REV PORT PNEUMOL Ill (5): 481-492

ARTIGO ORIGINAL

Alguns dados sobre a Assistencia Respiratoria Domiciliaria em Portugal

ISABEL MELO*

• Assistente hospitalar graduada de Pnewnologia .

RESUMO

Sao apresentados os valores da prevaleocia de oxigenioterapia e ventiloterapia domiciliarias em Portugal, e comparados com os de alguns outros paises.
Apontam-se os factores que contribuem para algumas das dificuldades na adequada da assistencia respiratoria domicililiria.
Refere-se a necessidade crescente de uma estrutura integrada de assistencia respiratoria domiciliaria em Portugal.

Palavras-chave: oxigenioterapia ; ventiloterapia ; assistencia domici-liaria

ABSTRACT

The values of prevalence of home oxygen therapy and ventilation therapy in Portugal are reported and compared with those of some other countries.
Factors that contribute to the difficulty in properly applying home respiratory care are mentioned.
The growing necessity of a comprehensive structure for respira-tory home care in Portugal is referred.

Key -words: oxygentherapy; mechanical ventilation; home care.

Departamento de Pnewnologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de
Gaia (Director: Dr. A. Ramalho de Almeida)
Rua Fernandes 4430 Vila Nova de Gaia

Recebido para 97.6.4
Aceite para 97.7.2

Setembro/Outubro 1997 Vol. Ul N" 5 481

R.EVIST A PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA

INTRODU<;AO

Por Assistencia Domiciliaria entende-se o fomeci-mento de servic;os e de equipamento ao doentc, na sua pr6pria casa, com a finalidade de restaurar e manter o seu maximo nivel de conforto, funcyao e saUdc (1). A Assistencia Respirat6ria Domiciliaria dcstina-se a doentes respirat6rios cr6nicos com maior ou menor grau de incapacidade e tern como objectivos prolongar a vida, mclhorar a qualidadc de vida proporcionando ao doente o ambiente propicio ao desenvolvimento das suas capacidades inclividuais, melhorar a func;ao fisica e psicol6gica, rcduzir a morbilidadc, conscguindo simultanearnente uma mais vantajosa relac;3o custo-be-neficio dos servicyos prestados (2). Compreende servicyos diversos, das quais os essenciais sao a Oxige-nioterapia de Longo Termo (OTLT) e a Assistencia Ventilat6ria de Longo Termo (coosistindo de CPAP nasal e Ventilac;3o Pressao Positiva). Estes tipos de assistencia podem hierarquizar-se segw1do a sua complexidade e o grau de dependencia dos doentes a que se dcstinarn:
1°- a Oxigenioterapia envolve equipamento relati-vamente simples, nao pondo regra geral grandes problemas de utilizacyao c mancjamento pclo docntc, nestes casos quase semprc auto-suficiente. 0 mesmo se passa em relac;ao ao CP AP.
2°- a Veotilac;ao por Pressao Positiva ofcrece maior complexidade de manejamento e exige cuidados complementares, em ma1or ou menor grau confonne see invasiva ou nao, continua ou intcrmitente.
A Oxigenioterapia de Longo Termo (OTLT) deve ser utilizada na DPOC com insuficiencia respira-t6ria cr6ruca grave ou associada a hipertensao pulmo-nar, sendo duvidosa a sua indicac;ao noutras
A Ventiloterapia de Longo Termo, porseu !ado, tern a DPOC como indicac;ao secundaria, ja que mostra melhores resultados nas situacyoes de falencia de bornba ventilat6ria como as doencyas neuromusculares de evolucyao lenta e nas doenc;as esqueleticas do t6rax,
e tambem oas doenc;as pulmonares restritivas como as sequelas de tuberculose.
0 tratamento com CPAP nasal tern indicac;ao

482 Voi.IU W5

especifica no Sindroma de Apneia Obstrutiva do So no.

