

VISÃO PANORÂMICA DA SAÚDE NO MUNDO E A INSERÇÃO DO HOME CARE¹

WORLDWIDE OVERVIEW OF HEALTH AND HOME CARE

VISIÓN PANORÁMICA DE LA SALUD EN EL MUNDO Y EL HOME CARE

Miriam J. Hirschfeld²
Taka Oguisso³

RESUMO: Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Descreve a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu aspecto histórico, enfatizando a participação brasileira em sua fundação e alguns dos fatos e eventos mais relevantes que antecederam essa criação. Também descreve a história da Organização Panamericana de Saúde (OPS), fundada em dezembro de 1902 e a celebração do seu primeiro centenário em 2002. Uma visão geral da saúde no mundo é oferecida, incluindo-se os aspectos da globalização, como fato irreversível, mudanças demográficas e epidemiológicas, dependência e o trabalho de prestação de cuidados de home care, serviços de home care e políticas de home care.
PALAVRAS-CHAVE: OMS, cuidados domiciliares, história, globalização

ABSTRACT: Worldwide overview of health and home care. It describes the World Health Organization (WHO) in its historical background, pointing out the Brazilian participation in its foundation and some of the most relevant facts and events that preceded its creation. Also, it depicts the history of the Pan-American Health Organization (PAHO) founded in December 1902 and its celebration of the first centennial. A general overview regarding the world's health is given including globalization, as an irreversible fact, demographical and epidemiological changes, dependence and care delivery, home care services and policies on home care.

KEYWORDS: WHO, home care, history, globalization

RESUMEN: Visión panorámica de la salud en el mundo y el home care. Describe la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su aspecto histórico, enfatizando la participación brasileña en su fundación y algunos hechos y eventos más relevantes que antecederan esa creación. También describe la historia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en diciembre 1902 y la celebración de su primero centenario en 2002. Una visión general de la salud es ofrecida, incluyendo-se los aspectos de la globalización, como hecho irreversible, cambios demográficos y epidemiológicos, la dependencia y el trabajo de la prestación de los cuidados de home care, servicios de home care e políticas de home care.
PALABRAS-CLAVE: OMS, cuidados domiciliares, historia, globalización

Recebido em 20/02/2002

Aprovado em 26/06/2002

¹ Extraído do tema apresentado na abertura da Conferência Internacional de Home Care, promovida pela Dal Ben Cultural, em São Paulo, 26 e 27 de novembro de 2001.

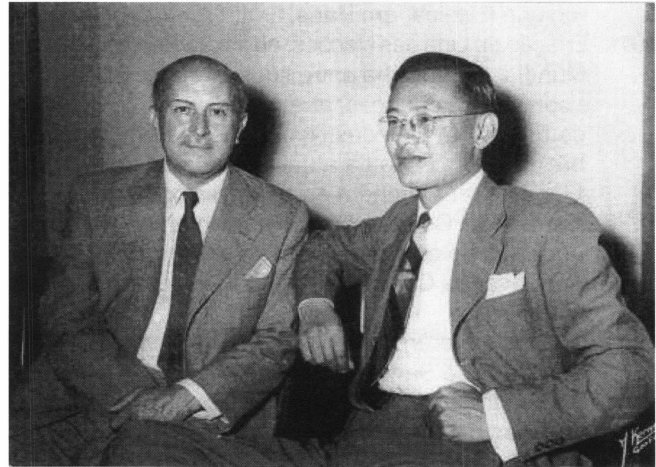
² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, pela Universidade da Califórnia, São Francisco. Diretora de Long-Term and Home Based Care, da Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça.

³ Enfermeira e advogada. Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma entidade de natureza governamental, mantida financeiramente por doações e pela contribuição anual obrigatória dos países membros, atualmente 191. É um órgão ou, assim chamada, agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU) e segue os mesmos princípios básicos de relações harmoniosas e segurança para todos os povos. A Constituição da OMS (1944), adotada em julho de 1946 por representantes de 61 países, inclusive o Brasil, entrou em vigor aos 7 de abril de 1948, data oficial da fundação da OMS, e por isso, nesse dia é celebrado anualmente o Dia Mundial da Saúde. A OMS tem por missão institucional, levar toda a população do mundo ao mais alto nível de saúde possível, definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esse alto nível de saúde é considerado como um dos direitos de todo ser humano sem distinção de raça, religião ou condição social, política ou econômica.

