UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELO BITU DE ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PEDIÁTRICA NO “PROGRAMA MELHOR EM CASA”: A EXPERIÊNCIA DE UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO CEARÁ.

SOBRAL/CE
2019

MARCELO BITU DE ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PEDIÁTRICA NO “PROGRAMA MELHOR EM CASA”: A EXPERIÊNCIA DE UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO CEARÁ.

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale Do Acaraú – UVA, sob a orientação da Dra. Profa. Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque.

SOBRAL/CE

2019

Almeida, Marcelo Bitu da
Avaliação de qualidade do serviço de assistência domiciliar pediátrica no "Programa Melhor em Casa": A experiência de uma cidade de grande porte do Ceará [recurso eletrônico] / Marcelo Bitu da Almeida. -- Sobral, 2019.
1 CD-ROM: il. ; 4 $^{3}/_{4}$ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 108 folhas.
Orientação: Prof.ª Dr.ª Izabelle Mont`Alverne Napoleão Albuquerque.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Estrutura dos Serviços. 3. Avaliação de Processos e Resultados. I. Título.

MARCELO BITU DE ALMEIDA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PEDIÁTRICA "PROGRAMA MELHOR EM CASA": A EXPERIÊNCIA DE UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO CEARÁ

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale Do Acaraú – UVA, sob a orientação da Dra. Profa. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

Aprovada em:____/___/_____.

BANCA EXAMINADORA:

_____

Profª. Drª. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora

_____

Profª. Drª. Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinador Interno

_____

Prof. Dr. Fernando Daniel de Oliveira Mayorga
Universidade Federal do Ceará - UFC
Examinador Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À minha orientadora, Professora Izabelle Mont'Alverne, pela paciência, sapiência e assertividade em partilhar comigo tantos aprendizados.

Às mulheres da minha vida, Mary, Geysa, Cecília e Ana, sem as quais a minha formação humana seria incompleta.

Ao meu melhor amigo e por coincidência pai, Marcelo Silva, que há trinta e nove anos me ensina a importância de valores como hombridade, humildade e honestidade.

Aos parentes, em especial avó Luiza, avô Pedro, tia Ana, tia Auri e meus irmãos, que tanto se orgulham de minhas conquistas.

Aos professores Fernando Mayorga, Maria Adelane e Cibelly Aliny por integrarem a banca de defesa de dissertação e em muito contribuírem para a construção desta.

À professora e sempre amiga Maristela Osawa que desde o processo seletivo presenciou e depois contribuiu e incentivou o meu crescimento científico, sempre lento, mas contínuo.

Aos componentes do OBSERVA-SUS, em nome do professor Marcos Ribeiro e da acadêmica Mariana Costa, pelo apoio irrestrito durante a minha jornada.

À Prefeitura de Sobral por permitir e incentivar que seus colaboradores se qualifiquem e possam retornar o aprendizado ao trabalho.

Aos docentes do MPSF que em muito engrandeceram à minha formação acadêmica e profissional.

Aos colegas discentes do MPFS pelo companheirismo nesta jornada árdua e não menos gratificante.

Aos colegas profissionais do Programa Melhor em Casa e aos cuidadores das crianças acompanhadas pelo Programa, por permitirem meu acesso e a realização deste trabalho.

“Mesmo com tantos motivos
Pra deixar tudo como está
Nem desistir nem tentar,
Agora tanto faz
Estamos indo de volta pra casa.”

(Renato Manfredini Junior)

RESUMO

O Programa Melhor em Casa representa um avanço na expansão e no fortalecimento dos serviços de assistência domiciliar (SAD) no Brasil, espera-se que o estudo contribua para formulação de estratégias para a melhoria de qualidade da atenção domiciliar pediátrica do município. O serviço de assistência domiciliar pediátrica em Sobral existe desde 2009 e a partir de 2013 passou a ser gerido pelo Programa Melhor em Casa. A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade do Serviço de Assistência Domiciliar no "Programa Melhor em Casa" com ênfase no atendimento pediátrico no município de Sobral, Ceará. Pesquisa avaliativa baseada no referencial de Donabedian desenvolvida de dezembro/ 2018 a setembro/2019. Os dados foram coletados por meio de formulário para a avaliação da estrutura, formulário e entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais para avaliação do processo e indicadores propostos pelo Manual de Monitoramento e Avaliação do Ministério da Saúde e entrevista semiestruturada para os cuidadores das crianças para avaliação do resultado. Os dados quantitativos foram analisados a partir de medidas de ocorrência (médias e frequências) e apresentadas por meio de tabelas, gráficos e quadros com o suporte da aplicação Microsoft Excel (2007) e os dados qualitativos foram analisados através da análise temática proposta por Minayo com o suporte do software NVIVO 11 plus, através da divisão e frequência das categorias (nós) e subcategorias (sub- nós) presentes nos discursos, frequência e nuvem de palavras mais encontradas nos discursos por grupo de entrevistados e categorias. Na avaliação da estrutura encontramos que a composição das equipes está melhor do que o mínimo proposto pelo Ministério da Saúde e a estrutura destinada ao SAD possui qualidade regular cumprindo com apenas 50% do exigido. Na avaliação dos processos, a qualidade varia de insatisfatória (organização dos processos de trabalho e educação permanente e gestão do cuidado) a regular (articulação com a RAS e intersetorial) e na análise dos discursos foram evidenciadas fragilidades e potencialidades classificadas em quatro categorias (nós): Interação com a RAS, Processos estrutura- dependentes, Processos Profissional-dependentes e Relações de trabalho. Na avaliação dos resultados com relação aos indicadores a qualidade é regular com 60% dos indicadores de acordo com os resultados mínimos esperados e na análise dos discursos foram encontradas fragilidades e potencialidades divididas em quatro categorias: Resultados Processo-dependentes, Profissional-dependentes, Estrutura- dependente e Cuidador-dependente. O estudo permitiu identificar que o serviço de assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa no município de Sobral-CE mesmo possuindo uma estrutura classificada como regular necessita de melhorias e readequações nos seus processos de trabalho para que se permita atingir os resultados esperados.

Descritores: Serviços de Assistência Domiciliar. Estrutura dos Serviços. Avaliação de Processos e Resultados.

ABSTRACT

The Better at Home Program represents a breakthrough in the expansion and strengthening of home care services (SAD) in Brazil, and the study is expected to contribute to the formulation of strategies for improving the quality of pediatric home care in the municipality. The pediatric home care service in Sobral has been in existence since 2009 and from 2013 it was managed by the Better at Home Program. The research aims to evaluate the quality of Home Care Service in the "Best Home Program" with emphasis on pediatric care in the city of Sobral, Ceará. Evaluative research based on the Donabedian framework developed from December 2018 to September 2019. Data were collected through a form for the assessment of the structure, form and semi-structured interview applied to professionals to evaluate the process and indicators proposed by the Ministry of Health's Monitoring and Evaluation Manual and semi-structured interview for caregivers of children. for evaluation of the result. Quantitative data were analyzed from occurrence measures (averages and frequencies) and presented through tables, graphs and charts supported by Microsoft Excel (2007) and the qualitative data were analyzed through the thematic analysis proposed by Minayo with the NVIVO 11 plus software support, by dividing and frequency categories (nodes) and subcategories (sub-nodes) present in the speeches, frequency and word cloud most found in the speeches by group of respondents and categories. In the evaluation of the structure we found that the composition of the teams is better than the minimum proposed by the Ministry of Health and the structure for the SAD has regular quality, meeting only 50% of the required. In the evaluation of the processes, the quality varies from unsatisfactory (organization of work processes and continuing education and care management) to regular (articulation with the RAS and intersectoral) and the analysis of the discourses showed weaknesses and potentialities classified into four categories (nodes). : Interaction with RAS, Structure-dependent Processes, Professional-Dependent Processes and Labor Relations. In the evaluation of the results in relation to the indicators the quality is regular with 60% of the indicators according to the minimum expected results and in the discourse analysis we found weaknesses and potentialities divided into four categories: Process-dependent, Professional-dependent, Structure- dependent and Caregiver-dependent. The study identified that the pediatric home care service of the Better Home Program in the municipality of Sobral-CE even having a structure classified as regular needs improvements and readjustments in their work processes to achieve the expected results.

Descriptors: Home Care Services. Structure of Services. Process and Results Evaluation

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 10
2 OBJETIVOS..... 16
2.1 Objetivo Geral..... 16
2.2 Objetivos Específicos..... 16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 17
3.1 Atenção Domiciliar..... 17
3.2 Programa Melhor em Casa no Brasil e em Sobral (CE)..... 20
4 MATERIAIS E MÉTODOS..... 23
4.1 Tipo de pesquisa..... 23
4.2 Referencial metodológico..... 24
4.3 Campo empírico da pesquisa..... 25
4.4 Participantes da pesquisa..... 26
4.5 Período de recolhimento das informações..... 27
4.6 Métodos e procedimentos..... 27
4.7 Análise e interpretação dos dados..... 30
4.8 Aspectos éticos..... 31
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 33
5.1 Análise da Dimensão Estrutura..... 33
5.1.1 Composição das Equipes..... 34
5.1.2 Estrutura destinada ao SAD..... 35
5.2 Análise da Dimensão Processos..... 36
5.2.1 Formulário para avaliação de processos..... 36
5.2.2 Organização do processo de trabalho do SAD..... 36
5.2.3 Articulação com a RAS e intersetorial..... 37
5.2.4 Educação permanente e Gestão do cuidado..... 38
5.3 Avaliação dos Processos: Perspectivas dos Profissionais..... 39
5.4 Categorias..... 42
5.4.1 Interação com a RAS..... 46
5.4.2 Processos Estrutura-Dependentes..... 50
5.4.3 Processos Profissional-Dependentes..... 54
5.4.4 Relações de Trabalho..... 57

5.5 Análise da Dimensão Resultados..... 60
5.5.1 Indicadores Para Avaliação De Resultados..... 60
5.5.2 Percentual mensal de usuários do SAD pediátrico procedentes de hospitais e de serviços de urgência..... 61
5.5.3 Percentual mensal de desfecho de "alta"..... 61
5.5.4 Percentual de usuários classificados como AD1, AD2 e AD3 na admissão..... 62
5.5.5 Capacidade de Atendimentos..... 62
5.5.6 Média de Visitas por usuário..... 64
5.6 Avaliação dos Resultados: Perspectiva dos Cuidadores..... 64
5.7 Categorias..... 69
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 84
7 REFERÊNCIAS..... 87
APÊNDICES..... 95
ANEXOS..... 104

1 INTRODUÇÃO

A saúde brasileira é organizada e ofertada à população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, tendo em vista seu acesso integral, universal e gratuito para toda a população. O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988 e atua segundo os princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização e participação popular. Está organizado em três níveis de assistências: primário, secundário e terciário, organizados a partir do grau de densidade tecnológica necessário à resolução das necessidades de saúde da população (PAIM et al., 2011).

No tocante ao primeiro nível assistencial – a Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelas ações de oferta de cuidados primários à saúde, de prevenção de riscos, doenças e agravos, de cura, de tratamento e de reabilitação (BRASIL, 2006).

A gestão do cuidado integral está relacionada com a gestão de redes de atenção e busca assegurar o princípio da integralidade. Para garantir o cuidado integral à população, gestores precisam responder a um conjunto de problemas de saúde e, assim, compatibilizar a descentralização político administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (MACHADO, et al., 2014).

As mudanças no perfil epidemiológico, as demandas e necessidades da população, a relação entre acesso, qualidade, efetividade e custo das ações de saúde, somadas ao propósito de organizar serviços de atenção à saúde fundamentam a definição de estratégias para implantação, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção de Saúde do SUS (RAS-SUS) e a disponibilização dos recursos tecnológicos correspondentes.

Neste contexto, e considerando as diretrizes e parâmetros para a organização e o funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, a política de Atenção Domiciliar que vem, progressivamente, sendo implantada no país potencializa o atendimento e a efetivação dos princípios e finalidades do SUS e demanda a articulação dos processos de formação e de prestação de serviços de saúde.

De acordo com a Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (Artigo 2º, itens I e II):

> Atenção domiciliar é a “modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”. (BRASIL, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

O SAD tem como objetivos: a redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de internação; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia da pessoa; e, a desinstitucionalização de recursos financeiros e estruturais da RAS-SUS (BRASIL, 2012).

Ainda conforme a referida portaria, o SAD deve ser organizado a partir de determinada base territorial, sendo referência em AD para população definida mantendo ação articulada com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica e, atuando como matriciador das equipes de atendimento, quando necessário, buscando uma assistência de qualidade no serviço oferecido (BRASIL, 2016).

Na literatura sobre o tema qualidade em saúde, todos a consideram como um valor complexo que abrange vários fatores e ratificam que uma boa estrutura não determina um padrão de qualidade, porém boas condições estruturais têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em resultado favorável do que pré-condições precárias (ALVES; SILVA, 2000).

A finalidade da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a ineficiência. O objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (REIS et al, 2002).

Logo, o interesse pelo tema deu-se a partir da experiência como médico clínico do Programa Melhor em Casa do município de Sobral/CE a partir do mês de agosto de 2017 e, como tal, sentiu-se a necessidade de avaliar o Programa e seus serviços prestados aos usuários do SUS, no que diz respeito à qualidade da assistência. Entende-se que para garantir a qualidade do Programa Melhor em Casa do município, torna-se necessário avaliar como está acontecendo essa assistência, obtendo-se parâmetros norteadores na adoção de estratégias de melhoria das ações de saúde.

O serviço de assistência domiciliar do Programa Melhor em Casa (PMC) em Sobral atualmente é constituído por duas Equipes Multidisciplinar de Assistência domiciliar tipo um (EMAD1) composta por um médico (Clínico/Pediatra), um enfermeiro, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem cada equipe; e uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) composta por um assistente social, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional.

O PMC em Sobral atualmente presta assistência domiciliar a 40 indivíduos que residem na sede do município de Sobral-CE, sendo 15 crianças e 25 adultos, através de visitas ao lar realizadas pela equipe multiprofissional, com periodicidade que varia de diária a mensal de acordo com a demanda individual de cada usuário. Cabe às unidades básicas de saúde da zona rural a assistência aos usuários de seus respectivos territórios.

No município em questão a divisão das atividades médicas das equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) não leva em consideração apenas os critérios territoriais como também as características dos usuários. Cabe ao profissional médico pediatra o atendimento a todas as crianças dos dois territórios da sede do município e ao profissional clínico o atendimento aos adultos.

Todas as outras categorias profissionais seguem a divisão de atividades baseadas no território de cada EMAD.

Logo, foi notada desde a minha inserção no Programa Melhor em Casa uma diferenciação importante entre o serviço de assistência domiciliar para adultos e o pediátrico devido fragilidades inerentes à própria idade e patologias dos usuários pediátricos, necessidade de recursos tecnológicos avançados (cinco crianças em ventilação mecânica), realização de consultas e exames invasivos periódicos em hospitais de referência com remoção intermunicipal, agudizações freqüentes dos quadros crônicos havendo necessidade de internações hospitalares recorrentes, limitações técnicas e tecnológicas para a atenção primária prestar auxílio adequado ao serviço de assistência domiciliar pediátrica.