A V ALIACAO DA ASSISTENCIA
RESPIRA TO RIA DOMJ.CTLTARLA

Qualquer avaliac;ao da situacyao no que respeita a Assistencia Rcspirat6ria Domiciliaria deve basear-se na analise dos facto res que nela intervem: o numero de doentes alvo, o sistema de cuidados ex1stente, os custos do fomecimento, a accssibilidade dos
a existencia de limitacyoes a prescriyaO quer quaoto a regulayao de criterios de indicayao quer quanto aos agentes prescritores, a aderencia ao tratamento (que condiciona o con sumo), o controlo do tratameoto, a utilizacyao da forma de terapeutica adequada, a modali-dade de fomecimento eo nivel de assistencia tecoica. 0 conhecimento da prevalencia das patologias que constituem indicac;ao para Assistencia Respirat6ria Domiciliaria perm1tiria estirnar as oecessidades existentes neste campo. Na falta dele, servimo-nos dos dados estatisticos fornecidos pel a Organ1zac;3o Mundi-al de Saude referentes a mortalidade por bronquite cronica, eofisema e asma, agrupados sob o mesmo codigo na Classifica9a0 lntemacional das Doeo9as (3). Pode verificar-se (Fig. I) urn decrescimo em tennos de tendencia de 1980 para 1995 da mortaJidade por DPOC em Portugal, tal como aconteceu em lnglaterra. Contudo os ntuneros da estatistica comparativa situam-nos acima da Franc;a, dos EUA e do Canada em 1991, cmbora abaixo da Lnglaterra e da Finlandia.

r- Oxigenioterapia Domiciliaria

Na Fig. 2 sao colocadas em paralelo a prevalencia de ox1genioterapia em varios pafses e a mortalidade por DPOC (a principal indicacyao para OTL T) (4). Ressalvando que o numero de mortes por DPOC nao perm1te por si so tirar conclusoes sobre as necessida-des em oxigeruoterapia, a Fig. sugere que em Portugal estamos a sobreprescrever 02, sendo certo que a

Setembro/Outubro 1997

ALGUNS DADOS SOBRE A ASSJSTENCIA RESP!RA T6R1A DOMICILJARIA EM PORTUGAL

25

23

21
0

= w 19
I:L

g 17

0

0
15
-

:3 13

...

a::

11

9

7

• lNG LA TERRA
-- FINL.ANDIA
PORTUGAL
----o FRANCA
U. A.
- · CANADA

5 • •

_.,.,...

· - -./

'-
••

I I I I I 1979 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 1995

Fig. 1 - Mortalidadc por DPOC- Tendencias em alguns paises

frequencia da e superior a da pais
exemplar no que respeita ao controlo dos fnsuficicntcs
Respiral6rios Cr6nicos. Se M sctc anos a nossa taxa
de doentes sob oxigenioterapia era quase mctade da
da actualmente ultrapassamos aquele pals em frequencia de (5,6). Por outro !ado poder-sc--ia interpretar a menor taxa de por DPOC no Canada enos EUA (onde o fomccimento c libc-ralizado se bern que a seja controlada) como sendo uma consequencia da utilizayao de OTL T em larga cscala e desdc hA longa data.
A facilidade de prescriyao scm criterios c scm controlo, a oxigenioterapia paliativa, a cobertura de servic;;os e a acessibilidade da assistencia, assim como a existencia de contratos de sao factores que intervem na prevalencia de oxigenioterapia em Portugal.
Salvo a minoria de casos controlados em consuJtas hospitalares de especialidade, de um modo generaliza-do niio parece haver rigor nos criterios de prescriyao.

Setembro/Outubro 1997

No nosso pais nao ha registo de doentes sob OTL T, ignora-sc quem prescrevc c com que criterios. Conhece-se quem fomece e sob que forma. Sabc-sc ainda que e o Scrviyo Nacional de Saude o principal pagador mas nao csta estimado o valor global do seu custo. E inexistcnte qualquer controlo ou supervisao sistematica (6).
Os numeros que apresentamos seguidamente foram fomecidos pel as cmpresas que em Portugal se ocupam da instalayao e manutencao do equipamento, a Gasin e a VitaJAirc. Nao foi possivel obter a proveniencia descriminada das ncm a dos

tratamentos, e consequentemente dos consumos.
A Fig.3 rcpresenta a do numero de docntes com oxigcnioterapia, o qual quadriplicou em menos de 7 anos, tendo havido nos ultimos 6 mescs urn aumento de 32%, o que significa que oeste perio-do, em medja, I 0 novos doentes em cada dia tiveram oxigenio em sua casa. Refira-se que de 1985 para 1990 tinha havido um aumento de 20% (6). 0 tao

Voi.UIN"5 483

REVISTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGTA

<(
.

:::>
.

UJ

u.

<(
0:
0:
UJ
....

(!)
z

OXIGENIOTERAPIA
/100.000

....1
<(
(!)
:::>
....