Interessante relembrar um pouco da história da OMS que contou com uma forte influência de um brasileiro, Dr. Geraldo de Paula Souza (1889-1951), o eminente sanitarista que ajudou a criar o Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Dr. Paula Souza, ao participar da Conferência para a fundação da Liga das Nações, posteriormente chamada, Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, na cidade de San Francisco, na Califórnia, encontrou-se informalmente com o médico chinês, Dr. Szeming Sze, e o norueguês, Dr. Karl Evang. Todos eram membros de suas respectivas delegações. Segundo o médico chinês, nesse encontro informal, o brasileiro sugeriu a criação, não de mais uma organização de saúde, como a Oficina Panamericana de Saúde, que já existia, sediada em Washington, mas estabelecer uma única organização mundial da saúde. Essa idéia foi aceita pelos demais colegas, mas logo perceberam que a Conferência havia sido convocada para tratar da criação da ONU, tema prioritário que não admitia inclusão de outros assuntos. Há uma divergência nesse ponto, pois a revista Tema, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2001), menciona que foi o norueguês que teria feito a sugestão. Em uma entrevista o médico chinês referiu claramente o nome do brasileiro como autor original da idéia. Mas, deste fato ocorrido num encontro informal não existe registro histórico. Parece mais lógico que a idéia houvesse partido do brasileiro, pela sua experiência como sanitarista, pois em junho de 1920, ele e Dr. Francisco Borges Vieira, foram os dois primeiros brasileiros a receberem o título de Doutor em Higiene e Saúde Pública, pela Universidade John Hopkins, de Baltimore, Estados Unidos da América (CAMPOS, 2002). Ele tinha também, segundo este autor, visão continental da saúde pelos estágios e inúmeras visitas feitas no sul dos Estados Unidos para conhecer os trabalhos de saneamento e realizar um trabalho de administração sanitária na organização sanitária panamericana, em Washington. De qualquer forma, o norueguês teve que retornar ao seu país, antes do término



Geraldo de Paula Souza e Szeming Sze, membro da delegação chinesa que apoiou a fundação da OMS.⁴

da Conferência e, assim, coube às delegações do Brasil e da China fazerem uma proposta conjunta, no dia 28 de maio de 1945, para que fosse estabelecida uma comissão para a criação de uma organização internacional de saúde (UNITED NATIONS CONFERENCE, 1945). Essa proposta foi aprovada e saúde foi reconhecida como um campo de interesse internacional, de tal forma que foi incluída na Carta da ONU, no Capítulo IX, dispendo sobre cooperação internacional econômica e social, de que essa Organização promoveria soluções de problemas econômicos, sociais e de saúde, além de cooperação cultural e educacional (art. 55). Goodman (1971) afirma que essas duas delegações conseguiram ainda a aprovação unânime de uma declaração sobre a necessidade urgente do estabelecimento de tal agência especializada, com amplos poderes e responsabilidades, vinculada ao Conselho Econômico e Social (art. 57 da Carta da ONU). Com isso foi aberto espaço para a rápida criação dessa agência especializada. A Comissão Técnica Preparatória para a Conferência Internacional de Saúde (FIOCRUZ, 2001) encontrou-se em Paris, de 18 de março a 5 de abril de 1946, à qual compareceram os doutores Paula Souza, Szeming Sze e Karl Evang. Outros fatos que provavelmente contribuíram para a rápida criação de uma entidade de saúde mundial, podem ter sido as várias epidemias ocorridas na Europa, como cólera, peste e gripe espanhola.

Cronologicamente, podem ser enumerados os seguintes fatos históricos (OMS, 2002) que antecederam a criação da OMS:

- 1830 - A epidemia de cólera que avassalou a Europa;
- 1851 - A tentativa frustrada de realizar uma conferência sanitária, em Paris;
- 1892 - Aprovação de uma Convenção Sanitária Internacional sobre cólera;
- 1897 - Convenção Sanitária Internacional sobre peste;
- 1902 - Criação da Oficina Sanitária Internacional, posteriormente Oficina Sanitária Panamericana;
- 1907 - Estabelecimento de um Escritório Internacional de

⁴ Foto extraída de Campos (2002).

Visão panorâmica da saúde...

- Higiene Pública, em Paris;
- 1919 - Criação da Liga das Nações, ao fim da Primeira Guerra Mundial, e que tinha entre suas tarefas a prevenção e controle de doenças, através de uma Organização de Saúde da Liga das Nações, sediada, em Genebra, Suíça. O fato da atual OMS estar sediada em Genebra tem também esta raiz histórica.
- 1926 – Revisão da Convenção Sanitária Internacional para inclusão do combate à varíola e febre tifóide;
- 1935 – Aprovação da Convenção Sanitária Internacional sobre navegação;
- 1938 – Última Conferência Sanitária Internacional em Paris. O Conselho Sanitário, Marítimo e de Quarentenas de Alexandria é entregue ao Egito, onde se encontra atualmente o Escritório Regional do Leste Mediterrâneo.
- 1945 – Conferência das Nações Unidas, em São Francisco, aprova por unanimidade a proposta brasileira e chinesa para o estabelecimento de uma nova e autônoma organização internacional de saúde.
- 1946 – Conferência Internacional de Saúde, em Nova York, aprova a Constituição da Organização Mundial da Saúde;
- 1947 – Comissão Intermediária da OMS organiza a assistência ao Egito para combater a epidemia de cólera;
- 1948 – A Constituição da OMS entra em vigor no dia 7 de abril, com a assinatura de 61 países membros.