Com isso, constatou-se a importância de investigar questões mais aprofundadas a respeito da avaliação do “Programa Melhor em Casa” com ênfase assistência domiciliar infantil, desde sua implantação com a perspectiva de se ter o monitoramento e avaliação de todo o processo de implementação e gestão do cuidado do PMC no município de Sobral, Ceará.

Na perspectiva de construção do SUS a partir da avaliação dos processos de gestão e de atenção à saúde constituem necessidades e desafios a serem incorporados como atividades inerentes ao trabalho. Tomando como base a freqüência com que a avaliação é referida no cotidiano dos serviços de saúde, a hipótese seria que sejam procedimentos efetivamente implementados.

Em artigo publicado em 1978, Donabedian diz que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada usuário; 2) o relacionamento pessoal com o usuário, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o usuário e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais como a relação profissional-usuário, empatia, habilidades e atitudes profissionais até componentes técnicos muito específicos como capacitação científica, conhecimentos técnicos, recursos tecnológicos.

O debate, portanto, abre-se cada vez mais na perspectiva interdisciplinar da avaliação. Perspectiva que permite maior aproximação da realidade, vislumbrando a avaliação estreitamente atrelada aos processos de planejamento e de gestão. Nessa direção, estão propostos modelos dialógicos, com estratégias apropriadas para abarcar as diferentes e complexas dimensões dos serviços de saúde. O desafio é posto do seguinte modo: mais que um conjunto rígido de normas a serem seguidas, (a avaliação) pode ser pensada como uma idéia reguladora que possui uma historicidade, portanto, potencialmente aberta a novos critérios (MINAYO, 2013).

Estão claras e não são de hoje as proposições e posições assumidas por gestores e pesquisadores que têm refletido sobre a necessidade de se investir na institucionalização da avaliação. Entendendo Institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços, estamos assumindo a necessidade do fortalecimento e o desenvolvimento de capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, para adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos que são: gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa (STEVENSON et al, 2010).

Pesquisas avaliativas sobre a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde realizadas nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal identificaram desafios para os próximos passos da AD no Brasil, tais como a reestruturação da AD praticada pela Estratégia de Saúde da Família, potencialização das EMAD para atuação junto a serviços de urgência, fortalecimento da integração com os Serviços de Regulação e hospitais, ampliação da capacidade de atuação das próprias equipes de AD e a incorporação acadêmica e universitária dos preceitos da AD (SAVASSI, 2015).

Neste intuito, mediante saber da importância do PMC e da necessidade de um serviço de assistência domiciliar pediátrico eficiente para a cidade de Sobral/CE, e da necessidade do reconhecimento da implantação e implementação do PMC para a fundamentação de um serviço de assistência domiciliar pediátrico mais equitativo e integrativo, o presente estudo apresenta a seguinte questão norteadora para o processo de investigação: *Como está a qualidade do serviço da assistência*

domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa no município?

Tanto o monitoramento (acompanhamento contínuo na execução de ações, atividades, na prestação de um serviço para identificar avanços ou problemas durante a execução) como a avaliação (processo para julgar o que foi feito, para aprimorar o programa, serviço ou atividade) perpassam desde o planejamento até a operação. Na dinâmica dos distintos e múltiplos movimentos e atividades de construção do SUS a avaliação é retomada como essencial ao trabalho em saúde, especialmente como instrumentos para aprimorar a gestão.

A avaliação possibilitará conhecer os limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica do município na visão dos profissionais e cuidadores do Programa Melhor em Casa, servindo como instrumento para aprimoramento do serviço de saúde avaliado.

2 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade do Serviço de Assistência Domiciliar pediátrica no "Programa Melhor em Casa" do município de Sobral/CE;

1.2 Objetivos Específicos

- Verificar a estrutura dos Serviços de Assistência Domiciliar pediátrica no "Programa Melhor em Casa" do município;
- Conhecer os limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica do município na visão dos profissionais e cuidadores do Programa Melhor em Casa;
- Apreender as opiniões dos cuidadores de usuários crianças acerca da qualidade do Programa Melhor em Casa no município.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Atenção Domiciliar

Muniz (2015) realizou pesquisa sobre a atenção domiciliar e verificou que não existe um consenso, na literatura científica, quanto à nomenclatura correta para se designar as ações/serviços de saúde que são realizadas no domicílio, como também as diferenciações entre elas. Contudo, Nascimento (2016) ressalta que alguns estudos identificam esses termos e relatam os seguintes: assistência domiciliar, atendimento, atenção domiciliar, atenção médica domiciliar, internação domiciliar, hospitalização domiciliar e Home Care. Enfatiza-se, no entanto, que se realizou uma busca na página da Biblioteca Virtual da Saúde, na aba Descritor em Ciências da Saúde (DeCS), e a informação é que os descritores “atenção domiciliar”, “serviço de assistência domiciliar pediátrico” e “serviço de assistência domiciliar infantil” não são encontrados.

A assistência domiciliar é definida como a prestação dos serviços no próprio lar dos usuários somente por não profissionais (família, amigos, etc.), diferente dos serviços de assistência domiciliar em que os cuidados são realizados por um ou mais profissionais de diversas categorias como assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, entre outros. (BRASIL, 2011)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), como modalidade de atenção, a assistência domiciliar vem sendo experimentada no Brasil, desde os anos de 1960, já tendo sido utilizada várias metodologias. Contudo, é possível ressaltar algumas experiências que foram iniciadas nas décadas de 1990 e 2000 em municípios brasileiros que avançaram tendo a concepção de que a assistência domiciliar precisaria estar articulada em rede, organizada em equipes multiprofissionais de referência para certa população e que o público-alvo não estaria restrito àquele vindo de internação hospitalar.

Na compreensão de Silva et al. (2010), a expansão da atenção domiciliar pode ter como fatores impulsionantes a criação do SUS e, logo em seguida, pela municipalização da saúde característica da década de 1990.

Nascimento (2016) refere que a construção de serviços de atenção domiciliar se fundamenta também no crescimento da idade da população, no que se refere à mudança do perfil demográfico em relação ao envelhecimento populacional, e aumento da demanda de cuidados nas doenças crônicas no que diz respeito ao aspecto epidemiológico, no que se refere à maximização de casos de usuários com doenças crônicas e degenerativas, o desenvolvimento tecnológico que aumenta a sobrevida de recém-nascidos com patologias congênitas ou adquiridas no período peri-natal que necessitarão de cuidados crescentes nos três níveis de atenção à saúde, fomentando como resposta do poder público, a construção de políticas de atendimento e internação domiciliar, que são regulamentadas pela Lei nº 10.424 de 2002.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os serviços de atenção domiciliar têm sua fundamentação a partir da Lei n. 8.080/90 que dispõe sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa. Tais princípios compreendem as práticas que envolvem os profissionais que formam a equipe multiprofissional com o objetivo de garantir o cuidado integral aos pacientes em seu domicílio, envolvendo ações nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

No Brasil, a atenção domiciliar está prevista no SUS desde a Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. No entanto, a Portaria n. 2.529 de 19 de outubro de 2006 foi que trouxe o marco legal da política de atenção domiciliar. Porém, é importante enfocar que a Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998 já tratava dos critérios para o credenciamento de Hospitais e requisitos para a realização de internação domiciliar. Contudo, em 2011, a Portaria n. 2.029, trouxe a instituição do Serviço da Atenção Domiciliar (SAD), tendo como objetivo ser substitutivo ou complementar à internação hospitalar, tendo como público alvo a pessoa idosa e os pacientes com necessidades de reabilitação motora e doenças crônicas, tendo como meta a minimização da demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência de pacientes internados, além da humanização da atenção, a desinstitucionalização e da ampliação da autonomia dos usuários (NASCIMENTO, 2016).

Compreendem Giacomozzi e Lacerda (2016) que a assistência domiciliar à saúde veio transformar as práticas institucionalizadas, objetivando a construção de uma nova ação profissional com foco na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos, em sua comunidade e, especialmente, em seu domicílio.

Na visão de Santos e Morais (2011) o espaço domiciliar é o local ideal para a promoção de reflexão das relações usuários/trabalhadores de saúde no âmbito da saúde intradomiciliar. Quase sempre o usuário é visto, nos serviços de saúde, como objeto; e de forma hierárquica, o trabalhador de saúde se coloca no topo da relação, e no cenário domiciliar domicílio essa relação tende a se horizontalizar com base nas trocas de subjetividades.

Favero, Mazza e Lacerda (2012) referem que a Atenção Domiciliar tem como proposta o cuidado individualizado e contextualizado com a realidade do usuário, favorecendo a recuperação da condição de saúde deste usuário. No entendimento de Silva et al. (2017) o recebimento dos cuidados oferecidos pelos profissionais da Atenção Domiciliar ao usuário pode exprimir uma concepção de melhora, do prolongamento da vida com mais qualidade, da compreensão do seu estado clínico.

No que diz respeito ao modelo de atenção domiciliar proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 2011, são de responsabilidade do cuidador ou da família quase totalidade dos cuidados de saúde que habitualmente seriam realizados em hospitais ou em unidades ambulatoriais. Nascimento (2016) refere que são mobilizados nos documentos técnicos do “Programa Melhor em Casa” os discursos da “humanização” e do “empoderamento” individual e familiar, para trazer legitimidade a um modelo de atenção à saúde que parece ser estratégico ao processo, no qual intitulou de “contenção de demanda” por leitos e por cuidado profissional no Sistema Único de Saúde.

Silva et al. (2017) esclarecem que a Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil foi instituída através da Portaria n. 2.029 de 24 de agosto de 2011 e sofreu modificação através da Portaria do Ministério da Saúde n. 2.527 de 27 de outubro de 2011, em seguida pela Portaria n. 1.533, de 16 de julho de 2012 e logo após pela

Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013 que regulamentam a Atenção Domiciliar no país. Nos dias de hoje a Atenção Domiciliar é regida pela portaria n. 825, de 2016.

3.2 Programa Melhor em Casa no Brasil e em Sobral (CE)

A Portaria n. 1.208 de 18 de junho de 2013 trouxe a disposição sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, os dois inseridos na Rede de Atenção às Urgências.

De acordo com a Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011 o SAD é organizado em três modalidades, de acordo com os níveis de complexidade e frequência de atendimento: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e é de responsabilidade das equipes de atenção básica. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que além dos critérios da modalidade AD1 necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, sendo indispensável a existência de um cuidador identificado. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que além dos critérios da modalidade AD2 necessitem do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo; diálise peritoneal; e paracentese, sendo indispensável a presença de um cuidador identificado. AD1 é realizada pelas equipes da Atenção Primária e AD2 e AD3 pelas equipes do SAD.

Para César (2014) entre o atendimento hospitalar e a assistência recebida em casa, a participação do usuário/cuidador no plano terapêutico é um diferencial. A implementação do serviço de Atenção Domiciliar auxilia para o atendimento de pacientes em seu domicílio, através do cuidado integral e humanizado, como também para o processo de educação e promoção de saúde tanto para o usuário, quanto para a sua família, através da busca da qualidade de vida para ambos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) através da Portaria GM nº 1.208 de 18 de junho de 2013 a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) tem como atribuições: trabalhar integrada com o território (Serviço de Atenção Domiciliar-SAD integrado ou não ao Programa Melhor em Casa e Equipes de Atenção Básica – AB); responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários desospitalizados, quando forem classificados como modalidades AD2/AD3 e não existir EMAD no território; realizar busca ativa no hospital para identificar usuários elegíveis para a AD; apoiar a equipe do hospital na implantação do protocolo para desospitalização; matriciar os setores e as equipes do hospital na identificação de pacientes elegíveis para a AD; apoiar na identificação e capacitação do cuidador ainda no ambiente hospitalar; e participar das reuniões do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).

Atualmente no Brasil existem 435 municípios com 1153 equipes do Programa Melhor em Casa habilitadas divididas em 26 estados e Distrito Federal sendo o Estado de Roraima o único não comtemplado com o programa. O Estado do Ceará possui 57 equipes habilitadas distribuídas em 30 municípios. Na macrorregião de saúde de Sobral existem três municípios com equipes implantadas: Acaraú com uma EMAD e uma EMAP, Ipu com uma EMAD e Sobral com duas EMAD e uma EMAP. (BRASIL, 2019)

No que diz respeito ao Programa Melhor em Casa em Sobral sabe-se que o serviço de assistência domiciliar (SAD) ligado ao SUS iniciou no ano de 2009 com financiamento e gerenciamento exclusivamente municipal através do levantamento dos pacientes acamados pela secretaria de saúde e acompanhamento dos mesmos por uma equipe multiprofissional composta inicialmente por um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo e um cirurgião plástico. Em 2011, foi acrescentado à equipe um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro. Em 2012, foi incluída nos usuários do SAD uma criança em ventilação mecânica oriunda do Albert Sabin, a primeira criança em internação domiciliar no Ceará em município diferente da capital do estado do Ceará. Em 2013, foi criado o Programa Melhor em Casa que em Sobral desde o inicio é composto por duas EMAD tipo 1 e uma EMAP. O Programa Melhor em Casa em Sobral, mesmo estando inserido na Rede de Atenção às Urgências, é gerido pela coordenação da Atenção Primária.

O serviço de assistência domiciliar (Programa Melhor em Casa) em Sobral atualmente é constituído por duas Equipes Multidisciplinar de Assistência domiciliar

tipo 1 (EMAD1) composta por um médico (Clínico/Pediatra), um enfermeiro, um fisioterapeuta e dois técnicos de enfermagem cada equipe; e uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) composta por um assistente social, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional, totalizando 16 profissionais e um gerente que atualmente possui graduação em enfermagem.

A zona urbana do município de Sobral é dividida em dois territórios nos quais o atendimento das EMAD é dividido, exceto na categoria médica em que o profissional pediatra é responsável pela atenção compartilhada às crianças e o profissional clínico é responsável pela atenção compartilhada aos adultos.

O fluxo na rede de assistência funciona do seguinte modo: após avaliação da UBS do território é solicitado o parecer da equipe da assistência domiciliar que de acordo com os critérios de inclusão apresentados na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde classifica o tipo de assistência domiciliar necessária em AD1, AD2 e AD3 ou inelegível. Após classificação a Secretária de Saúde analisa critérios socioeconômicos para definir a inclusão ou não do indivíduo no Programa Melhor em Casa. (ANEXO A)

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa e qualitativa.

A abordagem qualitativa procura investigar melhor os grupos e seguimentos delimitados e focalizados, por meio de histórias sociais sob a ótica dos atores; assim como as relações dos sujeitos envolvidos. No processo de análise de discursos e documentos considera também a subjetividade desse sujeito (MINAYO, 2010).

Já a abordagem quantitativa para Marconi e Lakatos (2004): “[...] a pesquisa quantitativa descritiva consiste em investigar e analisar características que auxiliam no entendimento de fatos ou fenômenos contabilizáveis”.

Segundo Donabedian (1978) o objetivo da avaliação da qualidade é monitorar para que seja realizada uma detecção e correção precoce dos desvios dos padrões. Com o objetivo de desenvolver esse escopo foi desenvolvida uma metodologia que se tornou conhecida como a Tríade de Donabedian. Neste modelo a avaliação da qualidade é realizada a partir do uso de indicadores representativos de três aspectos principais: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1980). O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN, 1980).