0:
0
0.

Fig. 2- Monulidadc por DPOC e t>rcvalcncia de Oxigcniotcrapia em alguns paiscs (1993)

grande aumento da oxigeniotcrapia domiciliaria podc interpretar-se como sendo dcvido por urn lado uma melhor do problema da lnsuficiencia Rcspirat6ria Cr6nica c maior divulgacyao do conheci-mento da sua terapeutica, e por outro I ado a urn acesso mais expedito a prescri9ao, total mente livre no nosso pais.
Assim, em 1995, 6.373 docntcs tiveram Oxigcnio em sua casa, sendo que 57% dcles pertenciam aos distritos de Lisboa, Porto c Coimbra. Em Julho de 1996 havia 8.451 doentes com 02 dorniciliario. Notc-
- se que este aumento se fez a custa do oxigenio gasoso ja que ha uma estabiliza9ao do numero de concentradores que constituem apenas uma percenta-gem reduzida de casos. A experieneia de varios

484 Vol. Ill W 5

ccntros, aprcsentada em divcrsas comunicac;oes, indica que grande parte destes docntcs nao seguem regimes de administra((ao prolongada c parece tambem que muitos deles nao tcrao mesmo indicacyao para OTL T. Uma razao adicional para esta interpretac;ao e o rclativamente pequeno numero de concentradores (mcnos de 8% do total) o que nos faz questionar a real adercncia dos doentes a OTLT, ja que esta provado que aqueles que rem uma aderencia razoavel a uma prcscri((ao correcta (de mais de 15 horas por dia) tern urn custo mais baixo para a empresa fomecedora se o oxigenio for disponibilizado por meio de concentrador. Repare-se ainda no numero fnfimo de doentes com 02 llquido, a forma de fomecimento que melhor pcrmite a deambulac;ao e com a maior autonomia: 44

Setembro/Outubro 1997

ALGUNS DAOOS SOBRE A ASSISTENClA RESPlRA T6RJA DOMICILIARJA EM PORTUGAL

n° de doentes

8000

6000

4000

2000

O liquido

• Concentrador

l::iil Gasoso

1989 1995
total: 6373

jul-96
total: 8451

Fig. 3- Evolucao da Oxigeniotcrapia em Portugal

em todo o pais, quase todos em Lisboa, e regiOcs Jimftrofes. Este dado indica uma distorsao na frcqucn-
cia de utilizac;ao das diferentes modalidades de forne-cimento que depende apenas do criterio da casa fornecedora., nao estando portanto dependeote de uma escolha de natureza medica mas de criterios econ6mi-cos, em virtude do elevado custo do 02 liquido (6). Com efeito, a subvenc;ao baseia-se no pagamento de uma quantia diaria fixa (estabelecida por contrato celebrado ha mais de I 0 anos e ate hoje nao revisto entre o Estado e as empresas fornccedoras), qualquer que seja a forma de fomecimento de 02 (botijas, concentrador ou dispositivos de administrac;ao de 02 liquido), sendo o mesmo valor atribuido ainda a aerossolterapia e a ventiloterapia dorniciliaria indepen-dentemente do tipo de aparelho aplicado. Assim sendo, o ganho da empresa fornecedora reside na utilizac;ao da modalidade de tratamento menos dispen-diosa e sera tanto maior quanto mais reduzido o

Setembro/Outubro 1997

consumo por parte do doente, nos casos do 02 Gasoso c Liquido.

No momento actual nao ha razOcs para supor que
a se modificou consideravelmente em
a vcrificada hA alguns anos, quer no que respeita a prescric;ao inadequada quer a aderencia insuficientc (6). Quanto a distribuic;ao regional representada na Fig. 4, saliente-se o maior nUmero absoluto de doentes no Norte o que pode ter aver com os indices demogra-ficos e de prevalencia. A situac;ao e rna no Algarve ondc ate muito recentemente nao havia contratos de administrac;ao de OT de modo subvencionado.

Aderencia e Criterios de
Noutros Pafses

Os aspectos referidos evidenciam algumas dificul-dades quanto a aplicac;ao desta forma de tratamento.