Outro fato importante é que a OMS teve como o segundo Diretor Geral, de 1953 a 1973, portanto por 20 anos, o brasileiro, Dr. Marcolino G. Candau (WILLIAMS, 1988). O primeiro diretor, Dr. Brock Chisholm, do Canadá, ficou apenas cinco anos, de 1948 a 1953. Dr. Candau foi substituído por Dr. Hafdan Mahler, da Dinamarca, durante cujo mandato foi realizada a famosa Conferência Internacional de Alma-Ata, com a participação histórica de 134 países e 67 organizações das Nações Unidas e da qual surgiram os princípios e estratégias dos cuidados primários de saúde. Em 1988, Dr. Mahler foi substituído por Dr. Hiroshi Nakajima, do Japão, e desde 1998 a OMS é presidida por uma mulher, a médica e ex-primeira ministra, Gro Harlem Brundtland, da Noruega.

A OMS está sediada em Genebra, na Suíça, e conta com seis escritórios regionais, a saber: África, com sede em Brazzaville; Américas, com sede em Washington; Europa, sede em Copenhague; Leste Mediterrâneo, com sede em Cairo; Pacífico Ocidental com sede em Manila; e, Sudeste Asiático, com sede em Nova Delhi. A OMS funciona como uma federação internacional (OMS, 1994) com um Diretor Geral e um Conselho Executivo, para traçar as diretrizes gerais sobre a saúde no mundo. Realiza anualmente a Assembléia Mundial da Saúde, no mês de maio, com a participação de todos os países membros que discutem, votam e deliberam sobre todas as questões e prioridades de saúde.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE COMPLETA 100 ANOS EM 2002

O escritório regional das Américas (OPS, 2002), na verdade, nasceu a partir de uma resolução da 2ª Conferência Internacional dos Estados Americanos, realizado no México,

em janeiro de 1902 que recomendou “celebrar uma convenção geral de representantes dos escritórios de saúde das repúblicas americanas”. Essa convenção reuniu-se em Washington, DC, de 2 a 4 de dezembro de 1902, e estabeleceu um conselho diretivo permanente, chamado Oficina Sanitária Internacional, posteriormente, Oficina Sanitária Panamericana (OSP), precursora da atual Organização Panamericana de Saúde. Em 1924, o Código Sanitário Panamericano, firmado em Havana, Cuba, e ratificado pelos governos de 21 repúblicas americanas, conferiu à Oficina Sanitária Panamericana, funções mais amplas como órgão coordenador central de atividades sanitárias internacionais nas Américas. Em 1949, essa Oficina Sanitária Panamericana e a Organização Mundial de Saúde, firmaram um acordo a partir do qual a OSP passaria a servir também como escritório regional da OMS para as Américas. Assim é, que no preâmbulo da Constituição da atual Organização Panamericana de Saúde (OPS), se afirma que a OSP é o órgão executivo da OPS, ao mesmo tempo em que cumpre as funções de escritório regional da OMS. Portanto, em 2002 a OPS ao completar o seu primeiro centenário, firma-se como a mais antiga organização de saúde no mundo e cumpre o seu papel na promoção e coordenação dos esforços dos países da região das três Américas para combater as doenças, prolongar a vida e melhorar o bem-estar físico e mental de todos os seus povos. Assim como na OMS, também a OPS contou com um brasileiro, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, como diretor geral, por três mandatos sucessivos, de 1983 a 1995. O Brasil, mais uma vez, consolida seu papel e influência para a saúde das Américas e do mundo.

A SAÚDE NO MUNDO

Na discussão sobre a saúde no mundo é fundamental estabelecer alguns conceitos e discuti-los em maior profundidade. Os pontos básicos a considerar são:

- globalização e cuidado;
- mudanças demográficas e epidemiológicas;
- a dependência e o trabalho de prestação de cuidados;
- serviços de home care; e
- política de home care, com suas questões sociais e dos sistemas.

1) A **globalização** é um fato real e irreversível. Consiste no resultado de uma integração mundial dos setores econômicos e financeiros, que se tornaram possíveis pelo progresso tecnológico, que a informatização e as facilidades de comunicação instantânea propiciaram. Igualmente as mudanças geopolíticas, como a queda do muro de Berlim, a redemocratização e/ou a emergência de novos países, o aumento de demanda e de expectativas dos consumidores de serviços, assim como a ideologia dominante de regulamentação das sociedades pelo mercado, são outros tantos fatores que culminaram para a consolidação da tendência globalizante. Embora a globalização unifique o mundo, uma grande parte da população permanece excluída. De fato, vivemos em um único mundo, mas vírus e bactérias, assim como o terror e o medo não respeitam fronteiras.

Existem 5 fundamentos ou fontes da globalização econômica: o capital financeiro, o capital construído pelo

homem, o capital de recursos básicos, como a água, ar ou petróleo, e o capital humano e social que compõem o trabalho da assistência. Mas, o que ocorre hoje com esse trabalho?

A globalização é dominada pela expansão de mercados, pela idéia de maior lucro e eficiência; pelas relações de mercado, onde não prevalece o relacionamento interpessoal e nem conhecimento de pessoas. Tende a existir maior confiança nas famílias, porém, as famílias tornam-se cada vez menos estáveis e menos aptas para prover o sustento das necessidades. Por isso mesmo, há mais e mais mulheres aderindo à força de trabalho em busca de recursos externos, mas assumindo duplo papel, pois precisam continuar a prover ou a serem responsáveis pelos cuidados à família.