A partir da necessidade de avaliar a qualidade do serviço assistência domiciliar pediátrico prestado pelo Programa Melhor em Casa, encontrou-se no

referencial teórico de Donabedian (1978) o embasamento adequado para realização desta pesquisa avaliativa.

4.2 Referencial metodológico

Donabedian (1990) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção à saúde e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção à saúde; descrição das características das instalações, da equipe de saúde disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. Os estudos que se baseiam somente na estrutura têm sido pouco considerados por este autor (DONABEDIAN, 1990).

A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção à saúde. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência da equipe de saúde no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação do processo compara os procedimentos empregados com os estabelecimentos como normas pelos próprios profissionais de saúde. Geralmente os critérios são estabelecidos pelo estudo da eficácia de práticas médicas rotineiras. Segundo Donabedian (1990), a metodologia dos estudos de processo pode ser dividida de duas maneiras: observação direta da prática e os estudos baseados nos registros médicos.

A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Como, em termos de saúde, os resultados se devem a muitos fatores, a sua medida e avaliação constituem o que existe de mais próximo em temos de avaliação do cuidado total (DONABEDIAN, 1978). Considerando-se a natureza multifacetada do

estado de saúde, existem muitas metodologias que utilizam medidas de resultado seguras e válidas. Entre elas, incluem-se medidas de capacidade física e estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos (Perfil de Impacto da Doença - SIP) e medida de percepção pessoal da saúde geral.

A pesquisa utilizou a avaliação da tríade estrutura-processo-resultado definida no referencial teórico-metodológico de Donabedian (1978) como avaliação da qualidade do serviço de assistência domiciliar pediátrico no Programa Melhor em Casa em Sobral-CE.

4.3 Campo empírico da pesquisa

O município de Sobral, situado na Mesorregião Noroeste do Ceará, Brasil, com área de 2.122,897 Km², conta com uma população estimada de 203.682 habitantes em 2016, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Representa o principal polo de atendimento de bens e serviços especializados, para a referida região. Aproximadamente 20% da população vivem com menos de um salário mínimo e quase 12% não tem instrução ou possuem menos de um ano de estudo. De acordo com o Relatório de Gestão Municipal de Sobral-CE, o sistema de saúde do município sobralense, desde 1998, está enquadrado na Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a NOB 01/96 e NOAS (2002). Deste modo, a Prefeitura Municipal de Sobral, através da Secretaria da Saúde, assumiu integralmente a responsabilidade de promover a saúde de sua população, coordenando todas as ações de saúde desenvolvidas no município, sejam elas de caráter assistencial ou promocional. Não obstante, Sobral integra uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Ceará, com capacidade instalada para realização de serviços em seus diferentes níveis de complexidade, que o faz ser município sede para a Microrregional de Sobral e Polo da Macrorregião Norte do Ceará.

As primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família foram implantadas em março de 1997 e em 2005 a ESF teve uma ampliação de 10 equipes, passando para 48 e ampliando a cobertura de assistência de 79% para 96% da população sobralense. Hoje o município possui 70 equipe distribuídas em 37 Centros de Saúde da Família, 23 localizados na sede e 14 nos distritos.

Através da Portaria do Ministério da Saúde n. 1.208 de 18 de junho de 2013, o serviço de assistência domiciliar pediátrica que em Sobral existia desde 2009 passou a fazer parte do Programa Melhor em Casa que inicialmente era ligado à coordenação municipal de atenção secundária, porém atualmente está vinculado à coordenação da atenção primária à saúde sendo um programa importante no fortalecimento e na melhoria da atenção integral aos usuários com restrições de mobilidade.

4.4 Participantes da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa o gerente e os profissionais de saúde que prestam assistência aos usuários do serviço de assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa em Sobral/CE e os cuidadores das crianças que estavam há mais de seis meses prestando os cuidados e recebendo assistência do PMC. De acordo com o Artigo 2º, do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990, considera-se criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos (BRASIL, 1990), porém a nível organizacional local do sistema de saúde público e privado de Sobral-CE são consideradas crianças as pessoas com até 14 anos incompletos sendo a definição municipal adotada no estudo.

O PMC é composto por duas Equipes Multidisciplinar de Assistência domiciliar tipo 1 (EMAD1) composta por um médico (Clínico/Pediatra), um enfermeiro, um fisioterapeuta e dois técnicos de enfermagem cada equipe; e um Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) composta por um assistente social, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. As equipes prestam assistência domiciliar a 40 indivíduos, sendo 15 crianças e 25 adultos, através de visitas ao lar realizadas pela equipe com periodicidade que varia de diária a mensal de acordo com a demanda individual de cada usuário. Atualmente, todos os profissionais exercem suas funções a mais de seis meses no programa e apenas o médico clínico e os quatro técnicos de enfermagem não prestam assistência rotineira às crianças do programa, assim, estes não estão incluídos na pesquisa; e das 15 crianças participantes do programa um total de 12 recebem assistência e possuem o mesmo cuidador há mais de seis meses.

Foram excluídos da pesquisa as crianças que no período da realização das entrevistas tiveram complicações dos seus quadro clínicos e estavam hospitalizadas

e os profissionais que não prestam assistência rotineira às crianças, ou seja, estes prestam atendimentos eventuais. A exclussão destes profissionais ocorreu devido à impossibilidade de incorrer em respostas sem viés para as perguntas sobre a integralidade e longitudinalidade dos cuidados prestados a esses usuários. O pesquisador também foi excluído por não prestar cuidado rotineito aos usuários pediátricos bem como forma de ocupar seu papel de analisador das informações sem interferência na criação das mesmas.

Portanto os participantes da pesquisa foram o gerente e os profissionais do Programa Melhor em Casa que prestam assistência às crianças e aos cuidadores das crianças do Programa Melhor em Casa que não estavam hospitalizadas no período de coleta das informações – foram nove profissionais de sete categorias (um assistente social, dois enfermeiros, dois fisioterapêutas, um médico, um nutricionista, um psicólogo e um tepapêuta ocupacional) e 10 cuidadores –, que aceitaram participar da pesquisa a partir da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que foi apresentado aos participantes da pesquisa. Este instrumento foi apresentado em duas vias, as quais os participantes assinaram; uma via ficou com o participante e outra arquivada pela equipe de pesquisa. Nesse momento foram apresentados os objetivos do trabalho e a relevância.

4.5 Período de recolhimento das informações

O período de coleta das informações foi desde a revisão bibliográfica, de junho de 2018 a setembro de 2019, fase de apresentação da dissertação, levando em consideração o cronograma estabelecido para conclusão da dissertação.

4.6 Métodos e procedimentos

A coleta das informações foi realizada depois da aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa.

1ª etapa: Apresentação do projeto à Secretaria da Saúde para obtenção da anuência da pesquisa.

2ª etapa: Após a emissão da anuência, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

3ª etapa: Após a aprovação do Comitê de Ética, ocorreu o contato com o gerente do Programa Melhor em Casa e também a busca no banco de dados da

Secretaria para a identificação dos usuários que estavam incluídos no Programa Melhor em Casa.

4ª etapa: Visita aos profissionais do PMC para apresentação do projeto e obtenção do aceite da pesquisa.

5ª etapa: Visita aos cuidadores das crianças incluídas do PMC para apresentação do projeto e obtenção do aceite da pesquisa.

5ª etapa: Coleta de dados referentes à estrutura com a gerente do PMC através de formulário.

6ª etapa: Realização de entrevista semiestruturada com os profissionais do PMC.

7ª etapa: Realização de entrevista semiestruturada com os cuidadores das crianças do PMC.

8ª etapa: Análise das informações

A operacionalização da coleta de dados ocorreu a partir da utilização de um formulário de coleta de dados que foi respondido pelo gerente do PMC e entrevista semiestruturada realizada pelo pesquisador com profissionais e usuários/cuidadores. A aplicação do formulário e realização da entrevista semiestruturada com os profissionais ocorreu na sala de reuniões da sede do PMC em horário pré-estabelecido, de forma que não prejudicasse a assistência. A entrevista semiestruturada com os cuidadores foi realizada nos seus respectivos domicílios em horários pré-estabelecidos por eles de forma que não prejudicasse o cuidado. As falas foram registradas com a utilização de gravador digital, além de registro em diário de Campo, destinado a anotações de manifestações com uso de linguagem não verbal como gestos, posturas, expressões faciais, etc. Para a análise, os relatos foram transcritos.

Leopardi (2011) ressalta que o formulário é uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado à coleta de dados resultantes quer de observações, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. Dentre as vantagens que o formulário apresenta, é possível destacar a assistência direta do investigador, a possibilidade de comportar perguntas mais complexas, a garantia da uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios pelos quais são fornecidos.

A entrevista semiestruturada foi utilizada individualmente com o objetivo de o pesquisador compreender as subjetividades dos sujeitos e um contato direto. Neste tipo de instrumento, o pesquisador já possui um roteiro previamente estabelecido, mas há sempre um espaço para a elucidação de elementos que surgem de forma imprevista ou informações espontâneas dadas pelo entrevistado. (APPOLINÁRIO, 2006).

De acordo com Minayo (2013) difere entrevista semiestruturada porque nenhuma interação se mostra totalmente fechada ou totalmente aberta e obedece a um roteiro apropriado para o pesquisador, a técnica de observação livre seguindo um roteiro elaborado previamente e o diário de campo.

O formulário que foi utilizado para a avaliação da estrutura que incluiu recursos físicos, materiais, humanos, transporte, apoio laboratorial, medicamentos essenciais e instrumentos de registro foi adaptado para a assistência pediátrica (APENDICE B) a partir do Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa proposto pelo ministério da saúde e roteiro para visita técnica de monitoramento do SAD presente na Nota Técnica nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS. (BRASIL, 2016).

A avaliação do “processo” e do “resultado” além de formulário adaptado para a assistência pediátrica e indicadores selecionados (APÊNDICES C e D) foi aplicada uma entrevista semiestruturada com os profissionais e os usuários do PMC. Foi realizada entrevista dos profissionais pelo pesquisador com perguntas abertas adaptadas (APÊNDICE E) de Oliveira Neto (2016) e dos cuidadores com perguntas abertas adaptadas (APÊNDICE F) de Pinheiro (2012) e Predebon (2018). A questão norteadora quanto as questões complementares, foram passiveis de modificações depois da apresentação da pesquisa ao gerente e profissionais do Programa Melhor em Casa de acordo com sugestões e/ou críticas dos mesmos. A entrevista semiestruturada com os profissionais e cuidadores foi o método de coleta de dados para analisar o processo e o resultado, respectivamente, do trabalho em saúde. Com ela se tentou responder aos objetivos propostos neste projeto.

A análise e organização dos dados seguiu o referencial de Donabedian (1980). Os dados quantitativos foram analisados a partir de medidas de ocorrência (médias e frequências) e apresentadas por meio de tabelas, gráficos e quadros com o suporte da aplicação Microsoft Excel (2007).

Para tratamento dos dados qualitativos foi feita a análise temática dos discursos proposta por Minayo. Para o suporte no processo de análise foi utilizado o software N VIVO 11 plus. Dentre as funcionalidades do software os discursos foram analisados com relação a sua divisão em ideias, temas ou conceitos similares que o software chama de nós e sub- nós e o presente estudo também chamou de categorias e subcategorias; com relação a frequência de palavras nos discursos de cada grupo de entrevistas (profissionais e cuidadores), bem como em cada categoria (nó); e com relação as nuvens de palavras mais frequentes nos discursos de cada grupo de entrevistas (profissionais e cuidadores), como também em cada categoria (nó). Ao se utilizar as frequências das palavras foram excluídos artigos, preposições, conjunções, bem como as palavras “programa”, “melhor” e “casa” que por estarem na maioria das perguntas das entrevistas semiestruturadas estariam sempre entre as mais frequentes prejudicando a análise das palavras que espontaneamente foram ditas pelos entrevistados.

4.7 Análise e interpretação dos dados

Para a análise foram utilizadas as informações geradas pelos seguintes instrumentos: Formulário e Entrevista Semiestruturada

Na análise de dados dos formulários foram utilizadas medidas de ocorrência (médias e frequências) e apresentadas por meio de tabelas, gráficos e quadros com o suporte da aplicação Microsoft Excel (2007).

Os dados também foram analisados quantitativamente em percentuais, tendo como parâmetro a classificação da assistência prestada como: Qualidade Insatisfatória <50%; Qualidade Regular 50 a < 80%; Qualidade Satisfatória Percentual > de 80%, retratando as condições que se referem à estrutura, processo e o resultado do Programa Melhor em Casa pediátrico no município.

A estrutura disponível para o atendimento do serviço de assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa foi avaliada a partir do cálculo da média dos itens: Planta Física, Recursos Humanos, Recursos Materiais, Apoio Laboratorial, Medicamentos essenciais e Instrumentos de Registro. Na avaliação dos processos de trabalho foram consideradas as atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação dos profissionais de saúde entre si e com a população assistida. O componente resultado foi avaliado através de indicadores relevantes

para o serviço de assistência domiciliar pediátrica que foram selecionados a partir do Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa (ANEXO B) e análise temática dos discursos dos cuidadores com relação à satisfação com as mudanças, no estado de saúde dos usuários, promovidas pelos cuidados recebidos (DONABEDIAN, 1980; VUORI, 1991).

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi adotada em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define a pesquisa envolvendo seres humanos – como aquela que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 2012).

Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, garantindo autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros princípios ao sujeito da pesquisa (BRASIL, 2012)

Esta mesma Resolução também visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, garantindo autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros princípios ao sujeito da pesquisa. A eticidade da pesquisa seguiu esses preceitos, que implicam em:

- **Autonomia:** Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e a aos legalmente incapazes. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

- **Beneficência:** Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- **Não Maleficência:** Garantia de que danos previsíveis serão evitados;

- **Justiça e equidade:** Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos sujeitos envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

O projeto dessa pesquisa foi submetido à Comissão Científica do município de Sobral com aprovação pelo parecer nº 0074/2019 em 15 de abril de 2019 e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA sendo aprovado em 03 de julho de 2019 pelo parecer n° 3.434.187 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 15222819.6.0000.5053. Somente após a aprovação foi iniciada a investigação.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise da Dimensão Estrutura

Avaliação do componente foi baseada na resposta de formulário adaptado do manual de monitoramento e avaliação e Nota Técnica de monitoramento dos SAD (2018) propostos pelo Ministério da Saúde (APÊNDICE B). O formulário foi respondido no dia 03 de junho de 2019, pela gerente do PMC.

Os resultados desta pesquisa trazem uma avaliação do Programa Melhor em Casa pediátrico, que na compreensão de Feitosa et al. (2016) a avaliação de programas, é uma das fases do ciclo de desenvolvimento de políticas públicas na gestão e planejamento de suas ações. É entendida como a etapa que constitui o processo na política pública e está relacionada à ideia de manutenção na qualidade dos serviços oferecidos, em cumprimento do papel regulador e interventor do poder público na sociedade.

Donabedian (2015), ao se referir sobre avaliação, defende que o ponto de partida é o conceito de qualidade, sendo que este se constitui em característica abstrata, mas sua construção deve ser norteada pelos sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. E ressalta ainda que: “De cultura a cultura mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, consequentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção” (p.114).