Vol. Ill N" 5 485

REVISTA PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA

Com efeito, o problema e simples, e insuficiencias varias tambem constatadas noutros paises, ainda que com menor gravidade.
Em onde a e a aderencia sao eontroladas, o Grupo de traba1ho da ANTADIR refere uma taxa de aderencia de apenas 45% {7,8). Na lngla-terra existem "guidelines" se bern que nao mandat6ri-as, e urn levantarnento efectuado rcvclou que s6 54% tinham indicaryao, isto cos doentcs tinham prcscritos regimes correctos, mas prescriryao nao apropriada ou rcsposta nao suficientc (9). Por outro lado os docntes seguidos no London Chest Hospital cumpriam os eriterios de prcseric;ao na sua grande maioria c a aderencia era muito boa, concluindo-se pela necessi-dade de maior comunicaryao entre medico hospitalar e "G. P." e de reavaliaryoes regulares (10).
Na Suirya apcsar de haver urn programa sistematico e individual de cducac;ao durante 2 dias no hospital, s6

51% faz 15 horas e I 0% faz 10 horas, sendo estes resultados melhores que os da literatura por causa do nivcl de educaryao e tambcm pelos eriterios severos de preseriryao que acabam por seleccionar doentes suscep-tive is de terem boa adercneia (II).

11 - Vcntiloterapia Domiciliaria

A vcntilotcrapia de longo-termo nao tern a DPOC como principal indkacao, se bern que seja crescente o n(Jmero de doentes pulmonares obstrutiVOS ao qual e aplicada com relativo sucesso. Analisar a mortalidade por DPOC em paralelo com a taxa de doentes sob ventiloterapia (nao incluido o CPAP), em varios paises, pode scrvir para fazer realryar o caminho que
nos falta pcrcorrer nesta area relativamente a Franrya
ou aos EVA, porcxcmplo (Fig.S) (12).

N° de doentes:

I Gasoso l

Fig. 4 - da domiciliru-ia em Portugal (Julho 1996)

486 Vol. Ill N• 5 Setembro/Outubro 1997

ALGUNS DADOS SOBRE A ASSlSTENClA RESPJRA T6RJA DOMlCILlARlA EM PORTUGAL

MORTES/ 100.000

FRANCA 1992 DOENTES VENTIL./ 100.000 E.U.A.1991

Fig. S- Mortalidade por DPOC e ventiloterapia domiciliaria em alguns paises

0 numero de doentes com ventiloterapia tern vindo
a multiplicar-se em toda a parte. De facto os horizon-
tes da ventilacao mecaruca domiciliaria alargaram-se
quando se constatou que a maior parte dos insuficien-tes respirat6rios necessitam apenas de ventilacao nocturna (13).
Se a Oxigenioterapia e de prescricao generalizada, a Ventiloterapia tern sido da competencia exclusiva do especialista, habitualmente em centros com alguma diferenciayao, devido as maiores exigencias em know how, em Portugal como Ia fora (14,15). Os doentes tratados com ventilacao mecaruca provem de Unida-des de Cuidados lntensivos ou das Unidades emergen-tes de Ventilayao Nao-invasiva, e o seu nurnero depende do interesse dos especialistas em alguns centros, o que se reflecte na distribuicao geografica dos casos (Fig.6).
A transicao para casa do doente dependente do ventilador, quaisquer que tenham sido as circunstancias em que foi iniciada a ventiloterapia, levanta alguns problemas, sendo fundamental uma boa seleccao dos

Setembro/Outubro 1997

casos e urn planeamento cuidadoso da alta em local apropriado, sem negligenciar a educacao do doente e a seleccao dos prestadores da assistencia, a reabilitacao, a avaliacao da habitacao e apoio psico-social, a escolha da empresa fomecedora do equipamento, etc (15,17). Alguns autores preconizam uma unidade de internamento especial com apoio de uma equipc multidisciplinar que teria o objectivo de preparar a alta estabelecendo o programa individual adequado numa perspectiva de reabilitacao, organizaria os apoios em casa, promoveria a visita domiciliana, contando com os servicos de seguranca social, os cuidados primanos, o medico de famflia e as empresas de equjpamento, mas tal ainda nao foi posto em pnitica (18).
No nosso pais, serias dificuldades surgem de cada vez que urn doente necessita de ser tratado em casa, e cada UCI, cada Servico, acaba por resolve-las pontual-mente a sua maneira. A falta de uma estrutura integra-da de Assisrencia Dorniciliana obriga os que lidam com o Doente Respirat6rio Cr6niyo, a criar as suas pr6prias solwroes, estabelecendo contactos com a