Analisando-se os dados oficiais recebidos pela OMS, observa-se um enorme desequilíbrio nos gastos globais com assistência à saúde, notadamente entre os países mais industrializados e os em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros, o gasto com saúde representa 89% do total, nos países menos industrializados despende-se apenas 11% em saúde. Entretanto, a população do universo é distribuída de forma que 16% encontram-se nos países industrializados e 84%, nos em desenvolvimento. O peso das doenças nos países industrializados representa apenas 7%, ao passo que nos países em desenvolvimento esse peso representa 93%. Portanto, gasta-se muito mais para muito menos pessoas nos países industrializados.

Diante desse quadro, Marmot (2001) considerou que a sociedade onde as pessoas tenham senso de otimismo em relação ao futuro, controle sobre suas próprias vidas e onde exista coesão social e equidade, é uma sociedade que terá como resultado melhor saúde. Wilkinson (1998) corrobora com essas idéias afirmando que, hoje não há mais dúvidas sobre as evidências de determinantes sociais que afetam a saúde. O escritório regional da OMS para a Europa tem promovido estudos sobre políticas e ações necessárias para orientar os países da região, de modo a prevenir antes que os males cresçam, pois reconhece que essas evidências são discutidas apenas entre pesquisadores e seria preciso aumentar a conscientização das pessoas e estimular e promover as ações.

2) Quanto às **mudanças demográficas e epidemiológicas**, nos próximos vinte anos, cabe ressaltar o grande aumento na população de idosos em todos os países, sobretudo naqueles em desenvolvimento. Em relação a 1990, e mantendo-se os mesmos índices de crescimento até 2025, apenas a população de idosos na Indonésia aumentará em mais de 400%. Note-se que esse país sofreu recentemente uma queda do produto interno bruto (PIB) em cerca de um terço, durante a crise econômica no final da década de 90. Na Colômbia, Quênia, Tailândia e Costa Rica, o crescimento atingirá taxas superiores a 300%. O Brasil situa-se entre os países que aumentarão os índices em mais de 200%. Austrália e Estados Unidos aumentarão em 100% ou um pouco mais. Entre os países que irão apresentar os menores índices de aumento da população idosa estão a Suécia, Uruguai, Noruega, Reino Unido, Dinamarca e França.

O paradoxo é que o mundo desenvolvido ou o chamado Primeiro Mundo tornou-se rico antes de se tornar idoso, ao passo que nos países em desenvolvimento as pessoas tornaram-se idosas antes de se tornarem ricas.

Outro conjunto de dados da OMS refere-se ao aumento do ônus de doenças não transmissíveis e ferimentos por acidente. Esse aumento resultou em mudança na ordem dos anos de vida ajustados à incapacidade das quinze maiores causas.

Quadro 1 - Agravos à saúde, por ordem decrescente de ocorrências nos anos 1999 e 2020

Doença ou ferimento em 1999	Doença ou ferimento em 2020
1. Infecção respiratória aguda	1. Doença isquêmica do coração
2. HIV/AIDS	2. depressão grave
3. condições perinatais	3. ferimento por acidente de trânsito
4. doenças diarreicas	4. doença cérebro-vascular
5. depressão grave	5. doença pulmonar obstrutiva crônica
6. doença isquêmica do coração	6. infecção respiratória aguda
7. doença cérebro-vascular	7. tuberculose
8. malária	8. guerra
9. ferimento de acidente de trânsito	9. doença diarreica
10. doença pulmonar obstrutiva crônica	10. HIV
11. anomalia congênita	11. condições perinatais
12. tuberculose	12. violência
13. queda	13. anomalia congênita
14. sarampo	14. ferimento causado por si mesmo.
15. anemia	15. câncer de traquéia, brônquio e pulmão.

Como se pode observar, acima, há uma tendência mundial no sentido de alterar, nos próximos vinte anos, o quadro de incidência de doenças na população. Doenças infecciosas tendem a ser substituídas por doenças isquêmicas do coração, depressão, acidentes de trânsito e doenças crônicas. Causas novas irão surgir como a guerra, violência e câncer entre as quinze maiores causas.

Os grupos das grandes causas de morte, por região da OMS, também refletem uma realidade dos grandes contrastes que existem na saúde mundial, de uma área geográfica para outra. Enquanto na África, no Leste Mediterrâneo e Sudeste Asiático há uma alta prevalência de doenças transmissíveis, deficiência nutricional e precariedade de condição materna e perinatal como causa de morte; nas regiões do Pacífico Ocidental, Américas e Europa, as causas mais prevalentes são as doenças não transmissíveis. Destaque-se que na África, a causa maior de morte, por larga margem, são as doenças transmissíveis, a precária condição materna e perinatal assim como a deficiência nutricional, com mais de 60% das causas de morte. Enquanto isso, na Europa, as condições não transmissíveis constituem mais de 75% das causas de morte.

