudicada, pois existem regras que são impostas como horário de visitas, horários de alimentação, tipo de alimentação, entre outras. Um estudo sobre o posicionamento dos profissionais que prestam assistência em domicílio obteve respostas que destacam a assistência domiciliar como uma forma de atenção à saúde diferenciada, que avalia a diversidade de vida, a complexidade das relações sociais e familiares, bem como promove a integração dos profissionais com o doente e sua família [14].

Nota-se, ainda, nos discursos abaixo, que as entrevistadas Orquídea e Magnólia sinalizam também como benefícios da internação no domicílio a promoção da humanização na assistência:

[...] o atendimento no lar, na própria casa é um atendimento mais humanizado [...] reintegra o paciente em meio social [...] e também proporciona um suporte emocional, "pras" famílias porque além do paciente, a internação domiciliar trabalha muito com a família (Orquídea).

[...] no hospital, o paciente tem o auxílio de técnicos, enfermeiros e médicos 24 horas, na internação domiciliar a gente auxilia a família, "né"? [...] atendimento mais humanizado, é como forma de orientação, cuidados, e a gente "tali" semanalmente passando, para rever esse paciente, então a gente dá um suporte à família (Magnólia).

As falas revelam que há uma valorização ao cuidado humanizado na ID, em que esta modalidade proporciona o convívio social da pessoa ou usuário, e a importância desta para as famílias. Dessa forma, verificamos que há uma necessidade de prevenção e gerenciamento adequado das doenças crônicas, de forma integrada com os cuidados agudos à saúde, para contribuir com o desenvolvimento de autonomia dos usuários e humanização no cuidado, em um contexto de envelhecimento, investindo no autocuidado e no cuidado proporcionado pela família através da ID [5].

Nesse sentido, humanizar a assistência em saúde implica em dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma a propiciar o diálogo, que pense e promova as ações, a partir da ética, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Esse diálogo diz respeito a associar os desejos do usuário aos cuidados prescritos pelos profissionais de saúde do programa de ID, e assim atender integralmente as necessidades de saúde desse usuário [15].

Nesta perspectiva, esta modalidade de assistência, além de integrar o doente ao seu convívio familiar, proporciona uma maior aproximação da família com a equipe de saúde, propondo um cuidado em parceria [16]. Essa aproximação dos familiares, possíveis cuidadores, aos profissionais de saúde que compõem a equipe do programa de ID, promove a interação entre eles, o compartilhamento de saberes e de atribuições na produção do cuidado, e o apoio aos familiares na superação de dificuldades inerentes ao cuidado domiciliar.

Além das situações apresentadas que contribuem para maior conforto do indivíduo, as entrevistadas Girassol e Jasmim relatam um aspecto importante que diferencia os serviços de saúde e alertam quanto aos riscos de infecção e tempo de hospitalização pelos usuários vinculados a internação hospitalar.

[...] aqui dentro do hospital por mais limpeza que tenha, a gente sabe da infecção hospitalar, e em casa as bactérias que têm lá, que todo lugar têm, elas não são danosas quanto as daqui. As daqui estão acostumadas com grandes antibióticos então se ela pega ela causa um impacto maior na saúde do paciente [...] (Girassol).

[...] a questão da infecção hospitalar [...] já foi comprovado, e muitos pacientes que voltam pra casa com feridas fecham bem mais rápidas do que se tivessem internados aqui (hospital) (Jasmim).

As falas supracitadas apresentam discurso a respeito da vulnerabilidade, do usuário internado no ambiente hospitalar, frente à exposição aos agentes biológicos. Estes usuários internados em instituições hospitalares estão mais expostos a uma ampla variedade de microrganismos patogênicos. Assim, as falas expressam a percepção de que o cuidado no domicílio é menos danoso à pessoa atendida, portanto menos susceptível a esta infecção.

A infecção hospitalar é caracterizada pelo Ministério da Saúde como um agravo de causa infecciosa, adquirido pelo doente após sua admissão em hospital, que pode manifestar-se, durante a internação ou após a alta, desde que esteja relacionado à internação ou a procedimentos hospitalares [4].

Os estudos acerca da assistência domiciliar no Brasil, e no que diz respeito à comprovação de menores riscos de infecção hospitalar dessa modalidade são escassos, dificultando a comparação das falas obtidas na pesquisa. No entanto, infere-se que a contribuição na mudança do modelo de atenção, que visa o atendimento no domicílio, bem como a formação e a educação em saúde dos usuários do programa de ID e familiares cuidadores representam os esforços, que alavancarão o controle para minimizar os riscos de infecção, e que promoverão uma visão interdisciplinar, e conseqüentemente um cuidado mais seguro.