Vol.lll N° 5 487

R.EVIST A PORTUGUESA DE PNEUMOLOGIA

N° de doentes:

I CPA pI

Fig. 6 da ventiloterapia domiciliaria em Portugal (J.ulho 1996)

cmprcsa fomecedora do cquipamento. mantendo a vigilancia por meio de Consulta Extcma difercnciada, procurando 0 apoio pontual do medico de familia ou da cnfenneira do Centro de Saude, c fazendo mcsmo a visita domiciliana por sua conta propria.
Ao cootrario do que acootcce com a Oxigeniotcra-pia, o numero de doentes necessitando de Ventilotera-pia de Longo-termo em Portugal parcce estar subava-liado.

No ano de 1995, 692 doentes tinham equipamcnto de ventiloterapia instalado em sua casa (Fig.7), 76% dos quais eram SAS e faziam CPAP nasal. S6 165 faziam assistida com pressao positiva. Destes, apenas 17 doentes em todo o pais, cram traqueostomizados. Repare-se no predomioio da com aparelhos de tipo BiPAP, existindo
ainda 26 doentes com ventiladores volumetricos, como o Monnal D, modelo estc que, ha 5 anos, era o

488 Vol. Ill N" 5

unico de que podiamos dispor. Nessa altura havia 6 docntcs vcntilados em casa, em todo o pafs, e ainda niio havia SAS tratados com CPAP.
Este enonne au men to em 5 anos deve-se sobretudo

as emergentes nos mcios de diago6stico c tcrapcutica da patologia do sono.
Em Julho de 1996 o numero de BiPAP instaJado tinha aumentado 78,4% e o de CPAP de 38,5% rclativamcnte a 1995. Estc aumcnto relativamentc superior dos BiPAP nao tem a vcr com a prevalencia das patologias a que se destinam, uma vez que o SAS c mais frequente que a lnsuliciencia Respirat6ria Cr6nica, e dever-se-a em parte ao acrescimo rapido da ofcrta em BiPAP. Reftra-se a do nfunero de

ventiladores volumetricos do tipo Monnal D, substitui-dos progressivamente porapareUtos mais modemos. Na Ia mctade de 1996 prescrcveu-se urn BiPAP dia-sim dia-nao, e urn CP AP por dia, em todo o pais.

Setembro/Outubro 1997

ALGUNS DAD OS SOBRE A ASSJSTENCJA RESPIRA T6RlA DOMJCILIARIA EM PORTUGAL

800

700
fn
w CMonnal D

730

z
w 600
0
c

•BiPAP

w
c 500
0

0 CPAP 527
z

400

300

200

100

0 0
0

1990 1995 Julho 1996 Fig. 7 - Vcntilotcntpia Domit:ililiria em Portugal

No total havia, em Julho de 1996 no pais, 21 traqueostomizados, 12 dos quais ventilados com Monnal De 9 com BiPAP.

ORGANIZAc;:AO DA ASSISTENCIA
RE PIRATORIA DOMICILIARIA

A questao da Assistencia Domiciliaria deveria ser vista num contexto de qualidade de vida e de rela9ao cuslo-beneficio. Na organizayao dos cuidados de saudc a Assistencia Domiciliana deveria ter um Iugar bern definido num sistema integrado de cuidados, funcionando como um continuum {19). Urn tal sistema estabelecc diferentes sedes as quais sao especifica-mente inerentes diferentes intensidades de cuidados.

Estariam assim own extrema os "agudos de curto

Setcmbro/Outubro 1997

tenno" e no outro a "assistencia domiciliana" ou ainda o "doente auto-suficiente em casa". Ficariam no mcio, por esta ordem: os "agudos de Iongo termo", os chamados "cuidados especializados", os "centros de reabilitayao", os "lares" e as "consultas extemas". Estc tipo de sistema garantc que a uma dada situayao clinica corresponde um sitio, e apenas urn, que co mais apropriado para o docntc ncsse momenta. A sua penna-nencia fora desse sirio signHica disfuncionamento e deve de ser evitada. Os doentes mover-se-iio ao Iongo do continuum nao ocorrendo cstadias prolongadas nos sitios menos apropriados. Sabendo-se que quanto mais intensivos os cuidados, maior o scu custo e mcnor a qualidade de vida do doente nessa situa9ao, a Assis-tencia Domieiliarja constituiria, assim, o componente do sistema proporcionando melhor qualidade vida e simultaneamente menor custo.