As maiores causas que geraram incapacidades no mundo, considerando o número de anos vividos com essa incapacidade, são pela ordem: depressão, a anemia ferropriva, quedas, abuso de álcool e doenças crônicas obstrutivas dos pulmões.

Entre os fatores de risco para doenças respiratórias crônicas, câncer e outras, incluem-se fatores não modificáveis como idade, sexo e genes. Porém constituem grandes fatores de risco o fumo, o álcool, as dietas descontroladas e a ausência de atividade física. São considerados fatores de risco intermediário a hipertensão arterial, diabetes e a obesidade que podem favorecer doenças coronarianas, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e diversos tipos de câncer.

No final do século XX, a doença que causou maior preocupação para a OMS e para toda a humanidade foi HIV/AIDS, pela rapidez da propagação e como agente causador de grandes transtornos familiares e sociais. No final de 1999, a América Latina contabilizava um 1,3 milhões de pacientes contaminados. Mas é a África, especialmente na região ao

sul do Saara, que lidera o total de pacientes, pois vivem nessa região quase 25 milhões de pessoas infectadas pelo HIV. A região do Sudeste Asiático também tem um alto índice de pacientes com mais de 5 milhões de infectados pelo HIV. A OMS estimava que, somente em 1999, seriam contaminados novos pacientes, entre adultos e crianças, num total de 150.000 na América Latina e quatro milhões na África, aumentando em mais de cinco milhões de novos pacientes em todo o mundo, no período de apenas um ano.

O custo mundial por ano, de medicação específica, para hepatite B está em torno de 8 a 16 milhões, para hepatite C, de 2,3 a 4,7 milhões e para HIV, de 80 a 160 milhões, segundo estimativa da OMS. Entretanto o custo maior estaria com cerca de 1,3 milhão de mortes prematuras, 26 milhões de anos de vida produtiva perdidos e o dispêndio de \$535 milhões de dólares com assistência médica direta.

De acordo com estimativas de 1998, em termos mundiais, havia incapacidade associada a algumas doenças infecciosas, tais como: esquistossomose com 200 milhões de pessoas atingidas, tracoma com 150 milhões, filariose com 120 milhões, doença do sono com 55 milhões, doença de Chagas com 18 milhões e leishmaniose com 12 milhões. Em contra-partida, doenças como a poliomielite, oncocercose e lepra estavam entre as doenças em fase de erradicação.

Qualquer que seja a modalidade assistencial é necessário considerar os diversos aspectos integrados: a assistência médica a crônicos e agudos, a reabilitação e a assistência paliativa, além da promoção da saúde que circundam a assistência domiciliária prestada pelo serviço de enfermagem. Não pode haver prática de *home care* sem integrar esses aspectos no contexto, seja em caso de paciente com enfermidade aguda, seja crônica com necessidade de cuidado de longa duração.

Historicamente, é sabido que com a evolução das ciências e o progresso da tecnologia, a assistência à saúde foi transferida dos domicílios para as instituições hospitalares, que por concentrarem aqueles recursos eram consideradas o ambiente mais seguro e apropriado para a prestação desses serviços aos que deles necessitassem. Com a alocação de recursos cada vez maiores e mais sofisticados, a assistência hospitalar foi-se tornando cada vez mais dispendiosa e mais distante da população rural e carente, cujo acesso físico e econômico era cada vez mais difícil (OGUISSO; SCHMIDT, 1999).

A automatização, robotização e informatização eliminaram milhares de empregos em todos os países. A desregulamentação, que teve início na década de 80, é uma tendência mundial que continua de forma vigorosa. Essa tendência já se nota mesmo no Brasil, com o trabalho temporário e a nova flexibilização da legislação trabalhista, a possibilidade de negociação de salário entre empregados e empregadores. Também a urbanização, o desemprego, o envelhecimento da população, o custo crescente e inexorável dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, o aumento da demanda e a redução de recursos para o setor saúde, a maior incidência de doenças degenerativas e crônicas, melhoria do nível de educação e da qualidade de vida da população, capacitando-a a receber criticamente os conhecimentos técnicos e científicos, aumento de expectativa dos consumidores de serviços, entre outros fatores concomitantes, como consequência da globalização

da economia, acabaram por criar uma força propulsora em busca de novos rumos (OGUISSO, SCHMIDT, 1999).

A desinstitucionalização de pacientes com a redução de leitos hospitalares ou do período de internação hospitalar significa também redução nos quadros de pessoal, inclusive de enfermeiros e pessoal de enfermagem, permanecendo os melhores qualificados em alguns setores, mas os de custo menor em outros setores. Mas, enfermidades e pacientes continuam a existir e os pacientes que receberam alta precoce também necessitam de cuidados ao retornar ao lar. Isso significa que a assistência está sendo deslocada do âmbito hospitalar para os domicílios. Diante desse quadro, enfermeiros deverão estar preparados para alguma forma de assistência, pois a realidade já está definindo a tendência nessa área, impulsionando a Enfermagem, como profissão, para uma determinada direção. Qual seria essa tendência ou a força que estaria levando a Enfermagem para um determinado caminho?