Desta maneira, percebe-se que toda essa complexidade de fatores enobrece o conceito de qualidade da atenção à saúde, ao mesmo tempo, no entanto, o tornaram de difícil definição.

5.1.1 Composição das Equipes

Quadro 1. Composição das equipes (Profissionais de nível superior – CHS)

Tipos Equipes	**Composição mínima definida pela Portaria 825, de 25 de abril de 2016.**	**Composição no SAD pediátrico no PMC no município de Sobral em Julho/2019**
EMAD Tipo 1	Médico (40hs) Enfermeiro (s) (40hs) Fisioterapeuta ou Assistente Social (30 hs)	01 Médico (40hs) 02 Enfermeiros (20hs cada) 01 Fisioterapeuta (30hs)
EMAP	Mínimo de 03 das seguintes categorias (Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico ou Terapeuta Ocupacional) com somatório de CHS* de no mínimo 90hs.	01 Assistente Social (30hs) 02 Fisioterapeutas (30hs cada) 01 Nutricionista (40hs) 01 Psicólogo (40hs) 01 Terapêuta ocupacional (30hs) TOTAL: 5 categorias (200hs)

• CHS: Carga Horária Semanal. Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) a assistência domiciliar é a prestação de assistência à saúde, no Programa Melhor em Casa que é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP), ambas designadas para essa finalidade. A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferenciação entre as EMADs e as equipes de atenção básica encontra-se no tipo de atendimento que é prestado, ou seja, o atendimento deve ser especializado para pacientes domiciliados; e na composição da equipe profissional, que deverá conter, minimamente os profissionais descritos no Quadro 1.

Verifica-se que a composição da equipe no SAD pediátrico do PMC, aqui analisada, pode ser avaliada como satisfatória ao se tomar como parâmetro a composição mencionada na Portaria 825/2016. No que diz respeito à composição da Equipe EMAD Tipo 1, todos os critérios de pessoal estão sendo atingidos, isto é, médico com 40hs/semanais; os dois enfermeiros que somam as 40hs/semanais e como existe a flexão de ser ou um fisioterapeuta ou um assistente social, a equipe dispõe de um fisioterapeuta com 30 hs/semanais.

No que diz respeito a Equipe EMAP o Ministério da Saúde, através da Portaria 825/2016 determina que deva ser constituída por no mínimo de três categorias profissionais com a somatória de 90hs/semanais. No Programa Melhor em Casa, aqui analisado, verifica-se que a Equipe EMAP disponibiliza cinco categorias de profissionais com somatória de 200hs/semanais. Os dois parâmetros praticamente estão duplicados nesta equipe.

5.1.2 Estrutura destinada ao SAD

Tabela 1. Componentes exigidos pela Nota-Técnica-monitoramento-dos-SAD-2018.

Componentes Presentes	Componentes Ausentes
- Insumos e material de consumo - Equipamentos de saúde - Equipamentos para suporte ventilatório - Medicamentos - Exames laboratoriais coletados no domicílio	- Veículo para locomoção das equipes (mínimo de 01 por equipe) - Ambulância - Equipamentos para registro da visita no domicílio - Local adequado para sediar as equipes - Equipamentos para o primeiro atendimento de urgência/emergência

Dados da pesquisa, 2019.

Na compreensão de Mendes (2011) a estrutura de uma rede de atendimento é um forte instrumento para assegurar ao usuário uma assistência com ações e serviços, de forma contínua e de qualidade. O serviço de atenção domiciliar necessita dialogar com vários pontos da rede de atendimento, com o objetivo de fortalecer os vínculos institucionais e dar resolutividade no serviço de saúde, potencializando a assistência e humanizando o cuidado.

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que a estrutura do Serviço de Atenção Domiciliar pesquisado tem 50% da sua estrutura atendida, de acordo com os componentes exigidos pela Nota Técnica nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS que trata do monitoramento dos serviços de atenção domiciliar, uma vez que existe conformidade nos componentes de: insumos e material de consumo, equipamentos de saúde; equipamentos para suporte ventilatório; medicamentos e exames laboratoriais coletados no domicílio.

5.2 Análise da Dimensão Processos

5.2.1 Formulário para avaliação de processos

Ressalta-se que o formulário utilizado para esta pesquisa foi adaptado do roteiro para visita técnica de monitoramento do SAD proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

5.2.2 Organização do processo de trabalho do SAD

Quadro 2. Avaliação da organização do processo de trabalho

Item avaliado	Ideal preconizado pelo MS	Encontrado no SAD pediátrico do PMC em Sobral
Horário de Funcionamento	12hs/dia	8hs/dia
Cumprimento de CHS	Sim para todas as categorias	Não
Deslocamento dos profissionais	Veículo exclusivo para cada equipe	Veículo de apoio ou meios próprios
Atendimento em feriados e finais de semana	Sim	Sim
Busca Ativa	Sim	Não
Tempo de resposta a pedidos de inclusão	< 5 dias	> 5 dias
Fichas do E-SUS	Sim	Sim
Rotina de monitoramento e avaliação	Sim	Não
Processos judiciais no último ano	Não	Não

Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com Brasil (2016) a organização do processo de trabalho e da adequação à proposta do Melhor em Casa, no que diz respeito à visita ao domicilio do usuário é de no mínimo uma visita semanal por usuário pela equipe, por exemplo. Neste aspecto, o Ministério da Saúde preconiza que exista um veiculo para o deslocamento de cada equipe para as visitas domiciliares ou para a busca ativa, o que não acontece no município, pois não há disponibilidade de veículo exclusivo, e a acessibilidade dos profissionais para as visitas é realizada por um veículo de apoio ou no seu próprio veículo. A carência do veículo exclusivo dificulta a acessibilidade, implicando também na rotina do monitoramento e avaliação.

Assim, observa-se que na avaliação da organização do processo de trabalho na SAD, no município de Sobral (CE), de acordo com o Quadro 2, apenas 30% está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

5.2.3 Articulação com a RAS e intersetorial

Quadro 3. Avaliação da Articulação com a RAS e intersetorial

Existência de fluxo estabelecido para:	Ideal preconizado pelo MS	Encontrado no SAD pediátrico do PMC em Sobral
Acesso aos equipamentos e insumos	Sim	Sim
Consultas com especialistas	Sim	Sim
Atendimento de Urgência/emergência	Sim	Sim
Ação com as equipes da Atenção Básica	Sim	Não
Comunicação Intersetorial	Sim	Não

Dados da pesquisa, 2019.

Castro et al. (2018) explicam que são duas as vertentes que mobilizam os gestores na decisão político-institucional de se implantar a Atenção Domiciliar (AD) depois da criação, em 2011, do Programa Melhor em Casa (PMC) no Brasil.

Para Silva et al. (2010) inicialmente é necessário que compreendem que a AD é uma abreviação ou substituição da internação hospitalar, tendo como foco, assim, à diminuição dos custos.

Na compreensão de Castro et al. (2018) no processo de organização de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), são inclusos a identificação do fluxo da oferta dos serviços existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a solicitação de inclusão e a admissão do usuário mediante os critérios de elegibilidade, seguida do planejamento assistencial, possibilitado pela avaliação do grau de complexidade, definições sobre a modalidade, recursos e tecnologias de cuidado demandadas, incluindo periodicidade dos atendimentos no domicílio.

De acordo com o Quadro 3, no que se refere a avaliação da articulação com a RAS e intersetorial, sobre a existência de fluxo estabelecido, 60% do SAD do PMC do município de Sobral (CE) está de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza, a saber: para o acesso aos equipamentos e insumos; para as consultas com especialistas; e para o atendimento de urgência/emergência.

5.2.4 Educação permanente e Gestão do cuidado

Quadro 4. Avaliação da Educação permanente e Gestão do cuidado

Itens Avaliados (no último ano)	Ideal preconizado pelo MS	Encontrado no SAD pediátrico do PMC em Sobral
Práticas de Educação Permanente	Sim	Não
Reunião de Equipe Periódica	Sim	Sim
Estímulo para atividades científicas	Sim	Não
Práticas de plano de cuidado ou PTS	Sim	Não
Capacitação para cuidadores e familiares	Sim	Não

Dados da pesquisa, 2019.

O Ministério da Saúde instituiu no Brasil através da Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004), a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS), vindo de encontro a necessidade de pensar a gestão do cuidado como reflexo do processo de trabalho, uma vez que incorpora o aprender e o ensinar ao cotidiano das instituições. Tendo como base a aprendizagem significativa como também a viabilização de transformar as práticas profissionais e por acontecer no cotidiano das pessoas e das instituições, assim, idealizada como aprendizagem-trabalho.

Verifica-se que apenas um item preconizado pelo Ministério da Saúde - Reunião de Equipe Periódica – está de acordo no SAD pediátrico do PMC em Sobral, representando 20% do ideal que o Ministério preconiza. Estão em desconformidade os seguintes itens: Práticas de Educação Permanente; Estímulo para atividades científicas; Práticas de plano de cuidado ou PTS; e Capacitação para cuidadores e familiares, representando 80%.

Na visão de Sade; Peres e Wolff (2014) a Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como o processo educativo que viabiliza o surgimento de espaço para pensar e fazer no trabalho, de maneira que o trabalhador seja considerado como Ser que constrói conhecimentos, norteados por valores políticos, culturais e éticos.

Ressalta-se que a política nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como proposta que os processos de educação dos trabalhadores da saúde sejam realizados a partir da problematização do processo de trabalho, tendo como fundamentação as necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores, relacionada com as condições de saúde das pessoas e das populações.

5.3 Avaliação dos Processos: Perspectiva dos Profissionais

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir o roteiro adaptado de Oliveira Neto (2016) (Apêndice E) com os profissionais do PMC do município de Sobral. Os critérios para a inclusão dos profissionais nesta pesquisa foram que: prestassem assistência às crianças acompanhadas pelo Programa, que estivessem em julho de 2019 trabalhando no programa há pelo menos seis meses e que concordassem participar do estudo através do aceite do TCLE (apêndice A). Dos 16 profissionais do programa nove preencheram os referidos critérios para participação do estudo e todos concordaram em participar.

As entrevistas foram realizadas e gravadas em equipamento digital pelo pesquisador na sala de apoio da sede do PMC no mês de julho de 2019 e posteriormente transcritas pelo pesquisador no período no mês de agosto. A duração das entrevistas foram entre 7’54’’ e 14’40’’ minutos. A análise qualitativa foi feita com o suporte do Software nVIVO versão 11 plus nos meses de agosto e setembro de 2019.

Tabela 2. Características dos profissionais do Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

Características	**n / Média ± DP**
Gênero	
Masculino	4
Feminino	5
Idade	36 ± 8,17
Categoria	
Assistente Social	1
Enfermeiro (a)	2
Fisioterapeuta	2
Médico (a)	1
Nutricionista	1
Psicólogo (a)	1
Terapeuta Ocupacional	1
Tempo de permanência no Programa Melhor em Casa (meses)	45,1± 32,4

Fonte: Elaboração dos autores, 2019.

Figura 1: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes nos discursos dos Profissionais do Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

Fonte: Elaboração dos autores, 2019.

Sobre o programa NVivo, Alves; Figueiredo Filho; e Henrique (2015) defendem que quando bem estruturada, a análise de conteúdo é um imprescindível instrumento para os trabalhos que fazem uso da metodologia qualitativa. A aplicação da técnica tem entremeado várias áreas do conhecimento científico, tais como: Administração, Sociologia, Ciência Política, Biblioteconomia, Psicologia, entre outros. Para estes pesquisadores:

> O NVivo é um programa para análise de informação qualitativa que integra as principais ferramentas para o trabalho com documentos textuais, multimétodo e dados bibliográficos. Ele facilita a organização de entrevistas, imagens, áudios, discussões em grupo, leis, categorização dos dados e análises. Na parte de dados qualitativos é possível realizar transcrição de vídeos e áudios, codificar texto, análises de redes sociais e/ou páginas da web, entre outros. Já na parte quantitativa tem-se estatística descritiva, inferencial e até mesmo meta-análise. (ALVES; FIGUEIREDO FILHO; HENRIQUE, 2015, p. 125).

A Figura 1 apresenta uma nuvem das palavras mais frequentes na pesquisa. Quanto mais vezes a palavra aparece nas respostas, maior é o seu tamanho. Isto é,

apresenta uma maior frequência. Esse tipo de técnica é usado somente para ilustrar a distribuição, facilitando a visualização dos dados. Quando se compara as palavras que apareceram com maior frequência nos discursos, percebe-se uma forte correspondência, por exemplo: “criança”, “atenção”, “domiciliar”, “cuidado” aparecem em destaque por serem enfatizadas em todos os discursos dos pesquisados sobre o cuidado da atenção domiciliar para a criança no programa melhor em casa pediátrico.

Tabela 3: Frequência das palavras nos discursos dos Profissionais do Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

Palavra	n (%)
Criança	158 (1,27)
Atenção	107 (0,86)
Cuidados	80 (0,64)
Paciente	76 (0,61)
Domiciliar	73 (0,59)

Dados da pesquisa, 2019.

A palavra mais frequente no discurso foi “criança” (158 vezes), seguida de “atenção” (107 vezes), “cuidados” (80 vezes), paciente (76 vezes) e domiciliar (73 vezes). Vê-se que a palavra mais frequente é a palavra “criança” denotando a importância dada ao cuidado centrado no usuário, no caso na criança.

A correlação entre as palavras referidas compõem os discursos e enfatizam aquelas que servem de parâmetro na estruturação do conteúdo. A análise identifica os princípios semânticos basilares que determinam as correlações observadas (ALVES; FIGUEIREDO FILHO; HENRIQUE, 2015, p. 125).

5.4 Categoria

Quadro 5. Divisão das categorias e subcategorias

Categorias (nós)	n (%)	Descrição	Sub-Categorias (sub-nós) / n (%)	Exemplos
Interação com a RAS	48 (39,02)	Relacionamento e interação do PMC com os diversos equipamentos da RAS	Atenção Primária 19 (15,45) Atenção Terciária 23 (18,70) Acesso aos exames e às consultas 6 (4,88)	"a partir do momento que a criança passa a ser da atenção domiciliar, a gente percebe que os outros serviços, meio que saem de ação. Eles acham que é exclusivo da atenção domiciliar." P7.
Processos Estrutura-Dependentes	34 (27,64)	Processos de trabalho que estão intimamente relacionados à presença ou não de estrutura.	Composição das equipes. 07 (5,69) Transporte 14 (11,38) Insumos 10 (8,13) Estrutura Física 3 (2,44)	"(...) às vezes quer melhorar o tratamento, mas não tem como porque não tem uma estrutura adequada, é muito limitado o atendimento. Muitas vezes acaba retornando ao hospital por coisas que poderia ser resolvida no domicilio por conta da falta de estrutura." P1.
Relações de Trabalho	32 (26,02)	Relacionamento entre os profissionais e com a gerência/gestão municipal	Relação Interprofissional 15 (12,20) Relação com a gestão 17 (13,82)	"(...) ter poucos momentos juntos, de se encontrar, de discutir caso, de ter essa interação maior, acredito que não é tão em conjunto em relação a isso (...)" P2
Processos Profissional-Dependentes	09 (7,32)	Processos que dependem diretamente das características dos profissionais	Capacitação 3 (2,44) Comprometimento 3 (2,44) Comunicação 3 (2,44)	"Eu acho que o que falta, sendo bem sincera, e eu não sei se tem a ver com o programa em si, mas eu acho que falta mais implicação da nossa parte." P3

Dados da pesquisa, 2019.