Vol. Ill N° 5 489

S4o por outro lado reconhecidas as vantagcns dos "ccntros de como intermcdia, de transic;:lio, entre os "agudos de curto termo" e a "assistencia respirat6ria domiciliaria", acelcrando a recupcrac;:4o da autonomia do doentc (19).
A Assistencia Domiciliaria e os" ccntros de rcabili-

tac;:ao" sao portanto as estruturas que cstao a fazcr falta, na dupla pcrspcctiva da qualidade de vida do doente e da relayao custo-eficicncia dos servic;:os. A nossa Assistencia Respirat6ria Domiciliaria nao cxistc como sistema. Podc afirmar-se que rnuito do que se faz csta nas maos das duas cmpresas fomccedo-ras de cquipamento.
Algumas diferenc;:as nos separam dos dois paiscs paradigmaticos nestc campo: a Franc;:a com urn sistema publico praticamentc generalizado a todo o pais, a ANT ADIR (Associac;:iio Nacional para o Tratamcnto no Domicilio do lnsuficicntc Respirat6rio) que sc encarrcga, alcm da distribuic;:lio do cquipamcnto, dos outros aspectos relativos a do doente, bern como do controlo das prescric;:oes e da verificac;:ao da adcrencia. E os Estados Unidos, com normas de prescric;:ao efectivas (20), com urn sistema, melhor chamado urn II nao-sistema II de prestadores multiplos e pagadores varios, dcsigual ao Iongo do pais, desco-ordcnado c fragmentado (como cles-pr6prios reconhc-cem), no qual nao se sabe quantos doentcs fazcm OTL T (18), mas sabc-sc, por cxcmplo, que a maioria deles dispoe de 02 liquido (21). Nos paises dcsenvol-vidos existe, assim, uma multiplicidadc de sistemas ou de llnao-sistemas". Na grande maioria dos paises da Europa e nos EUA niio ha registo de doentes e c variavel de pais para pais o tipo de cquipamcnto mais utilizado. Embora na Europa os custos sejam suporta-dos pelos servic;:os publicos de saude na maior parte dos casos, s6 em Franc;:a e na existe regulac;:ao e supervisao sistematicas da prescric;:ao (22). Ha portanto varios sistemas-modelo possfveis, de entre os quais o frances ou o suic;:o nos parecem muito atraentes. lndependentemente do sistema, alguns requisitos sao fundamentais para uma Assistencia Respirat6ria Domiciliaria de sucesso: a corrccta selecc;:iio dos doentes, a avaliac;:iio das condic;:oes domesticas, o

490 Vol. Ill N" 5

assegurar que os cuidados praticados (por enfermeiros ou por tecnicos) tenham a supervislio de centros espccializados, que para cada caso sejam garantidos os meios tecnicos adequados, a educac;:ao do doente e da pessoa que cuida dele, c por tim, uma gestao e organi-zac;:ao que scjam tlcxfvcis e eficicntes. Ha quem
defcnda urn sistema nacional de cuidados domiciliari-

os, cuja principal func;:ao scria a coordenar;lio das refcridas actividades c agentcs cnvolvidos {13). Qualquer cstrutura a criar, seja de financiamento p(tblico ou privado, partindo de scrvic;:os hospitalares ou de fora, proporcionando cuidados especializados (respirat6rios) ou gerais, devera bascar-se nas expe-riencias adquiridas. Varios modelos organizativos de Assistcncia Dorniciliaria geral tern sido experimenta-dos desde os do tipo "hospitalizac;:ao no domicilio", primeiro em Nova York em 1947, mais tarde em Paris, Bruxclas e lnglaterra, c tambem em Portugal (H.U.C.I956 (23)), como resposta a sobrelotar;ao hospitalar. Outros tern sido cnsaiados com sucesso varhivcl (24). Ha cxpcricncias com muito interesse por todo o lado Ia fora, para alem da ANTADIR, a Hospi-talizac;:ao no domicilio (Hospitais de Paris) (25), as "Enfenneiras Visitadoras" (Dinamarca) (26), Servir;os Comunitarios Polivalcntes (Rcino Unido) (27), Agen-cias privadas certificadas (EUA), etc. Depois de conhccidas as necessidades, dcvc fazcr-sc urn lcvanta-mcnto dos mcios existcntcs no pais, e que podem incluir estruturas oao-hospitalares como as Miscric6r-dias c outras I.P.S.S, c a Seguranr;a Social ("ajudantes familiares") que prestam apoio social, e as ARS (medico de familia, algumas cnfermciras visitadoras), STDR e Scrvic;:os Domiciliarios hospitalares (Coim-bra, Lisboa) que prcstam apoio clinico. Urn plano cstratcgico de prestac;:ao de scrvic;:os multidisciplinares de forma integrada dcvera ser entao estabelecido, de forma a prevcr projectos-piloto e um sistema de auto--avaliac;:ao.