Parece que esse caminho responde pelo nome de *"home care"* e esse tipo de assistência domiciliária está assumindo, em todos os países, uma grande importância, seja como uma forma de redução dos custos de internação hospitalar seja para proporcionar segurança, bem estar e conforto para o paciente em seu próprio ambiente, assim como para sua proteção contra possíveis infecções hospitalares. Iniciada no final do século XX, o *home care* irá firmar-se definitivamente no século XXI e passará a ampliar cada vez mais seu espaço, como uma das especialidades para todos os profissionais da saúde, mas, sobretudo para enfermeiros e pessoal de enfermagem.

O *home care* pode ser definido (WHO, 1999) como aquele cuidado à saúde proporcionado às pessoas no seu domicílio. Esse cuidado pretende ser apropriado, de alta qualidade e com a relação custo-benefício compatível para os indivíduos, que devem manter sua independência e a melhor qualidade de vida possível. Estudos da Organização Mundial da Saúde demonstram que o *home care* está virtualmente associado com melhor qualidade de vida e que relação custo-benefício é mais freqüentemente favorável nos casos que substituíram longas internações (WHO, 1999).

São objetivos do *home care*: substituir hospitalização repentina por necessidade aguda de cuidado; substituir uma longa internação institucional; prevenir a necessidade de internação institucional e manter os indivíduos em seu próprio domicílio e comunidade.

3) Com respeito à **dependência e o trabalho de prestação de cuidados** dois aspectos são fundamentais: as atividades da vida diária (AVD) e os instrumentais para a atividade de vida diária (IAVD). As pessoas têm necessidades fisiológicas básicas que precisam ser satisfeitas em qualquer circunstância, estejam doentes ou com saúde. Aparentemente é muito simples satisfazer essas necessidades, como alimentação, eliminações, hidratação, higiene, respiração, etc. O cuidador não imagina quantas atividades envolvem as AVD, pois um simples banho pode necessitar de muitos cuidados a cada dia, nos sete dias da semana e nos 365 dias do ano. Muito do sucesso desse cuidado está apenas em estar próximo ou ao lado do paciente, para alcançar as coisas que ele necessita. A hidratação pode ser necessária tanto de dia como de noite e assim por diante.

Ao desenvolver uma AVD, nem sempre se percebe quão árdua pode ser dar um banho, vestir, ajudá-los a ir ao banheiro, a usar o sanitário ou fazer uma higiene íntima no próprio pai ou mãe. Para alguns povos e culturas pode ser uma situação extremamente embaraçosa e constrangedora tanto para os pais como para os filhos, que não foram treinados e nem acostumados a prestar esse tipo de cuidado para genitores. Enfim, a situação prática pode envolver muitos problemas de difícil solução, dependendo da cultura, costumes e valores sociais.

Além dessas atividades pessoais haverá necessidades de outras como compras em super-mercado, uso de transporte público, o controle das próprias contas e finanças, enfim o controle dos vários medicamentos, que precisam ser administrados em suas dosagens, vias e horários corretos, que num hospital é um procedimento simples, mas em *home care* pode ser complicado e confuso para o cuidador ou para o próprio paciente. Ademais, o paciente necessita de comunicação e apoio emocional, observação de seu comportamento para que não se machuque, administração dos cuidados quanto aos sintomas, à dieta, exercícios físicos, repouso, medicamentos, cuidados com a pele, etc. assim como a administração de eventuais crises agudas no processo de sua enfermidade. Se no hospital é fácil, para um cuidador lidar com situações como dor aguda, desmaios, tosse prolongada em casa é muito difícil.

Quase tudo que é feito numa Unidade de Terapia Intensiva, hoje pode ser feito no domicílio, devido à alta tecnologia em *home care*, tais como a nutrição artificial, hidratação, ventilação mecânica, aspiração contínua de secreções, infusões endovenosas e diálises que transformam as residências em verdadeiras enfermarias de hospital.

Na falta de um cuidador familiar, talvez seja necessário um cuidador externo. Nesse caso a família precisa recrutar um, indicado por alguma fonte confiável, que ofereça boas referências. Mesmo assim é mister contratar alguém para supervisionar, fixar o pagamento e estabelecer os limites das atividades. Há um grave erro em excluir cuidadores informais do *home care*, o que representa uma visão política limitada de organizações de enfermagem. Mesmo nos países mais ricos, tem-se dito e repetido que, cerca de 90% da assistência de *home care* é ainda realizada por cuidadores informais (HIRSCHFELD, 2001).

No dia-a-dia é preciso tomar decisões e resolver problemas com o paciente, ou em seu nome, em relação a intervenções médicas, internação hospitalar, rotinas diárias e controle da dor e outros sintomas, além de decidir sobre o local onde a pessoa deve viver e até morrer. Nesta circunstância é necessário analisar os riscos e garantias, as despesas decorrentes, proteção contra eventuais descuidos ou maus-tratos, procurando equilibrar os recursos existentes, as preferências e capacidades tanto do paciente como do cuidador.