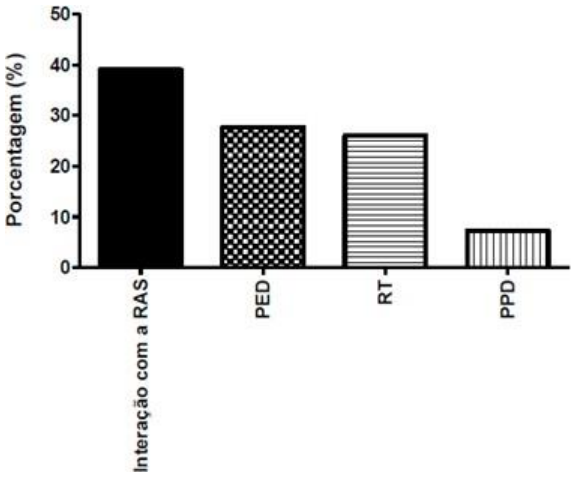
No que diz respeito às Categorias (nós) foram distribuídas em: Interação com a RAS, Processos Estrutura-Dependentes, Relações de Trabalho e Processos Profissional-Dependentes.

Tabela 4: Divisão categórica na perspectiva dos Profissionais.

Categoria	n (%)
Interação com a RAS	48 (39,02)
Processo Estrutura-Dependentes (PED)	34 (27,64)
Relações de Trabalho (RT)	32 (26,02)
Processos Profissional-Dependentes (PPD)	09 (07,32)

Dados da pesquisa, 2019.

Na divisão de categorias, de acordo com a análise do discurso, foi mais presente a Interação com a RAS (39, 02%), seguida pela categoria do Processo Estrutura-Dependentes (PED) com 27,64) Relações de Trabalho (RT) com 26,02% e Processos Profissional-Dependentes (PPD) com 7,32%.



Dados da pesquisa, 2019.

Figura 2. Porcentagem da divisão de categorias da análise dos discursos dos Profissionais do Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

A Categoria “Interação com a RAS” teve como foco o relacionamento e interação do PMC com os diversos equipamentos da RAS, foi subdividida em Atenção Primária, Atenção Terciária e Acesso aos exames e às consultas. O profissional (P7) assim se expressou: “a partir do momento que a criança passa a ser da atenção domiciliar, a gente percebe que os outros serviços, meio que saem de ação. Eles acham que é exclusivo da atenção domiciliar”.

De acordo com P7 não existe um esclarecimento sobre o que seja a atenção domiciliar por parte dos profissionais que não fazem parte desta atenção e que trabalham nas formas de atenção primária e terciária. O PMC não é responsável, sozinho, pela atenção dado às crianças com internação domiciliar. Estes usuários precisam de todas as atenções para ter acessibilidade às consultas especializadas e a realização dos exames para complementação dos diagnósticos.

A interpretação da Atenção Primária da Saúde (APS) como o nível primário do sistema de atenção à saúde, de acordo com Mendes (2015) é conceituada como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, ressaltando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível. Já na atenção terciária, na visão de Moll et al. (2015) são prioridades a reabilitação, a recuperação e/ou a manutenção da estabilidade funcional de pessoas adoecidas que requerem um monitoramento contínuo.

Na pesquisa de Mitre; Andrade; e Cotta (2012) o acesso aos exames e às consultas especializadas também foi mencionado como um grande desafio, constatando a dificuldade e a carência de comunicação e integração da Atenção Primária à Saúde com os demais níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde. Demonstrando estes resultados a necessidade de reformular as organizações e os equipamentos de saúde do SUS, criando condições para que estes se aproximem cada vez mais dos seus usuários e comunidades.

A Categoria “Processos Estrutura-Dependentes” subdividiu-se em: Composição das equipes, Transporte, Insumos e Estrutura Física. Na visão de um dos profissionais pesquisados:

> “(...) às vezes quer melhorar o tratamento, mas não tem como porque não tem uma estrutura adequada, é muito limitado o atendimento. Muitas vezes acaba retornando ao hospital por coisas que poderia ser resolvida no domicílio por conta da falta de estrutura.” P1.

No entanto, o P1 menciona sobre a falta de estrutura do Programa Melhor em Casa, limitando o atendimento que deve ser prestado e interferindo no tratamento dos usuários atendidos em domicílio. Como já foi visto anteriormente existe a carência de transportes e de uma estrutura física, além da interlocução entre os níveis de atenção

Mas de acordo com Moll et al. (2017) a estrutura operacional é o segundo elemento constituinte da rede de atenção à saúde que proporciona a articulação dos pontos de atenção à saúde (diversos serviços de saúde que são distribuídos nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário). Esta articulação precisa ser fundamentada na comunicação horizontal entre todos os serviços de saúde e nos sistemas logísticos e sistema de governança, ambos instituídos para o funcionamento da rede de atenção à saúde.

A Categoria “Relações de Trabalho” teve como foco o relacionamento entre os profissionais e com a gerência/gestão municipal, e foi subdividida em Relação Interprofissional e Relação com a gestão. Sobre esta temática o P2 afirmou que “(...) ter poucos momentos juntos, de se encontrar, de discutir caso, de ter essa interação maior, acredito que não é tão em conjunto em relação a isso (...)”, demonstrando que existe a necessidade de uma maior aglutinação entre os profissionais que fazem parte do Programa Melhor em Casa para que venham se tornar uma “equipe de verdade”.

Sobre a interação entre os profissionais da área da saúde, Giardinetto et al. (2019) referem que é uma questão importante para que possa existir uma assistência hospitalar holística e humanizada. Se essa interação harmônica acontece, o sucesso do tratamento pode ser mais provável.

A última categoria “Processos Profissional-Dependentes” que teve como foco os processos que dependem diretamente das características dos profissionais, foi subdividida em capacitação, comprometimento e comunicação. O discurso sobre a temática, P3 assim se expressou: “Eu acho que o que falta, sendo bem sincera, e eu não sei se tem a ver com o programa em si, mas eu acho que falta mais implicação da nossa parte”.

5.4.1 Interação com a RAS

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) no fim de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, “considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite” (BRASIL, 2010), através do Ministério da Saúde, Conass e Conasems, estabelecendo as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, que trouxe a seguinte conceituação das RAS:

> São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010, *online*).

Assim, nove dos entrevistados fizeram 48 referências (39,02%) a essa categoria, citando a Rede de Atenção à Saúde como uma importante ferramenta de integração no trabalho do Programa Melhor em Casa, como se observa na Figura 3 e na Tabela 5, a seguir.

Figura 3. Modelo de nuvem das palavras mais frequentes no que diz respeito a categoria Interação com a RAS.

Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 5. Frequência das palavras nas referências pertencentes a categoria Interação com a RAS.

Palavra	n (%)
Transporte	13 (2,11)
Estrutura	12 (1,95)
Falta	9 (1,46)
Profissionais	9 (1,46)
Chegar	8 (1,30)

Dados da pesquisa, 2019.

Verifica-se que o transporte, devido a sua falta , foi mencionado 13 vezes nos discursos classificados nesta categoria. Também foram mencionadas: a “Estrutura”; “Falta”; “Profissionais” e “Chegar”. Estas palavras no seu cerne definem o sentimento dos profissionais pela carência de uma estruturalização apropriada para o bom desenvolvimento do trabalho dos profissionais do Programa Melhor em Casa, como se observa no discurso do profissional:

> Uma melhor adequação nas estruturas funcionais e estruturais da rede. Seria bom trabalhar isso para manter o programa como deveria ser e manter o paciente no domicilio. (P1).

Sobre o Programa Melhor em Casa, Oliveira e Kruse (2017) consideram que esta modalidade de cuidado contribui para a promoção do conforto e para a satisfação das necessidades dos pacientes devido ao ambiente (sua casa) ser mais favorável para a realização dos cuidados para ele.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), através da Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011, redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, trazendo para o Programa Melhor em Casa as diretrizes para a organização da atenção domiciliar e estas foram definidas como uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, tendo como características as ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Diante do que é definido através das diretrizes mencionadas, os profissionais pesquisados expõem a sua inquietação de não ter para o desenvolvimento de suas

ações e atividades os devidos instrumentos para a melhoria da qualidade de vida e de segurança do paciente que está no programa.

A categoria “Interação com a RAS” é composta por três subcategorias: “Acesso aos exames e às consultas”, “Atenção Primária” e “Atenção Terciária”.

Sobre o acesso aos exames e às consultas, dois dos pesquisados se referiram seis vezes. Compreende-se que este fato traz inquietação para estes dois profissionais de forma mais específica, uma vez que um deles, assim se expressou:

> Um tratamento adequado para os pacientes como a marcação de consultas o PMC não deveria ficar em fila, mas este fica aguardando como qualquer paciente da rede e isso é um erro, são pacientes complicados que saem do hospital com doenças graves, permanece sem prioridades para aguardar como qualquer outra pessoa. (P1).

Na subcategoria “Atenção Primária”, nove profissionais se referiram 19 vezes sobre este tipo da atenção, como se observa nos discursos, a seguir, que eles não estão satisfeitos com a colaboração que deve ser dada pelos profissionais da Atenção Primária, e assim se expressam:

> Eu acho que é nula, porque, em minha opinião, quando você pega uma criança que tem indicação de ser acompanhada pelo Melhor em Casa, isso não retira a necessidade de assistência da unidade básica de saúde, através de seus profissionais enfermeira do PSF, o médico do PSF. Eles querem essa assistência acreditando que não tem necessidade mais dessa criança ser vista por eles. (P9)

> Na pratica é que as UBS apesar de terem a responsabilidade de se apropriarem do cuidado, é como se elas quisessem se eximir dos cuidados em relação as crianças, da assistência, da continuidade do cuidado e do conhecimento da evolução, é como eles delegassem mais responsabilidades que devessem para as outras estratégias de saúde. (P6)

Dias et al. (2015) destacam que a Atenção Domiciliar modificou o cenário das Redes de Atenção a Saúde no Brasil, quando realizou a incorporação de equipes que tem a possibilidade de substituir o cuidado hospitalar com qualidade, e complementar o trabalho realizado pela Atenção Primária à Saúde.

E o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que definiu as Redes de Atenção à Saúde, afirmou que:

> A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

No entanto, Castro et al. (2018) defendem que a interlocução entre os profissionais que atuam na atenção domiciliar com os de outros pontos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde é imprescindível para consolidação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Contudo, esclarecem que na atenção primária, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vista como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e coordenadora do cuidado, tendo como princípio organizativo a territorialidade. O tipo de atenção domiciliar que é ofertado pela atenção primária e o ofertado pelo Serviço de Atenção Domiciliar são diferentes entre si não apenas pelo processo de trabalho das equipes, mas também pela frequência e densidade tecnológica do cuidado.

Oliveira Neto e Dias (2014) destacam que na atenção domiciliar, é imprescindível a articulação do Serviço de Atenção à Saúde (SAD) com os demais serviços, através da demanda de atendimento que são direcionadas às seguintes portas de entrada: usuários procedentes das equipes de Saúde da Família; da instituição hospitalar; e das unidades de pronto-atendimento. E, para que a Atenção Domiciliar seja eficaz, é imprescindível que haja uma articulação com o conjunto dos estabelecimentos e serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde, e esse processo representa um importante desafio para os Serviços de Atenção à Saúde.

Na subcategoria, referente à Atenção Terciária, nove profissionais se referiram 23 vezes a este tipo de atenção ao discutir sobre a interação com a Rede de Atenção à Saúde, quando assim se expressaram:

> Em relação à atenção terciaria, existe uma dificuldade de adentrá-la, mas sempre que há uma urgência a atenção terciária é a porta de entrada. Entretanto, se você precisar articular qualquer processo que não seja de emergência, nós sempre encontramos dificuldade. (P8).
>
> Acabou que diminuiu um pouco aquele tumulto de muitas internações hospitalares, além de melhorar a qualidade da recuperação dos pacientes em casa. (P2).

Verifica-se que, ao se referir a Atenção Terciária, P8 traça elogios quando o quadro é emergencial, no entanto, refere que ainda existe um bloqueio quando a necessidade de articulação não se tratar de emergência para a efetivação de

qualquer outro processo necessário. E P2 destaca a qualidade do trabalho realizado pelo Melhor em Casa, ao destacar a minimização do número de internações dos usuários, como também a melhoria da sua qualidade de recuperação, no âmbito do lar. Verifica-se que mesmo com a desarticulação da rede existe uma substitutividade positiva.

5.4.2 Processos Estrutura-Dependentes

Donabedian (1988) ao escrever sobre a avaliação da qualidade do atendimento defendia que para uma avaliação da qualidade se sustentar é necessário que sejam observados três componentes: estrutura, processo e resultado. E que esses três tipos de informação só podem ser usados se existir uma relação causal entre eles: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado.

E, define processo como a categoria que inclui todo o cuidado, desde a sua busca e apreensão pelo usuário do serviço de saúde até o atendimento prestado, incluindo diagnóstico, prescrição e implementação do tratamento; e resultado como os efeitos do cuidado na situação de saúde dos pacientes e população. Ambos se relacionam diretamente, isto é, quando o processo está bem estruturado terá como consequência um bom resultado. E que a estrutura predispõe, mas não define a existência de bons processos de trabalho.

Sobre o processo estrutura-dependentes, nove profissionais mencionaram 34 vezes sobre esta temática, equivalendo a 27,64% do total. Na Figura 4 e na Tabela 6, verifica-se a frequência das palavras nos discursos dos profissionais. Ressalta-se que são palavras que vem se repetindo no decorrer dos questionamentos que foram feitos, tais como: Transporte (2,33%); Estrutura (1,74%); Falta (1,74%); Profissionais (1,55%); e Criança (1,16%).

> Eu sei que com a estrutura que a gente tem hoje, com a quantidade de profissionais que a gente tem hoje, essa criança ela pode sair, mas vai demorar muito mais tempo do que o ideal. (P3).

Vê-se no discurso do P3, temáticas que já foram aqui discutidas sobre a falta de estrutura, de transporte que requer que o profissional tenha a sua acessibilidade

no seu próprio transporte para o melhor atendimento às crianças do Programa Melhor em Casa.

Tabela 6: Frequência das palavras nas referências pertencentes à categoria Processos Estrutura-Dependentes.

Palavra	n (%)
Transporte	12 (2,33)
Estrutura	9 (1,74)
Falta	9 (1,74)
Profissionais	8 (1,55)
Criança	6 (1,16)

Dados da pesquisa, 2019.

Figura 4: **Modelo de nuvem das palavras mais frequentes nas referências pertencentes a categoria Processos Estrutura dependentes.**

Dados da pesquisa, 2019.

No entanto, a Categoria Processos Estrutura-Dependentes encontra-se dividida em três subcategorias: Composição das Equipes, Estrutura Física, Insumos e Transporte.