A maioria das infecções hospitalares se manifesta como complicações de pessoas em estado grave, em consequência da hospitalização e de procedimentos invasivos, além de advir também do tratamento através do uso de imunossupressores ao qual o doente pode ter sido submetido [17]. Neste sentido, a ID apesar de apresentar semelhanças à internação hospitalar, semelhanças essas necessárias à produção do cuidado, também apresenta diferenças, ou melhor, peculiaridades das especificidades dos cuidados específicos nele prestados.

Assim, as entrevistadas Margarida, Dália e Hortênsia apontam algumas semelhanças e diferenças relacionadas à assistência e procedimentos na internação hospitalar e domiciliar, como também alguns critérios para que o usuário possa participar do programa de ID:

[...] a semelhança é que no internamento domiciliar quanto no hospitalar a gente pode fazer alguns procedimentos como soroterapia, antibioticoterapia, desde que esse antibiótico seja até de 12 em 12 horas, a gente pode fazer analgesia venosa [...] trocar sondas [...] curativos grandes de escara, a fisioterapia domiciliar, a retirada de gastrostomia [...] coleta do exame de sangue que também são feitos em casa, urina, fezes [...] (Margarida).

[...] a semelhança que existe é que a gente consegue dar uma assistência para esse paciente para que ele possa tá em casa, mas no programa existem regras, e dentre elas está a medicação apenas de 12 em 12 horas, a gente fornece torpedos de oxigênio, fornece válvulas, cateter. Porém se o paciente fizer uso de oxigênio contínuo, de repente não é ideal que vá pra casa, então existe sim paciente com oxigenoterapia, porém de uso intermitente, de uso alternado, não de uso contínuo (Dália).

[...] a diferença que tem é porque o paciente no hospital durante você trabalha 12 horas você simplesmente "tá" do lado dele ali, eu dou um plantão de 12 horas então eu "tô" vendo o paciente o dia todo no meu período de 12 horas, se eu pego 5, 6 pacientes eu sempre vou tá com eles no período de 12 horas, eu "tô" vendo ele o dia todo... visito 1, visito 2, 3 por dia num mesmo momento e volto, então e o paciente domiciliar a gente vai 1 vez no dia coloca o soro pela manhã, as vezes não dá pra voltar a tarde, aí eu vou no outro dia (Hortênsia).

Diante das falas das entrevistadas, verificamos que as semelhanças foram basicamente associadas aos procedimentos técnicos desenvolvidos na produção do cuidado. Quanto às diferenças, elas foram associadas ao tempo de permanência do profissional de saúde ao lado do usuário, sendo no internamento hospitalar um acompanhamento contínuo e no ID alternado com uma visita diária. Uma das falas também associa a oxigenoterapia contínua enquanto uma contraindicação para a ID.

Compreende-se que a ID é sinônima a prestação de serviços de saúde de maneira intermitente, como coleta de exames laboratoriais, informações e orientações gerais, bem como aconselhamento aos usuários e seus familiares [18]. A ID inclui, ainda, tratamentos e/ou terapias de reabilitação ou medicamentosa; serviços médicos e de enfermagem; suporte nutricional enteral e parenteral, de forma que a pessoa, após passar pela fase aguda, que levou a internação hospitalar, poderá receber seguimento dos cuidados de saúde no ambiente domiciliar [19].

Assim, o discurso que assemelha as duas modalidades de internação, através das atividades técnicas de execução de procedimentos diversos, é fortalecido pelos conceitos supracitados. Neste sentido, a ID é uma assistência continuada da hospitalar, que oferta recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para as pessoas em estado mais complexos que necessitam de atendimento semelhante ao oferecido no ambiente hospitalar [20].

Embora a ID, como foi perceptível nas falas, apresente alguns benefícios para o usuário do serviço, não se pode definir que uma modalidade de assistência seja ideal ou melhor do que a outra, pois ambos os tipos de internação podem ser subseqüentes ou complementares. É preciso levar em consideração as especificidades de cada modelo, a avaliação da situação clínica da pessoa atendida pelos profissionais que as executam, e a decisão de internação deve ser tomada em conjunto com os profissionais de saúde, os usuários e os seus familiares [8].

Nesta perspectiva, a ID surge como modalidade de atenção que visa ações centradas no cuidado que pode ser produzido em domicílio para aqueles usuários que se enquadram no perfil do programa, é válido ressaltar a significância dos avanços e melhorias que a ID trouxe, resultado das mudanças do perfil da atenção à saúde com a utilização do programa.