PERSPECTfVAS FUTURAS

A Assistencia Domiciliaria organizada c uma

Setembro/Outubro 1997

ALGUNS DADOS SOBRE A ASSISTENCIA RESPlRA T6RIA DOMlClLlARlA EM PORTUGAL

necessidade inevitavel a prazo mais ou menos curto, por ra.zOes de ordem demografica (crescimento do numero de velhos) e epidemiol6gica (prevalencia de DPOC. TP, SAS, entre outras). 0 aumento da sua procura pelos docntes cr6nicos c csperada em fum;ao da do coneeito de movimento do doentc ao Iongo do continuum de cuidados de saude. e justi fica a Assistencia Domiciliaria como uma cstrategia altemativa, eficaz c renuivcl (28).
Durante muito tempo a dcfesa da Assistcncia Domiciliaria foi lcgitimada por argumentos de que aliviaria a utiliza!;ao e os custos da
Hoje a maneira como os cuidados domiciliarios sao encarados e supottados esta a mudar e ainda nao ha conscnso acerca dos seus objectivos (29). A O.M.S. recomcnda que a assistencia domiciliaria mio deve ser encarada como alternativa aos cuidados institucionais mas antes que ambos sao complcmentares, possibili-tando ao doentc rccebcr os cuidados mais apropriados as suas neeessidades ao menor custo, c que dcvc scr dado suficientc apoio nos aspectos medico, paramcdi-eo. de enfermagem c tccnico, de modo a limitar a necessidade de ja que esta induz depcndencia e perda de capacidade de autonomia {30). Estc ultimo c urn dos argumentos mais fortes em sua defesa (31).
Nos EUA, cnquanto o numero de camas hospitala-res declinou, c o das camas em lares aumentou 2%

BLLJOGRAFIA

I. Home care in the 1990s. Council on Scientific Affairs. JAMA 1990,263:1241-1244
2. MUIR J-F. Home mechanical ventilation. Pulmonary in chronic respiratory insufficiency. S Thorax
1993; 48:1264- 1273
3. Mortalidade por bronquite cr6ruca, bronquite nil:o espccifi-cada, Enfisema e Asma- C6digos A93 e 323; lCD 8, 9 e I 0. Annuaire de Statistics Sanitaircs Mondiales de 1984 a 1995, WHO.

4. O'DONOHUEJR WJ, PLUMMER AL. Magnitude of usage and cost of home oxygen the.rapy in the United States. Chest 1995; 107:301 -2.
5. KULPA M. Assistance respirat01re a domicile. Soms, 1995

Setembro/Outubro 1997

anualmente, a taxa de crescimento da industria dos cuidados domiciliarios de saude tern sido de 20% por ano nos ultimos 5 anos (1).
Nos paises desenvolvidos os custos globais com os cuidados de Iongo termo a crcscer relativa-mente mais do que com os cuidados de agudos. c o crescimcnto da idosa c o aumento concomi-tantc do numero de vclhos dcficientes levanta a de saber de que modo as sociedades
fomcccr cuidados de Iongo termo em tao grande eseala (31). As profundas dcmograficas, bern como factores ccon6micos c politicos, levarao ao grande desenvolvimento da Assisten-
cia Domiciliaria, em detrimento do modelo tradicional que considera o intcmamento em hospital de agudos como de primeira linha. A assistcncia domiciliaria e urn desafio nao s6 em termos de gestao de de saUde mas tambem nos aspectos medi-cos e tecnicos, c tern sido ultimamente objecto de abundantc nas areas ligados a demografia. as politicas e proccdimentos, aos modos de implemen-a organizayaO C e tambcm a
da qualidade dos c a sua

AGRAOECLMENTO

As casas Gasin e YitalAire pela disponibilizaryao dos elementos da sua estatistica.