Na subcategoria “Composição das Equipes” quatro profissionais se referiram sete vezes. Percebe-se que mesmo com a composição das equipes estando de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, através da Portaria 825 de 2016, a falta de algumas categorias essenciais para o cuidado ao público alvo prejudicam a integralidade do cuidado, como sublinha os profissionais P2 e P4:

> A questão da quantidade de profissionais para ter um atendimento mais contínuo, como por exemplo: os fisioterapeutas, eu acredito que a sobrecarga fica muito alta pra eles, ao ponto de que eles não podem dar atenção, como seria o certo para todos as crianças. (P2).
>
> A falta de alguns profissionais das categorias como fonoaudióloga, fisioterapeuta (...). (P4).

Observa-se que mesmo estando com o número de profissionais preconizados, os membros da equipe do Programa Melhor em Casa de Sobral (CE) referem sobre a carência de profissionais, como o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta. Acredita-se que por estes dois profissionais precisarem realizar os seus trabalhos através de sessões, quase diárias, o número destes profissionais existentes na equipe não realiza o trabalho como deveria devido a demanda de crianças que sobrecarregam as suas carga-horárias de trabalho.

A subcategoria “Estrutura Física” foi citada três vezes sendo mencionada por dois profissionais, como se observa no discurso do P2 que enfatiza sobre a falta de estrutura da sala de apoio para o Programa Melhor em Casa, de Sobral (CE), como se observa: “eu vejo muito a melhorar e também a questão da estrutura da sala de apoio, também deveria ter um localzinho específico para o Melhor em Casa”. (P2).

Na subcategoria “Insumos” oito profissionais sinalizaram 10 vezes sobre a temática. O viés maior é sobre a dificuldade dos profissionais em prestar o atendimento de qualidade se não tem ao seu dispor os insumos imprescindíveis para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças assistidas pelo Programa Melhor em Casa, de Sobral (CE). Os profissionais destacaram que:

> A falta de material para os nossos pacientes, e isso está incluso tudo, tanto material como sondas, como também material ao nível de medicação. (P5).
>
> (...) as dificuldades dos implementos, nem sempre a gente tem o material que deveria estar disponível na residência dessa criança, e quando falta mesmo tendo as mães, algumas delas, muita carência econômica, elas são obrigadas a adquirir do próprio bolso. (P9)

É importante ressaltar que a internação domiciliar reduz os custos hospitalares, mas parte não mensurada desses custos é repassada direta e indiretamente para as famílias.

No entanto, Castro et al. (2018) defendem que para a realização do atendimento ao usuário do Serviço de Atenção Domiciliar, é imprescindível que a

residência tenha uma estrutura com os materiais permanentes e de consumo que viabilizem a recuperação e/ou estabilização da situação de saúde deste. Assim, se faz necessário que seja elaborado um plano de cuidados individualizados e neste sejam descritos todas as necessidades básicas e avançadas destes usuários.

Também enfocam Oliveira Neto e Dias (2014) sobre a consequente transferência de responsabilidades, tanto no cuidado quanto na aquisição de insumos/equipamentos/medicamentos, que deve ser do Estado, No entanto, é observado que esta responsabilidade está passando para o usuário e seus familiares/cuidador. Observa-se então que esta discussão não se tem o seu fim no campo da saúde, sendo necessário o estabelecimento de uma agenda intersetorial, especialmente com a assistência social para que não seja do usuário familiares/cuidador uma responsabilidade e gastos de insumos que é obrigação do Estado e Município.

A palavra “Transporte” também foi mencionada repetidas vezes nos discursos. Desta vez sete profissionais fizeram 14 referências ressaltando as dificuldades de transporte para os profissionais se locomoverem aos domicílios e ambulâncias adequadas para transporte dos usuários a outros equipamentos da rede, como se observa nas palavras de P7 e P5, a seguir:

> E o transporte, para se locomover você tem que ir no seu carro. Não dá tempo de você atender a todos os pacientes com o transporte que tem no programa. (P7).
>
> O grande problema do melhor em casa é a falta de ambulância toda equipada, que antes a gente tinha, com o oxigênio, monitor, e outros insumos que tiraram e a gente fica à mercê de outros serviços cederem para a gente, e a gente sabe que nunca cede, só cede quando é uma intercorrência muito grave. (P5)

Observa-se que o P5 deixa evidenciado em suas palavras a carência de interlocução entre os personagens dos instrumentos da RAS. Este fato demanda um esclarecimento por parte das coordenações, pois se trata de um caso de gestão.

5.4.3 Processos Profissional-Dependentes

Nesta categoria, o índice de vezes que foram feitas referências nos dicursos de cinco dos profissionais pesquisados foi 7,32% (nove vezes) do total.

A atuação multiprofissional é imprescindível, haja vista que a atenção domiciliar nada mais é que “substituição” do cuidado hospitalar, onde o paciente, em sua própria casa, recebe assistência de forma individualizada. Devido a esta assistência é criado um vínculo que é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais cedo acontece o vínculo entre os profissionais da atenção domiciliar, melhor o resultado com o usuário e familiares/cuidador, uma vez que maior também é a troca de saberes entre os profissionais da equipe da saúde e comunidade onde atuam (ARAÚJO, et al., 2018).

Figura 5: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes nas referências pertencentes a categoria Processos Profissional-Dependentes

Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 7: Frequência das palavras nas referências pertencentes a categoria Processos profissional-dependentes

Palavra	n (%)
Nível	4 (1,84)
Cuidadores	3 (1,38)
Educação	3 (1,38)
Falta	3 (1,38)
Fazer	3 (1,38)

Dados da pesquisa, 2019.

Verifica-se que neste nicho de palavras a que mais se sobressaiu foi “nível” (1,84%) fazendo link para os níveis de assistência prestada: primária, secundária, terciária e domiciliar. Seguida de “cuidadores”, “educação”, “falta” e “fazer” – cada uma delas com índice de 1,38%.

> Investir mais no profissional com educação permanente e educação continuada, já que a gente tem o dispositivo aqui no município, já que nas cartilhas do Ministério é uma das coisas que se preconiza, que o profissional tenha esses momentos. (P3).

Observa-se nas palavras mencionadas pelo P3 a necessidade de investimento na educação profissional e continuada dos membros da assistência domiciliar do Programa Melhor em Casa, por ser preconizado pelo Ministério da Saúde, e no município de Sobral se ter *a* Escola de Formação em Saúde da Família Visconde *de* Sabóia, a qual disponibiliza uma variedade de cursos através da Educação a Distância (EaD), Educação Profissional e Técnico (EPT), Educação Permanente (EP), Integração Ensino-Serviço (IES), Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEPS) e Residência Médica (saúde da família e saúde mental).

A categoria Processos Profissional-Dependente divide-se em três subcategorias: Capacitação, Comprometimento e Comunicação. A subcategoria “Capacitação” foi mencionada por três profissionais. Um dos profissionais assim se referiu:

> A gente precisa de capacitações relacionadas (...), capacitação que eu falo questão de cursos né, educação permanente, tipo assim, enfermagem capacitação de curativos, cuidados com o traqueóstomo, fisioterapia cursos relacionados à fisioterapia, parte da nutrição, da psicologia (...). P5.

Diante do exposto verifica-se que P5 ressalta sobre a importância do profissional realizar cursos de capacitação, no entanto, existe a necessidade também que o profissional se disponibilize a fazer o curso, uma vez que na Plataforma UNA-SUS são encontradas diversas ofertas (hoje 30.09.2019 estão sendo ofertados 66 cursos) na modalidade EaD. E direcionados a atenção domiciliar estão disponibilizados 10 cursos de 45h a 180h, os quais o profissional escolhe o que melhor lhe convier.

Os cursos da UNA-SUS são totalmente gratuitos, ofertados à distância e possuem enfoque prático, baseado na rotina dos profissionais de saúde e em suas

reais necessidades. Com a UNA-SUS, os profissionais da saúde podem ser certificados em diversos níveis e modalidades. A gama de ofertas inclui cursos abertos online, de extensão, aperfeiçoamento, especialização e mestrados profissionais, que abordam os mais diversos temas na área da saúde, desde assuntos específicos como diagnóstico e tratamento de doenças, além de temáticas mais abrangentes como gestão e políticas públicas em saúde. Os cursos podem ser desenvolvidos tanto pelas Instituições de Ensino Superior que compõem a Rede UNA-SUS, quanto pela Secretaria Executiva. Qualquer profissional de saúde pode se inscrever e ser certificado nos cursos oferecidos pelo Sistema UNA-SUS, desde que atenda aos pré-requisitos descritos em cada oferta. Além disso, também há cursos de livre acesso a pessoas de outras áreas do conhecimento (BRASIL, 2019).

Na subcategoria “Comprometimento” um profissional fez três referências a esta palavra. E sobre ela, P3, assim se expressou: “E se existe desafios eu acho que falta muito a gente se enxergar como parte dos conflitos, como uma equipe que pode fazer diferente e que pode fazer mais”.

Neste sentido, ao realizar pesquisa sobre o comprometimento do profissional da atenção domiciliar, Almeida (2019) referem que as competências relacionais com o trabalho desenvolvido pela equipe são descritas enquanto dispositivos de integração com a dinâmica familiar para que possa ser produzido conforto, o alívio do sofrimento, melhoria da condição de vida; sendo correto afirmar que ao longo da atuação em Atenção Domiciliar o desenvolvimento dessas competências com características de apropriação, está relacionado a um comprometimento do profissional com uma concepção de modelo de atenção integral à saúde que se institui ou se amplia a partir da inserção no Serviço de Atenção Domiciliar.

Na subcategoria “Comunicação”, três profissionais realizaram colocações sobre esta temática, como se observa nos discursos de P2 e P3:

> A questão da comunicação, do paciente para o profissional, se tornou algo mais fácil, algo mais leve pra eles entrarem nessa comunicação e solicitar algo quando necessário. (P2).
>
> Existe um canal aberto dos profissionais e cuidadores dos pacientes. (P6).

Observa-se que os profissionais pesquisados destacam a comunicação como um canal aberto entre eles e os usuários do Programa Melhor em Casa. Neste sentido Andrade et al. (2017) mencionam que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, pois considera a escuta atenta, o olhar e a postura. Assim, a comunicação é imprescindível para que seja obtida uma assistência pautada na humanização, uma vez que ao empregar adequadamente esse recurso ele se transforma em uma terapêutica de grande relevância para pacientes que precisam desses cuidados, principalmente os que se apresentam em estado terminal.

5.4.4 Relações de Trabalho

Sobre as “Relações de Trabalho” os profissionais referiram 34 vezes equivalendo a 26,02% do total. Destaca-se a importância da interdisciplinaridade quando Costa et al. (2015) afirmam que a interdisciplinaridade pode ser um instrumento da formação de uma única categoria profissional. Por sua vez sobre a interprofissionalidade referem que assinala para a articulação intencional e colaborativa entre diversas profissões, tendo como resultado ações mais resolutivas e integrais.

Desta maneira, a interdisciplinaridade é uma ferramenta importante para a formação interprofissional, contudo não devem ser empregada como sinônimos. Na visão de Ellery (2014) o princípio da interprofissionalidade é critério imprescindível que orienta equipes multiprofissionais. Matuda et al. (2015) acrescentam ainda que a colaboração interprofissional tem sido indicada como uma ferramenta para o enfrentamento dos problemas e contributivo para maximizar a efetividade dos sistemas de saúde

Figura 6: **Modelo de nuvem das palavras mais frequentes nas referências pertencentes à categoria Relações de Trabalho**

Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 8: Frequência das palavras nas referências pertencentes à categoria Relações de Trabalho

Palavra	n (%)
Profissionais	9 (1,44)
Relação	8 (1,28)
Crianças	7 (1,12)
Paciente	6 (0,96)
Falta	5 (0,80)

Dados da pesquisa, 2019.

Na Categoria “Relações de Trabalho” as palavras mais destacadas pelos profissionais foram: “profissionais” com (1,44%), seguidas de “relação” (1,28%), “crianças” (1,12%), “paciente” (0,96%) e “falta” com 0,8%. Assim, observa-se no discurso do P8:

> Alguns pacientes requerem que tenham um acompanhamento mais próximo dos profissionais em termos de discutir, fazer um plano, PTS (plano terapêutico singular), eu acho que às vezes alguns pacientes deveriam ter esse olhar, por parte da equipe e falta um pouco de comunicação sim eu acho (P8).

Verifica-se que o P8 menciona sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é compreendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. Ou seja, um plano de saúde para o usuário que seja integrado com a interprofissionalização das assistências disponíveis ao usuário do Programa Melhor em Casa. A partir do PTS, da articulação entre as equipes dos níveis de atenção disponíveis é possível a

realização de um melhor acompanhamento mais próximo dos profissionais em termos de discutir uma terapêutica mais direcionada.

A categoria “Relações de Trabalho” é formada por duas subcategorias: “Relação Interprofissional” e “Relação com a Gestão”. Sobre esta última, sete profissionais se referiram 17 vezes.

São observados alguns pontos mencionados pelos profissionais, tais como: a falta de estreitamento da relação entre os profissionais do Programa Melhor em Casa e a Gestão da Atenção Primária (P3 e P4) e o processo de mudanças dos profissionais a cada ciclo do contrato de trabalho, cortando o vínculo do profissional com o usuário e o novo profissional sendo comparado com o profissional anterior, por parte da família deste usuário. Exemplifica-se com as falas de P3, P8 e P4, a seguir:

> Estreitar mais as relações entre essa equipe e a gestão, que eu acho que é muito falho, porque tem coisas que não dá pra entender só desse serviço Melhor em Casa, a gente precisa desses apoiadores, desses incentivadores que vem de cima, estreitar as relações para que a gente possa falar sobre esses problemas que ficam muito dentro desse serviço Melhor em Casa. P3.
>
> (...) a questão da rotatividade dos profissionais, por não ter um concurso para tá efetivando esses profissionais, as crianças acabam que se apegando ao profissional, já tem aquele costume, sempre quando tem essa mudança a uma transição, às vezes há uma dificuldade, até da própria família também, sempre comparando. (P8).
>
> (...) agora o que tá dificultando muito hoje é a nossa relação dos profissionais com a gerência, por falta de habilidades que ela, infelizmente, não tem. (P4)

Sobre a gestão nos serviços de saúde, Lorenzetti et al. (2014) ressaltam sobre a falta de profissionalização da gestão em pesquisa realizada tanto no setor público quanto no privado. Concluíram, assim, que além dos déficits financeiros que precisam ser consolidados no Sistema Único de Saúde, existe a necessidade também de gestores que sejam capazes de transformar os princípios e as diretrizes do SUS em realidade.

Lorenzetti et al. (2014) acrescentam ainda que existe a constatação de que a gestão em saúde ainda está balizada em métodos e estratégias tradicionais, advindas da teoria clássica da administração. E a construção de novas formas de

gestão na área da saúde, ancorada na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários sejam sujeitos ativos e atuantes, permanece como desafio.

Na subcategoria “Relação Interprofissional” P3, P5 e P9 enfocaram sobre a individualidade da equipe do Programa Melhor em Casa, a carência de troca de informações sobre o usuário, que depende de um profissional ter ou não uma boa relação com o outro para que a interlocução sobre os processos de tratamento do usuário possa fluir entre todos os profissionais envolvidos. Assim se pronunciaram:

> Com os outros da equipe é individual, um a um. Não é multi né. Mas infelizmente com uma categoria eu não tenho essa relação, não tenho. Nunca nem falei com ele. Acho que ele não sabe nem da minha existência. (P3).
>
> Viu que o paciente não está bem, um repassa para o outro que repassa para o médico. (P5).
>
> (...) enfermagem e medicina trabalha muito bem juntas, fisioterapia dependendo de fisioterapeutas, também tem uma ligação boa (...). (P9).