Contudo, a atenção hospitalar tem sofrido algumas alterações, decorrentes da crescente demanda da população, dos altos custos gerados por este tipo de internação, sem contar na mecanização desse tipo de assistência, diante disso, programas que têm como foco atendimento domiciliar, como a ID merece destaque, no que concernem as mudanças no perfil de atenção à saúde [8].

Assim, as entrevistadas Rosa, Dália, Hortênsia e Magnólia apresentam em suas falas que o Programa de ID, trouxe resultados positivos e avanços para município:

Eu acho que a internação trouxe um impacto muito positivo pra essa região, pela primeira vez nós vimos um serviço que desospitalizasse, tirasse do hospital, levasse pra casa e prestasse o cuidado em casa, então aquele paciente pode se restabelecer em casa ao lado da família que é de extrema importância (Rosa).

A gente costuma até perguntar às vezes “gente como era antes da ID”? Porque muitas pessoas dependem mesmo da ID, com medicações administradas em casa, questões de fraldas que são doadas, materiais de higiene, seringas, gases, esparadrapos, enfim... a gente se pergunta como era feito antes? [...] os leitos já estão superlotados antes da ID, imagine mais 60 pessoas dentro do hospital? então o impacto é grande sim, e acho que Guanambi ganhou muito com esse programa! (Dália).

[...] essa internação ela veio para “desafogar” os hospitais, os hospitais da rede pública estão muito cheios, são muito procurados [...] o hospital cheio demais não tem como ser cuidado, ele indo pra casa ele vai ser um paciente bem cuidado inclusive pela família [...] (Hortênsia).

A internação domiciliar é um projeto do governo pra na verdade desafogar os leitos hospitalares, né? E aquele paciente, mantém internado em casa ter um auxílio que tem no hospital, no domicílio (Magnólia).

Como verificamos nas falas das entrevistadas acima, os resultados positivos relacionados a ID foram relacionados ao fato do programa reduzir o quantitativo de internações hospitalares, através da alta hospitalar daqueles usuários que possuem condições de serem acompanhados por cuidados domiciliares. Neste sentido, com este quantitativo de altas hospitalares ou processo de desospitalização, a liberação ou disponibilização de leitos hospitalares para novas internações surge como resultado deste trabalho da ID. Assim, a ID aumenta a disponibilidade de leitos hospitalares, bem como diminui o período de internação, sendo os custos para as internações domiciliares menores que ampliar e manter leitos em hospitais [21].

Destarte, atendendo a perspectiva de que a ID reduz as internações hospitalares e libera leitos para novas internações, isso contribui essencialmente com a situação atual de disponibilidade de leitos hospitalares no Brasil, visto que o Brasil conta com 322.201 leitos de internação hospitalar pelo SUS, sendo a equivalência destes de 0,86 leito hospitalar público por cada mil habitantes [22]. Tal índice apresenta-se inferior ao estabelecido pelo MS, fixa o ideal de 2,5 leitos gerais para cada grupo de mil habitantes, fato este que justifica a superlotação dos leitos hospitalares públicos [1].

Outro aspecto positivo da ID visualizado na fala da entrevistada Margarida, refere-se à diminuição de reinternações hospitalares daqueles usuários que fazem parte do programa de ID:

A gente cuida hoje de 60 doentes "né"? E que alguns desses doentes certamente estariam no hospital se não houvesse o serviço, né? E outros deles, a gente consegue evitar as reinternações, então uns estaria aqui dentro e os outros a gente "tá" fazendo como se fosse prevenção pra evitar que eles se hospitalizem novamente né? [...] então possivelmente há um impacto aqui na emergência ou até nos leitos do hospital! (Margarida).

Como vimos na fala apresentada, a ID reduz os riscos de afecções hospitalares pelos usuários internados, visto que esses pacientes atendidos pelo ID estarem livres dos riscos, ou até mesmo a redução de chances de reinternação desses usuários, devido aos cuidados de prevenção, promoção e reabilitação executados na ID, frente às possíveis complicações dos problemas de saúde apresentados pelos usuários do programa.

Diante do exposto, salientamos a importância das modalidades de atenção domiciliar compreender ações de promoção, prevenção e reabilitação, atentando assim para os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária [23]. Nesta perspectiva a ID promove ações que reduzem significativamente os agravos de saúde, implicando consequentemente na redução de custos a saúde pública no Brasil. Isso afeta positivamente a gestão do SUS, visto que ainda vivenciamos um sistema de saúde que detém elevados gastos por atender ao modelo de atenção a saúde médico centrado, que valoriza a realização de procedimentos técnicos de alto custo, muitas vezes desnecessários.