4) A localização dos **serviços de home care** dentro da sociedade e do sistema de saúde depende em grande parte do modelo vigente em cada país. No Brasil, com o Sistema Único de Saúde, instituído desde 1988 e inserido na Constituição, propõe teoricamente um sistema que garanta a saúde como um direito de cidadania. A OMS preconizou uma reforma com o propósito de melhorar a

equidade, qualidade e eficiência no setor saúde através de mudanças na organização e financiamento dos serviços, em geral caracterizados por: descentralização, privatização e separação entre provedor e utilizador.

As seguintes questões devem ser consideradas para o desenvolvimento da assistência em *home care*: natureza do programa; critérios para elegibilidade; avaliação dessa elegibilidade; benefícios; operacionalização do programa; financiamento; cobertura e custo.

Quanto à natureza do programa de *home care*, deve ser analisada a população-alvo. Se o serviço vai ter cobertura nacional, o cálculo estimativo é de que 5% da população pode vir a necessitar de *home care*, o que no Brasil pode ficar em torno de 8 milhões de pessoas. É necessário decidir também se o serviço vai cobrir 24 horas e sete dias da semana, ou não.

Os critérios para elegibilidade incluem basicamente a idade, o tipo de doença, grau de dependência, relacionamento com o cuidador, grau de apoio familiar e condições econômicas para assumir financeiramente o custo. Esses critérios, uma vez definidos, devem ser avaliados quanto ao nível e tipo de cuidado necessário.

A família, ao optar por *home care*, pode receber como benefício a provisão dos cuidados necessários no ambiente próprio do paciente, prestação de cuidados de enfermagem nas diversas modalidades de cuidado-dia ou outros cuidados específicos, orientação, aconselhamento, provisão de material e/ou medicamentos prescritos, entre outros benefícios.

O programa de *home care* pode ser governamental ou administrado em conjunto com outras organizações não-governamentais ou ser privado. Devem ser ainda previstos nesse programa: o planejamento da assistência a ser prestada, a educação ou treinamento dos funcionários ou trabalhadores e o controle da garantia de qualidade.

O financiamento dos serviços de *home care* pode ser obtido por via dos impostos, em geral, ou de um sistema de seguro ou previdência social. Excetuando-se essas possibilidades o usuário terá que arcar com o seu custo do próprio bolso. De qualquer forma a contenção de custos é uma medida geral em qualquer das hipóteses.

A cobertura dos serviços inclui a necessidade de estimar a parcela da população que irá precisar de *home care*, a localização desses serviços, tanto na área urbana como rural, a categorias de doenças e a idade da população alvo, e, os níveis de dependência ou incapacidade dos possíveis pacientes.

O cálculo do custo implica no custo total, o custo-hora, a proporção de trabalhadores pagos ou voluntários, o custo da educação, dos medicamentos e material e do transporte.

É importante considerar que nos países com uma média alta de produto interno bruto (PIB) os serviços são de cobertura universal com base nos impostos cobrados, como ocorre no Reino Unido, nos países escandinavos, no Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Ainda com cobertura universal, mas baseados em seguro social, encontram-se países como a Holanda, Áustria, Alemanha, Japão e Israel. Entre os países com sistema de cobertura não universal, baseados em serviços privados, encontram-se, entre outros, os Estados Unidos, Espanha e Itália.

Nos países com PIB, em nível médio, como a Coréia, os serviços não têm cobertura universal, e há uma mistura entre serviços públicos e privados.

Já nos países de PIB mais baixo, podem existir serviços de cobertura universal, como ocorre com Cuba e iniciativas de *home care* baseados nas comunidades locais como na África do Sul, Uganda, Zâmbia, Quênia, Camboja, Tailândia e China.

5) Quanto à **política de *home care*, com suas questões sociais e sistêmicas**, é importante destacar em nível de país, a política pela adoção de uma abordagem com enfoque em: promoção da saúde e o maior adiamento possível da dependência ou incapacidade; as necessidades das pessoas com dependência funcional; as necessidades dos cuidadores, independentemente da etiologia da dependência, da idade do receptor de cuidados e do próprio cuidador; equilíbrio entre os direitos individuais e as obrigações sociais, desafiando as normas sociais para um compromisso solidário de homens e mulheres com o trabalho de cuidar; reconhecendo o cuidado como uma necessidade humana prioritária; estimulando nas pessoas o cuidado como uma obrigação social.

É importante acrescentar, ainda em nível de país, o desenvolvimento de políticas que incluam o *home care* e o cuidado de enfermidades de longa duração como parte integrante do sistema social e de saúde do país, para guiar; o planejamento, a legislação e regulamentação, o financiamento, a organização, administração e controle para um efetivo desempenho dos serviços e o desenvolvimento pleno dos recursos humanos e adequado uso dos recursos materiais.

Sobretudo, é imperioso evitar o excesso de medicalização e de profissionalização nos serviços de *home care*, criando necessidades e prestação de serviços por profissionais altamente qualificados, quando poderiam ser prestados por pessoal mais simples e de menor qualificação, o que reduziria os elevados custos nos serviços públicos e oneraria menos os pacientes particulares.