Sobre o trabalho interprofissional, Valentini (2018) destaca que ele tem como foco a melhoria da qualidade da atenção à saúde, integrando as forças de várias áreas, maximizando a chance de aprendizado com as várias situações encontradas por um determinado grupo profissional que presta serviço público. Através de uma permuta de saberes bem realizada, o serviço pode ser aprimorado e o maior beneficiado com isso é não só o usuário, mas também toda a equipe, uma vez que ao somar as experiências diferentes de cada membro do grupo essas experiências merecem ser compartilhadas pelo bem do saber coletivo.

5.5 Análise da Dimensão Resultados

5.5.1 Indicadores para Avaliação de Resultados

De acordo com o Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016) ao analisar a Atenção Domiciliar como modalidade de cuidado no SUS, é possível perceber que, inicialmente, ela se caracterizava por possuir um conjunto de serviços que não usavam indicadores e parâmetros comuns e pactuados nacionalmente, bem como, não contava com um sistema de

informação adequado às suas especificidades. Assim, o volume e a qualidade das ações realizadas não eram visibilizados e reconhecidos. O desperdício de informações importantes impossibilitava a caracterização e o acompanhamento da Atenção Domiciliar e não favorecia o seu fortalecimento no país. Atualmente, é possível afirmar que a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde encontra-se em pleno processo de expansão, qualificação e consolidação.

5.5.2 Percentual mensal de usuários do SAD pediátrico procedentes de hospitais e de serviços de urgência.

De acordo com o Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa Brasil (2016) esse indicador avalia a proporção de acesso ao acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar tendo como marcadores as várias possibilidades de serviços demandantes. A informação sobre os serviços que demandam o Serviço de Atenção Domiciliar é essencial para a avaliação do perfil do Serviço de Atenção Domiciliar e de sua interação com as Redes de Atenção a Saúde, bem como para o diagnóstico e planejamento do território.

O Ministério da Saúde preconiza que em municípios com menos de 500 mil habitantes como é o caso de Sobral-CE, esse percentual seja maior ou igual a 30%. No último ano todos os usuários admitidos foram procedentes de hospitais e de serviços de urgência, ou seja, 100%. Assim, este indicador tem avaliação positiva mas também demonstra não conformidades nas relações com a atenção primária que é ineficaz no que diz respeito ao encaminhamento de crianças com indicação de assistência domiciliar níveis AD2 e AD3.

5.5.3 Percentual mensal de desfecho de “alta”

Conforme o Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016) esse indicador avalia a proporção dos possíveis desfechos ou desligamentos dos pacientes dos Serviços de Atenção Domiciliar. A informação sobre os desfechos do Serviço de Atenção Domiciliar é imprescindível para avaliar sua interação com as redes de Atenção à Saúde, a qualidade na oferta, o diagnóstico e o planejamento do território.

O resultado mínimo mensal esperado é de um percentual maior ou igual a 10%, no Serviço de Atenção Domiciliar pediátrico do PMC no munícipio de Sobral nos meses do último ano foi de zero porcento. Este indicador tem avaliação negativa.

Para a melhoria deste indicador, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) descreve que algumas ações devem ser promovidas, tais como: ações de educação permanente que visem à problematização dos resultados encontrados a partir da ótica do território; caracterização do perfil epidemiológico do território; caracterização da relação entre o Serviço de Atenção Domiciliar X Redes de Atenção à Saúde; e o monitoramento e planejamento dos Serviços de Atenção Domiciliar e suas equipes.

5.5.4 Percentual de usuários classificados como AD1, AD2 e AD3 na admissão.

As análises permitidas por este indicador estão direcionadas a classificação dos pacientes com os agravos ou em situações que tenham indicado a necessidade de Atenção Domiciliar pelo SAD em vez de se utilizar o CID principal, que, muitas vezes não traduz o motivo pelo qual o usuário está em acompanhamento. É sugerida a análise dos seguintes agravos e condições de acordo com o que fora estabelecido pelos critérios de elegibilidade das modalidades AD2 e AD3: ventilação mecânica domiciliar; infecções desenvolvidas no domicílio; paracentese de alívio; medicação parenteral; cuidados paliativos; úlceras/feridas (grau III ou IV); adaptação ao uso de traqueostomia; necessidade de acompanhamento nutricional; uso de gastrostomia; adaptação a ostomias (colostomia, cistostomia etc.); acompanhamento de pré e pós-operatório; oxigenoterapia domiciliar; reabilitação domiciliar; adaptação ao uso de órtese e prótese; acompanhamento de ganho ponderal em recém-nascidos ou outras condições perinatais maternoinfantis (BRASIL, 2016).

O esperado é que haja um maior percentual de usuários classificados como AD2 com relação às outras modalidades. No SAD pediátrico do PMC em Sobral nos meses do último ano 100% dos usuários admitidos eram da modalidade AD2. Assim, este indicador tem avaliação positiva.

5.5.5 Capacidade de Atendimentos

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) a capacidade de acompanhamento de usuários da equipe está diretamente relacionada à estrutura do Serviço de Atenção Domiciliar (veículos, acesso a insumos e medicamentos), à relação qualificada do Serviço de Atenção Domiciliar com a Rede de Atenção à Saúde, à capacidade da Atenção Básica

de assumir a Atenção Domiciliar de pacientes AD1 e ao tempo de permanência dos pacientes no Serviço de Atenção Domiciliar. Em relação a este último, observa-se que, quanto menor o tempo necessário de permanência do usuário em Atenção Domiciliar, com possibilidade de alta oportuna para a Atenção Básica quando indicado, maior a possibilidade de rotatividade dos usuários no SAD. Segundo a normativa vigente da Atenção Domiciliar, espera-se uma média de 60 pacientes por mês para cada EMAD tipo I e 30 pacientes por mês para cada EMAD tipo II.

Verifica-se que a estimativa é que cada EMAD tenha uma media de 30 a 60 usuários acompanhados pelo programa. Na EMAD do SAD pediátrico do PMC em Sobral, os meses do último ano em que houve o acompanhamento de mais usuários foram acompanhados 15 crianças. Verifica-se desta maneira, que este número está bem menor do que o preconizado pelo Ministério da Saúde, estando este indicador com avaliação negativa demonstrando ou uma não eficiência no atedimento das equipes ou alta complexidade das crianças acompanhadas o que limita a possibilidade de aumento do número de crianças no programa.

O Ministério da Saúde (2016) sugere as seguintes ações para a promoção da melhoria do indicador:

• Pactuar fluxos de encaminhamento e protocolos de elegibilidade da Atenção Domiciliar, conforme a classificação das modalidades AD2 e AD3, com os serviços demandantes da Rede de Atenção à Saúde do município e da região.

• Realizar busca ativa de pacientes nos serviços hospitalares e de urgência, buscando identificar usuários para desospitalização precoce e evitar internações hospitalares de baixa complexidade dos usuários nas urgências.

• Fortalecer a Atenção Domiciliar na Atenção Básica (AD1), de forma a garantir a alta oportuna de pacientes do SAD e o cuidado continuado e integral.

• Garantir que o SAD possua quantidade necessária de veículos disponíveis para locomoção exclusiva das equipes.

• Definir o fluxo de acesso a insumos, medicamentos e equipamentos necessários para Atenção Domiciliar de usuários do município, independentemente de o acompanhamento ser realizado pelo SAD ou pela Atenção Básica.

• Desenvolver ações de educação permanente da equipe e capacitações em áreas específicas de demandas recorrentes, possibilitando a qualificação do trabalho da equipe e promovendo maior resolutividade e qualidade do cuidado.

5.5.6 Média de Visitas por usuário

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) preconiza que seja realizada, no mínimo, uma visita semanal por usuário. Em Sobral a equipe realiza o mínimo de 01 visita semanal por categoria totalizando um mínimo de 6 a 7 visitas por semana para cada usuário. Verifica-se, assim, que segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, este indicador com avaliação positiva. O resultado deste indicador pode refletir tanto um cuidado adequado quanto um cuidado fragmentado onde as diversas categorias estão fazendo visitas individuais e não multiprofissionais.

Ao se observar os resultados dos cinco indicadores, aqui analisados, observa-se que três indicadores (60%) estão de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

5.6 Análise dos Resultados: Perspectiva dos Cuidadores

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir do roteiro adaptado de Pinheiro, 2012 (Apêndice F) com os cuidadores das crianças acompanhadas pelo PMC do município de Sobral que estavam com no mínimo seis meses cuidando da criança e que esta estava ao menos seis meses sendo acompanhada pelo PMC na data do início das entrevistas 03 de julho de 2019, e que concordaram participar do estudo através do aceite do TCLE (apêndice A).

Das 15 crianças acompanhadas pelo programa, doze preencheram critérios para participação do estudo, porém duas tiveram intercorrências e estavam hospitalizadas no período das entrevistas. Os cuidadores das dez crianças que estavam nos domicílios concordaram em participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com os cuidadores devido à limitação de verbalização das crianças acompanhadas pelo PMC.

As entrevistas foram realizadas e gravadas em gravador digital pelo pesquisador nos domicílios das crianças acompanhadas pelo PMC no local que os cuidadores acharam mais cômodo no período de 05 a 31 de julho e posteriormente transcritas pelo pesquisador no período de 01 a 15 de agosto. As entrevistas duraram entre 04’24’’ a 24’58’’. A análise qualitativa foi feita com o auxílio do Software nVIVO versão 11 plus no período de 16 de agosto a 15 de setembro.

Tabela 9: Características sociodemográficas e econômicas dos cuidadores das crianças atendidas pelo Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

Características	n
Gênero	
Masculino	2
Feminino	8
Faixa etária	
26 a 35 anos	5
36 a 45 anos	5
Estado civil	
Solteiro	2
Casado	6
Divorciado	1
Viúva	1
Número de filhos	
1	1
2	6
4	1
Religião	
Católica	5
Evangélica	4
Não definida	1
Escolaridade	
Fundamental completo	2
Médio incompleto	4
Médio completo	3
Superior incompleto	1
Ocupação	
Pensionista (sem vínculo empregatício)	10
Renda familiar (SM)	
1 a 2	7
2 a 4	2
Mais de 4	1

Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com os dados pesquisados o perfil dos cuidadores das crianças atendidas pelo Programa Melhor em Casa, no município de Sobral (CE), é a maioria do gênero feminino e sobre o gênero do cuidador Schmidt (2013) refere que majoritariamente quem cuida, ou está na função de cuidador domiciliar em saúde nas famílias são as mulheres.

Verificou-se também que a faixa etária dos cuidadores está entre 26 a 35 anos (50%) e 36 a 45 anos (50%), casadas com dois filhos, tendo como religião a católica, com ensino médio incompleto, todos pensionistas com renda familiar de um a dois salários mínimos (as rendas familiares são dadas em salário mínimo (SM) 1 SM = R$ 998,00).

Coadunando com estes dados, a pesquisa realizada por Schmidt (2013) mostrou que a maioria dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa possui renda familiar entre um e dois salários mínimos, precisando remanejar e repensar a estrutura familiar para dar conta dos cuidados dispensados ao paciente adoecido e gastos excedentes com este.

Tabela 10: Características das crianças acompanhadas pelo Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).

Características	Média ± DP/ n
Idade	6,9±3,0
Gênero	
Masculino	2
Feminino	8
Diagnóstico	
Atrofia espinhal tipo 1	3
Cardiopatia congênita	1
Cromossomopatia	1
Encefalopatia	2
Microcefalia	1
Neuropatia	1
Síndrome de Pierre Robin	1
Tempo de permanência no Programa Melhor em Casa (anos)	5,6 ± 2,1

Dados da pesquisa, 2019.

Verifica-se que as crianças tem em média 6,9 anos, sendo a maior parte do gênero feminino, e o diagnóstico que mais se apresenta é o de atrofia espinhal tipo 1 (três casos) e encefalopatia (dois casos). Outras patologias, tais como cardiopatia congênita, cromossomopatia, microcefalia, neuropatia e síndrome de Pierre Robin também foram diagnosticadas nas crianças pesquisadas.

A principal forma de neuropatia, na infância, é a atrofia muscular espinhal (AME), uma doença neurodegenerativa grave de herança autossômica recessiva, que possui grande variabilidade quanto à época de início e gravidade do comprometimento motor. Ocorre em, aproximadamente, 1:6000 a 1:10000 nascidos vivos Na AME tipo I, ou doença de Werdnig-Hoffmann, a evolução natural é o óbito antes dos 2 anos de idade em mais de 80% dos casos. (CHRUN et al. 2017).

Sobre a encefalopatia hipóxico-isquêmica, Fonseca, Xavier e Pianetti (2011) destacam que nos países em desenvolvimento, a asfixia tem sido relatada em 9,7%

das gestações de alto risco, com uma incidência de 31% de encefalopatia hipóxico-isquêmica na presença de asfixia perinatal. No Brasil, é a segunda causa de mortalidade neonatal, tanto no primeiro dia quanto na primeira semana de vida, sendo responsável por 18,3% e 16,7% dos óbitos nesses períodos, respectivamente. A encefalopatia hipóxico-isquêmica é a causa mais frequente envolvida na etiopatogenia da paralisia cerebral, uma encefalopatia crônica infantil caracterizada por distúrbios motores de caráter não progressivo, levando a distúrbios de motricidade, tônus e postura, podendo ou não se associar à déficits cognitivos e sensoriais. Nos países em desenvolvimento, considerando-se todos os níveis de paralisia cerebral, a incidência estimada é de 7:1.000 nascidos vivos.

Sobre a Cardiopatia congênita, Belo, Oselane e Neves (2016), referem que as crianças portadoras desta patologia apresentam, desde o nascimento, anomalias funcionais e estruturais. A incidência desse quadro é de 8 a 10 a cada mil nascidos vivos. A malformação cardíaca é a anomalia congênita isolada mais comum, respondendo por 3 a 5% das mortes no período neonatal. Estimativas apontam que aproximadamente 20-30% das crianças morrem no primeiro mês de vida por insuficiência cardíaca ou crises de hipóxia.

No que diz respeito às cromossomopatias, Kumar et al. (2015) mencionam que elas são responsáveis pela maior categoria de doenças genéticas e respondem a uma importante relação com as taxas de morbimortalidade em neonatos. Tais alterações correspondem a cerca de 0,5 a 1% dos nascidos vivos portadores de malformações. Possuem sobrevida variável.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) a microcefalia tem apresentações variáveis com sobrevida de meses à 10 anos. Sobre a Síndrome de Pierre Robin, os pesquisadores Mateo Castillo e Neves (2016) afirmam que ela é definida como um defeito congênito, caracterizado por três anomalias principais: micrognatia, glossoptose e fissura de palato, apresentando uma prevalência aproximada de 1/8500 nascimentos.

Figura 7: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes nos discursos dos Cuidadores das crianças acompanhadas pelo PMC em Sobral(CE).

Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 10: Frequência das palavras nos discursos dos Cuidadores das crianças acompanhadas pelo PMC em Sobral (CE).