O modelo hegemônico de atenção à saúde centrado em procedimentos implica custos crescentes, particularmente em função do envelhecimento da população, da transição epidemiológica e, sobretudo, da incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado, não sendo capaz de responder às necessidades de saúde da população [11]. Assim, verificamos na fala de entrevistada Girassol que a ID tem também como finalidade diminuir os custos hospitalares:

A internação domiciliar veio exatamente pra diminuir a procura pelo hospital, né? Não bem a procura, mas para esvaziar a internação de hospital isso que eu acho que o hospital acaba sendo mais caro pro estado, ai eles fizeram essa internação domiciliar que se foi com esse intuito só de diminuir custos eles acertaram muito no sentido de ajudar muito o pessoal (Girassol).

Diante da fala da entrevistada, percebemos a associação da redução dos gastos hospitalares com a diminuição da procura pelo hospital, em casos de reinternação, e com o esvaziamento de leitos, pela redução do tempo de internação com a alta hospitalar para direcionamento do usuário ao ID. Desta forma, o Programa de ID representa uma estratégia na reversão da atenção centrada nos hospitais e proporciona a elaboração de uma nova sistemática de atenção em saúde e na humanização desta atenção [23].

Para tanto, destaca-se que o cuidado domiciliar é uma estratégia da atenção à saúde que vem tornando-se imprescindível, pois além de reduzir custos hospitalares, diminuir número de complicações e, conseqüentemente, o número de reinternações, promove também a participação da família no cuidado ao doente, proporcionando melhor qualidade de vida, um olhar diferente na forma de viver e de enxergar o mundo, diante da fragilidade de saúde do doente [11,24].

Observa-se também na fala da entrevistada Girassol, que com programa de ID alguns princípios do SUS estão sendo respeitados no atendimento:

E o que me deixou bem tranquila com o programa, com esse serviço, que eu tenho notado que independente da classe social, da cor, se fuma droga se vende droga se deixou de ser drogado, nada [...] independente de religião o paciente tá sendo tratado com igualdade "cê" entendeu? Isso tá me deixando muito a vontade no programa sempre achei que a gente tinha que ter igualdade em todo lugar e aqui nós estamos tendo! eu acho que tem um princípio do SUS que é tratar de maneira diferente os diferentes né? Para que eles se sintam pelo menos nesse momento igual e aqui "tá" tendo isso então eu acho que esse programa é excelente. (Girassol)

Verificamos então com a fala supracitada que os princípios da universalidade e da equidade foram pontuados como respeitados pelo programa de ID, através da universalidade,

todos podem ter acesso ao programa e através da equidade, todos são atendidos de acordo com suas necessidades, dentro de suas diferenças ou diversidades em busca da resolutividade das suas necessidades de saúde. Pode-se salientar que os princípios do SUS englobam: universalidade, integralidade, resolutividade e da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, com consequência incorporação e o atendimento de parcela importante da população de excluídos [25].

Sabe-se que para prestar atendimento à saúde, como no Programa de ID, o serviço deve ser organizado de forma coordenada e interdependente. Então, mediante a fala das entrevistadas Dália e Orquídea, o programa de ID traz avanços para o sistema de saúde:

Eu acho que foi um programa muito bom pra Guanambi, pra acrescentar, pra crescer, acredito que não estamos aqui pra tirar lugar de ninguém, estamos aqui pra acrescentar, pra fazer parcerias, mas é importante cada área de responsabilidade, a unidade básica tem a importância fundamental na cidade, o SAMU, o hospital, cada um tem a importância no seu espaço de contribuição (Dália).

[...] eu acredito que “pro” hospital regional não só “pro” regional, unidades básicas de saúde também, diminuiu, desafogou mesmo [...] antigamente qualquer paciente com uma dor aguda estaria no hospital, hoje não, essa dor mais aguda já pode ser tratada em casa paciente sai de lá de onde for, vem “pro” hospital e não precisa nem “tá” internando já vai direto pra internação domiciliar (Orquídea).

Frente às falas acima, percebe-se que o programa de ID avançou no sistema de saúde, a partir do momento que propôs a complementaridade e inter-relação para com os demais serviços de saúde e demais complexidades da rede de atenção à saúde. Sua organização de maneira coordenada e interdependente mantém a credibilidade do programa, uma boa relação e comunicação com os demais serviços. Assim, deve-se organizar em redes de atenção à saúde, que constitui um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si, poliárquicas, que possui o mesmo objetivo, permitindo uma atenção contínua e integral à população, com garantia de qualidade, e de humanização no atendimento, com responsabilidades econômicas e sanitárias por sua população [26].