O objetivo do cuidado de pacientes portadores de doenças de longa duração é fundamentalmente a qualidade de vida. Não é o mesmo que cuidar de pacientes com doenças agudas, nem se pretende substituir a assistência hospitalar. Mas, é importante frisar que um sistema somente com médicos e enfermeiros para *home care* é absolutamente insustentável em qualquer país do mundo. Para cobrir uma estimativa brasileira de cerca de sete a oito milhões de pacientes em *home care*, é necessário que muitos familiares sejam treinados para prestar os cuidados. Enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais apenas treinariam e, depois, supervisionariam o cuidado prestado pelo cuidador.

CONCLUSÕES

Em suma, os serviços para a provisão de cuidados à população seguem o ciclo da vida, pois vai do pré-natal à velhice, e os níveis de cuidados passam pelo indivíduo, família, comunidade até a política nacional para assegurar a continuidade do cuidado, incluindo desde os aspectos preventivos, curativos, de reabilitação, os crônicos de longa duração e os cuidados paliativos. Todos esses níveis e cuidados devem ainda assegurar a equidade, a alta qualidade

e auto-sustentabilidade.

Embora os cuidados de *home care* possam ser prestados diretamente por profissionais da saúde com escolaridade superior, como médicos e enfermeiros, a literatura tem apontado mais os cuidadores formais, de escolaridade média, ou informais treinados, especialmente nos países que pretendem reduzir custos, dar conforto ao paciente e prevenir possíveis infecções hospitalares.

A atual tendência é ainda para a criação ou expansão de serviços residenciais para a assistência não apenas a crônicos, mas também a agudos, desde o preparo pré-operatório ao pós-operatório, peri-natal, cuidados paliativos e até mesmo eventos episódicos. Poder-se-ia oferecer também cuidado-dia ou cuidado-noite para idosos ou crônicos, cuidado-alívio para pacientes terminais, cuidado-criança doente, cuidado-dia cirúrgico, aconselhamento sobre cuidados de todos os tipos e, até mesmo, serviços de saúde ocupacional e saúde escolar para empresas. Outra tendência que começa a ser praticada em alguns países é o programa de treinamento específico de leigos, denominados cuidadores, para cuidarem em sua própria casa dos familiares idosos, doentes crônicos ou crianças com alguma enfermidade prolongada.

Diversos países europeus, assim como Israel, já aprovaram regulamentos e critérios para a prestação de atendimento residencial, de acordo com determinados padrões da prática médica e de enfermagem, metodologias profissionais apropriadas, documentação do tratamento realizado e controle externo de qualidade. Basicamente, são necessárias quatro condições para seleção de pacientes que desejam receber assistência domiciliária:

- diagnóstico conclusivo do paciente que permita elaborar plano de assistência de enfermagem;
- condição estável do paciente, que não requeira supervisão constante;
- existência de um lugar com quarto, cama, banheiro e outras facilidades mínimas; e,
- existência de uma pessoa que queira assumir a responsabilidade pelo paciente, ou seja um cuidador.

Por último, é necessário também acreditar que a identificação das tendências da profissão para o futuro não é suficiente. O “grande desafio não é antecipar o futuro, mas, sim construí-lo” (ICN, 1999) segundo o guia para enfermeiros futuristas. Cada um de nós precisa crer que é possível criar e construir esse futuro desejado para a Enfermagem e desenvolver as estratégias para alcançar as metas que levariam a esse porvir ansiado.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, C. de **São Paulo pela lente da higiene** – as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Paulo: RiMa (FAPESP), 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ) – Num restaurante em São Francisco... **Tema**, n. 22, p. 3, set. 2001.

GOODMAN, N. **International health organizations and their work**. London: Churchill Livingstone, 1971.

HIRSCHFELD M. Amo a enfermagem. **Médicis**, São Paulo, v. 2,

n. 10, p. 20-2, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Guidebook for nurse futurists**. Future oriented planning for individuals, groups and associations. ICN: Geneva, 1999.

MARMOT, M. G. Economic and social determinants of disease. In Bulletin of the World Health Organization. **Journal of Public Health**, 2001, v. 79, n.10, p. 988-989.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem – uma abordagem ético-legal**. São Paulo: LTr, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization. **Basic Documents**. 40. ed. Geneva: ICN, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – World Health Organization – History of WHO and international cooperation in public health. www.int/aboutWHO/en/history.htm

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Historia y

estructura. In: <http://www.paho.org/spanish/historia.htm>

UNITED NATIONS. Charter, Chapter IX. International, Economic and Social Cooperation. www.un.org/overview/charter/chapter9.html.

UNITED NATIONS CONFERENCE ON INTERNATIONAL ORGANIZATIONS. Commission II, General Assembly. **Agenda for Thirteenth meeting of Committee II/3**, May 28, 1945.

WILKINSON, R. (Ed) **Social determinants of health: the solid facts**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998

WILLIAMS, G. WHO's Fortieth anniversary. WHO: reaching out to all. **World Health Fórum**, v. 9, p. 185-199, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-based and long-term care**. Home care issues at the approach of the 21th Century from a World Health Organization perspective. A literature review. Geneva: WHO/HSC/ LTH/99, 1999.