jun (597)6 - Moutinho dos Santos J. Nonnas para a prcscri·
c controlo da oxigenioterapia c ventiloterapia domicilia-
ria - Situac;il:o actual. Arq SPPR 1991, 8 (2), 101 8.
6. BARJHOUX C, PEPIN JL et at. Oxygenotherapie au long cours a domicile. Respect de La prcscnption medicate et observance d'une durec quotidienne d'au moins 15 heurcs. Rev Mal respir, 1994; II (I): 37-45.
7. Wei fZENBLUM E. Observance of Long-tenn Oxygen Therapy at Home. Chest 1996; I 09: 1135-6.
8. WATERHOUSJ::. JC, NICHOL J, HOWARD P. Survey on domiciUary oxygen by concentrator in England and Wales. Eur RespirJ 1994, 7 (I I): 2021 -5.
9. WEDZICHA JA. Assessment and follow up of patients

Vol. Ill N° 5 491

prescribed long term oxygen treatment. Thorax, 1993; 48 (7): 708-13.
10. TSCHOPP JM. Oxygenolherapie continue a domicile. Etude de !'observance des extracteurs d'oxygene aprcs un programme d'enseignemem. Rev Mal Rcspir, 1992; 9 (3) : 301-5.

II. BACH JR, lntintola B A. Alba A S, Holland I E. The ventilator-assisted individual; cost analysis of institutionali-zation vs rehabilitation and in-home management. Chest 1992; I 0 I: 26-30.
12. DONNER CF, HOWARD P. ROBERT D. Patient selection and techniques for home mechanical ventilation. Monaldi Arch Chest Dis 1993:48: I, 40-47.
13. HOWARD P. Home mechanical ventilation and respiratory care in the United Kingdom. Eur Rcspir Rev 1992, 2; 10: 416-7.

14. HOWARD P. Home respiratory care. Eur Respir Rev 1991. 1 : 6, 563-568.
15. GILMARTIN M. Transition from the Intensive Care Unit to Home: patient selection and discharge planning. Respiratory Care 1994:39: 456-477.
16. CLIN I E. VITACCA M. From intermediate intensive unit to home care. Monaldi Arch Chest Dis 1994; 49: 6, 533-536.
17. DONNER CF, LACCAR.IA S,IOLI F.lntcrmcdiate respira-tory care unit: rehabilitation: Monaldi Arch Chest Dis 1994; 49: 6, 541-543.
18. PIERSON OJ Controversies in home respiratory care: Conference summaT). Respiratory Care 1994: 39: 4, 294-308.

19. O'DONOHUt::: WJ. Prescribing home oxygen therapy. What the primary care physician needs to know. Arch Intern Med. 1992; 152 (4): 746-8.

492 Vol. Ul W5

20. PIERSON OJ. Home rcspiratiory care in different countries. Eur Respir J 1989, 2, Suppl. 7, 630s-636s.
21. FAUROUX B, HOWARD P, MUIR J-F. Home treatment for chronic respiratory insufficiency: the situation in Europe
in I 992. Eur Respir J 1994, 7, 172 I- I 726.
22. MELO A. Servit,:o Domiciliario dos H. U. C .. Coimbra 1992, ComunicafVaO (nao publicada).
23. V AZ AM, SIMOES JA, PINTO MM. Projecto Domus. Fcira de projectos de gestao de de saude. Associa-
.. ao Porruguesa de Administradores 1-lospitalares. Coimbra, 1990.

24. RODRJGUEZ M. L'Hospitalisation a domicile: Reperes et perspectives. Soins 1994; 582:4-46.
25. ALLAGUI S. Cuidados a domicilio na Dinarnarca. Sez-vir 1995;41(4): 201-2.
26. NEUBERGER J. Community health services. BMJ 1992; 305: 1486-8.

27. DUNNE PJ. Demographics and financial impact of home respiratory care. Respiratory Care 1994: 39: 4, 309-317.
28. BENJAMIN AE. An historical perpcctive on home care policy. Milbank-Q, 1993; 71 (I): 129-66.
29. Add Life to Years. Report on Regional Office activities in health care of the elderly. WHO Regional Office for Europe. Eur/ICP/RHB 0 16A Rev .I, 1385r. 1992.
30. MAKE B. Collaborative self-management strategies for patientS with respiratory disease. Respiratory Care 1994; 39;
s. 566-579.
J 1. KANE RL. Improving the quality of long-term care. JAMA 1995; 273:1376-1380

Setembro/Outubro 1997