Conclusão

O presente estudo evidenciou a importância da assistência domiciliar como modalidade alternativa e complementar à hospitalização, que se configurou como assistência substitutiva e adicional na organização dos serviços de saúde. Possibilitou proporcionar saúde com práticas assistenciais de um cuidado mais humanizado e integral, trazendo desta forma, resultados positivos no que tange às melhorias das condições de saúde dos usuários do serviço público no município de Guanambi.

Destacou-se que a compreensão dos profissionais de saúde membros do programa de ID, acerca do significado do ID, diz respeito à produção de cuidados ou atenção ao usuário em seu domicílio, sendo esse serviço responsabilidade de uma equipe de saúde multiprofissional.

Os profissionais da ID afirmaram acreditar que o cuidado no domicílio representa para a pessoa mais liberdade, mais conforto, mais qualidade de vida e convívio social, com seus familiares, vizinhos, amigos, pois ele não é tirado do seu ambiente familiar, o que tende a contribuir para a evolução clínica da pessoa atendida.

Neste sentido, há, portanto, necessidade de investimentos no programa, com intuito de ampliar o atendimento do ID, visto sua importância, essência e necessidade da rede de atenção à saúde em manter esse programa em atividade. Contudo, acredita-se que os objetivos do estudo foram atingidos, à medida que a realidade vivenciada pelos profissionais foram reveladas, bem como suas experiências que foram discutidas no decorrer do estudo.

Anseia-se que o presente estudo constitua subsídio para reflexão sobre o programa de internação domiciliar do município de Guanambi, além de possibilitar formulações sobre a organização desse programa e os sujeitos envolvidos, colaborando para uma melhor qualidade de assistência, no que concerne o cuidado no domicílio, promovendo um cuidar pleno e efetivo.

Sugere-se a realização de novas pesquisas com a finalidade de conhecer melhor o programa de ID, com intuito de favorecer a expansão do conhecimento científico acerca da temática, o que possivelmente acarretará em melhorias tanto para os usuários do sistema, profissionais e instituições de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério de Estado da Saúde; 2012.
2. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Kruse MHL, Beuter M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto & Contexto Enferm* 2012;21(3):591-9.
3. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida M. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(4):555-61.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério de Estado da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde; 2014.
6. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro J, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis* 2011;21(1):147-57.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2012.
8. Lacerda MR, Oliniski SR, Giacomozzi CM. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. *Fam Saúde Desenv* 2004;6(2):110-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério do Estado da Saúde; 2013.
10. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, eds. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p. 181-93.
11. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica* 2008;24(3):180-8.
12. Oliveira SG, Quintana AM, Denardin-Budó ML, Moraes NA, Lütke MF, Cassel PA. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33(3):104-10.
13. Blois JM, Cartana MHF, Sasso GTMD, Martins CR. Home care as a possibility of art expression, creativity and access to technology: an analysis on the subject. *Online Braz J Nurs* 2008;7(1):385-91.
14. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm* 2006;15(4):645-53.
15. Oliveira BRGD, Collet N, Vieira CV. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm* 2006;59(6):769-74.
16. Shcwonke CRGB, Silva JRS, Casalinho ALD, Santos MC, Vieira FP. Internação domiciliar: Reflexões sobre a participação do cuidador/ família/ enfermeiro no cuidado. *Ensaio e ciências: C. Biológicas, Agrárias da Saúde* 2008;12(1):77-90.
17. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. Assistência Domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(6):1001-10.
18. Leão AC, Souza MC, Valente GS, Viana LO. A formação do enfermeiro para a assistência de portadores de necessidades especiais, com paralisia cerebral submetido à internação domiciliar. *Rev Enfermeira global* 2009;(16):1-14.
19. Monteiro CP, Monteiro JL. Internação domiciliária. In: Duarte Y, Diogo M, eds. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 584.

20. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saude Soc* 2006;15(2):88-95.
21. Cotta RMM, Varela SMM, González AL, Cotta JS Filho, Real ER, Ricós AD. A hospitalização domiciliar: antecedentes, situação atual e perspectivas. *Rev Panam Saúde Publica* 2001;10(1):45-55.
22. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES): Informação sobre número de leitos hospitalares (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
23. Santana CR, Alves ED. Estudo sobre os limites e possibilidades do programa de internação domiciliar em desospitalizar doentes portadores de doenças crônico degenerativas na regional de saúde do Paranoá. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde* 2014;5(1):37-46.
24. Paz AA, Santos BRL. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Rev Bras Enferm* 2003;56(5):538-41.
25. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. 15 anos de SUS: desafios e perspectivas. In: Conselho Nacional de Secretários e Saúde, organizador. *Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários e Saúde; 2004. p. 87-103.
26. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(5):2297-2305.