Palavra	n (%)
Criança	105(1,36)
Minha	62(0,81)
Cuidados	58(0,75)
Cuidar	49(0,64)
Anos	37(0,48)

Dados da pesquisa, 2019.

Observa-se que nos discursos dos cuidadores a palavra mais frequente (1,36%) foi “criança”. Na sequencia, encontra-se “minha” (0,81%), “cuidados” (0,75%) “cuidar” (0,64%) e “anos” (0,48). Percebe-se que estes pesquisados já mostram uma afetividade mais intensa com cada usuário por eles cuidado, uma vez que as palavras cuidar e cuidados, somadas, traz uma prevalência maior do que “criança”, que foi a mais usada pelos cuidadores e pouco foi utilizada pelos profissionais.

5.7 Categorias

Quadro 6 – Categorias da análise das entrevistas com os cuidadores das crianças acompanhadas pelo PMC

Categorias (nós)	n (%)	Descrição	Sub-Categorias (sub-nós) / n (%)	Exemplos
Resultados Processos-Dependentes	46 (42,59)	Resultados que dependem diretamente dos processos de trabalho	Relação com a RAS 11 (10,19) Frequência das visitas 15 (13,89) Organização do Serviço/Gestão 20 (18,52)	"... ter acesso a visita domiciliar, médico, fisioterapeuta, todos os acompanhamentos né, pra nós isso já foi bastante razoável pra neném, né, pra nós também, porque a gente não ia ter nada disso se não fosse o Melhor em Casa né, provavelmente tava no hospital" C2
Resultados Profissional-Dependentes	23 (21,30)	Resultados que dependem das características dos profissionais do PMC	Educação em Saúde 10 (9,26) Comprometimento 13 (12,04)	" Só acho que eles deveriam ter mais de estimulo com o trabalho, alguns vem aqui e é como se fizessem o trabalho só por fazer mesmo, só para estar assinando um livro, ou ganhando aquele dinheiro em vão. C7
Resultados Estrutura-Dependentes	17 (15,74)	Resultados que são impactados diretamente pela estrutura do PMC	Insumos 9 (8,33) Transporte 8 (7,41)	"...falta bastante material, apesar de termos uma renda econômica boa, nunca seria o suficiente para tudo. Coisas hospitalares são muito caras. A lista de medicação que são entregues pela CAAF é pouquíssima para passar um mês com uma criança com uma UTI em domicílio."C1
Resultados Cuidador-Dependente	22 (20,37)	Resultados que são influenciados pelas características dos cuidadores.	Corresponsabilidade 10 (9,26) Sobrecarga 12 (11,11)	" o programa, ele oferece um suporte, até porque ele não é responsável pela vida das nossas crianças né, quem é responsável pelas nossas crianças somos nós mães, eles não podem fazer o nosso papel..." C6

Dados da pesquisa, 2019.

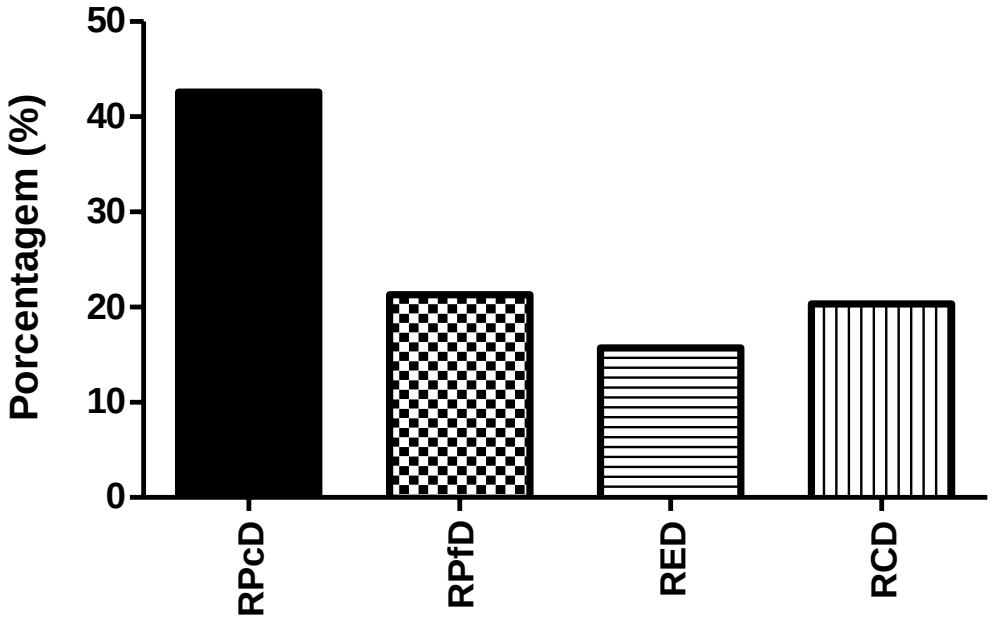
As categorias "Resultados Processo-Dependentes"; "Resultados Profissional-Dependentes"; "Resultados Estrutura-Dependentes"; "Resultados Cuidador-Dependente" emergiram da análise das entrevistas com os cuidadores das crianças acompanhadas pelo PMC. A Tabela 11 e a Figura 8 mostram os índices de cada Categoria de acordo com o discurso dos cuidadores:

Tabela 11: Divisão categórica na perspectiva dos cuidadores.

Categoria	n (%)
Resultados Processo-Dependentes (RPcD)	46 (42,59)
Resultados Profissional-Dependentes (RPfD)	23 (21,30)
Resultados Estrutura-Dependentes (RED)	17 (15,74)
Resultados Cuidador-Dependentes (RCD)	22 (20,37)

Dados da pesquisa, 2019.

Figura 8: Porcentagem da divisão de categorias da análise dos discursos dos cuidadores das crianças acompanhadas pelo Programa Melhor em Casa no município de Sobral (CE).



Dados da pesquisa, 2019.

Na categoria Resultados Processo-dependentes 10 cuidadores fizeram 46 referências, equivalendo a 42,59% do total de referências.

Figura 9: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes na categoria Resultados Processo-Dependentes

Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – e as equipes que o compõem – têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Tabela 12: Frequência das palavras nas referências pertencentes à categoria Resultados Processo-Dependentes

Palavra	n (%)
Sempre	16 (1,56)
Crianças	15 (1,46)
Fono	9 (0,88)
Bom	8 (0,78)
Fisioterapeuta	8 (0,78)

Dados da pesquisa, 2019.

Verifica-se que as palavras mais enfocadas pelos cuidadores foram sempre (1,56%) e crianças (1,46%); seguidas de fono – fazendo referência ao profissional fonoaudiólogo com 0,88%, bom e fisioterapeuta com 0,78% cada. Contudo, C3 em seu discurso chama a atenção para uma visita do “secretário” referindo-se ao secretário de saúde do município.

> Era bom o secretario conhecer, que ele não conhece, andar assim na casa, conhecer a criança, conhecer, pra ele andar, fazer uma visita, ver a criança, como é a criança, ele nunca fez, ele nunca visitou, era bom, seria importante ele conhecer. (C3).

Sabe-se que no âmbito do Programa Melhor em Casa não está preconizado que o Secretário do município deva fazer uma visita aos usuários. No entanto, no entendimento de C3 tem sua devida importância uma visita domiciliar deste servidor público.

A categoria “Resultados Processos-Dependentes” são os resultados que dependem diretamente dos processos de trabalho e que subdividiu nas subcategorias: “frequência das visitas”, “organização do serviço/gestão” e “relação com a RAS”. Assim, sobre os “Resultados Processos-Dependentes”, C2 pontuou que:

> (...) ter acesso à visita domiciliar, médico, fisioterapeuta, todos os acompanhamentos né, pra nós isso já foi bastante razoável pra neném, né, pra nós também, porque a gente não ia ter nada disso se não fosse o Melhor em Casa né, provavelmente tava no hospital. (C2).

Verifica-se que o C2 reconhece o trabalho desenvolvido em prol da criança pelo Programa Melhor em Casa, como também que os profissionais são importantes para o acompanhamento da criança e esta, sem o PMC, não estaria recebendo tais cuidados.

Na subcategoria “Frequência das visitas” os 10 cuidadores mencionarem 15 vezes sobre esta ação. Nos discursos de C5, C3 e C10 observa-se este fato:

> (...) quando dá para o fisioterapeuta atender ela três vezes por semana? Aí ele atende só uma vez por semana que a demanda é muito grande e ele tá sozinho atende muita criança e não dá. (C5).
>
> A fisio anda na casa da gente, o médico anda na casa, muito bom o médico, e tá faltando assim, a fono, que tá muito tempo sem fono, tem que ter uma fono, há muito tempo que não tem, as crianças precisam de uma fono. (C3)
>
> (...) da fisioterapia, nenhuma visita há um ano, de jeito nenhum, acho estranho, não. (C10).

É possível observar que os cuidadores mencionam sobre a carência da frequência das visitas tanto do fisioterapeuta quanto do fonoaudiólogo para a melhoria do processo dos usuários assistidos pelo PMC.

No caso dos profissionais da fisioterapia, na visão de Pereira e Gessinger (2014) a assistência domiciliar fisioterapêutica do Programa Melhor em Casa é benéfica por manter ou ganhar funcionalidade dos pacientes, como também por evitar os episódios de internação hospitalar dos que apresentam disfunções respiratórias, bem como possibilitar auxílio aos cuidadores por meio das orientações. É possível observar que a atuação da fisioterapia é imprescindível para a manutenção da capacidade funcional nos aspectos motores e respiratórios dos usuários, como também ajudando na atuação dos cuidadores, tendo como foco evitar a sobrecarga da atenção domiciliar.

Na subcategoria “Organização do Serviço/Gestão” seis pesquisados fizeram 20 referências. Verifica-se nos discursos a seguir que C2 refere sobre a presteza de uma profissional que com suas próprias finanças comprou a sonda que estava faltando na CAF para não faltar para o usuário. C4 já menciona que embora falte organização, o PMC é bom. As preces do C6 são registradas para que os mesmos profissionais permaneçam, uma vez que estes trabalham por contrato temporário e lhes é exigido fazer uma seleção anual. Já o C7 cobra a presença da coordenação do programa referindo para o cuidado, que lhe é direito, que ele também precisa.

Os cuidadores C2, C4, C6 e C7, assim se pronunciaram:

> Um tempo ai tava faltando sonda, aqui não tinha acabado não, mas eu adianto né, não tinha lá e ela comprou com o dinheiro dela, você pode até confirmar depois, foi com o dinheiro dela, não sei se deram pra ela depois, e veio deixar a sonda aqui. (C2).
>
> É bom, não é ruim não, tem umas coisas aí, mas é falta de organização do próprio programa, em si só o programa é bom. (C4).
>
> A gente passa por uma constante insegurança, todos os anos a gente passa por essa insegurança de "Será que vai ser os profissionais, será se eles vão passar", eu chego a orar, pedir pra Deus, "Senhor não deixa nenhum sair, faz essa prova por eles”. (C6)
>
> A coordenação deve ser mais presente, por que não está sendo. Ser mais presente para com as mães dos pacientes, a gente também precisa de um apoio. (C7).

Compreende-se que é criado um vínculo entre usuário, cuidador e o próprio profissional. Pereira e Gessinger (2014) referem que a assistência domiciliar possibilita que os profissionais possam conhecer a realidade de vida da população e estabelecer vínculo.

Na compreensão de Schmidt (2013) a Política Nacional de Humanização reconhece como falhas do sistema de saúde público a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o pouco investimento em processos de educação permanente dos trabalhadores, o vínculo frágil com os usuários e a pouca participação na gestão dos serviços devido um modelo de gestão verticalizado e centralizado, em que desapropria o trabalhador de seu processo de trabalho, sendo necessárias mudanças no modelo de gestão para que se altere o modelo de atenção.

Na subcategoria “Relação com a RAS” oito cuidadores fizeram oito referencias a esta temática, e assim se pronunciaram:

> Não, não há nenhum outro órgão que ajude. A Associação Brasileira de Amiotrofia Espinhal (ABRAME) de Fortaleza, ela nos ajuda com placas solares, que ela nos forneceu. (C1).
>
> Tem os médicos quando a gente precisa, a gente já levou ela no dentista lá no posto, o leite dela a gente pega no posto, a vacina que ela tomou foi do posto, tudo isso o posto vai ajudando, e sempre que a gente precisa a agente de saúde vem, pergunta o que tá precisando, e a gente vê com ela. (C2).
>
> Eu nem conheço assim se você me perguntar quem é a minha gerente hoje no posto de saúde eu não conheço né. (C6).

Verifica-se que C1 menciona que recebeu ajuda de uma associação com sede em outro município para economia de energia elétrica, recebeu as placas solares. Já nos discursos seguintes, é possível perceber incompatibilidade uma vez que C2 registra que recebe todo o apoio do Centro de Saúde da Família enquanto C6 destaca total desconhecimento da gestora do seu Centro de Saúde.

Ressalta-se que os usuários são residentes de áreas territoriais diferentes, por conseguinte em Centros de Saúde da Família e com gestores diferentes. Contudo, o trabalho da gestão de um está divergindo do outro, no entendimento dos cuidadores C2 e C6. Vê-se que existe uma diferença da relação com a atenção primária ao depender da gerência do Centro de Saúde da Família do território

demonstrado não existindo processos estabelecidos no município e sim dependência da qualidade e comprometimento pontuais de alguns profissionais como visto nos discursos de C2 que elogia a interação com o CSF e C6 que relata que inexiste relação.

A categoria “Resultados Profissional-Dependentes” são os resultados que dependem das características dos profissionais do PMC; e esta categoria se subdividiu nas subcategorias: “educação em saúde” e “comprometimento”.

Segundo o Ministério da Saúde (2013b), as visitas aos pacientes devem ser regulares e conforme o estado clínico de cada um, sendo que os pacientes sempre serão monitorados pela equipe técnica; todos os usuários do serviço necessitarão da figura do cuidador, devido este ser o contato referência para as equipes, podendo ser da família ou não.

Sobre os Resultados profissional-dependentes o C7, assim se expressou:

> Só acho que eles deveriam ter mais estímulo com o trabalho, alguns vem aqui e é como se fizessem o trabalho só por fazer mesmo, só para estar assinando um livro, ou ganhando aquele dinheiro em vão. (C7).

Percebe-se que C7 observa alguns dos profissionais do Programa Melhor em Casa sem motivação para o exercício da sua profissão. E faz referência negativa ao salário recebido por alguns dos profissionais por estes não desenvolverem, na sua compreensão, o trabalho com a qualidade que este cuidador desejaria.

Na categoria Resultados Profissional-Dependentes nove cuidadores fizeram 23 referências, equivalendo a 21,30% do total de referências, como se observa na Figura 10 e Tabela 13, a seguir:

Figura 10: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes na categoria Resultados Profissional-Dependentes.

Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 13: Frequência das palavras nas referências pertencentes a categoria Resultados Profissional-Dependentes

Palavra	n (%)
Profissionais	6 (1,66)
Minha	5 (1,39)
Criança	4 (1,11)
Cuidado	4 (1,11)
Pessoa	4 (1,11)

Dados da pesquisa, 2019.

As palavras mais mencionadas pelos cuidadores, nesta categoria foram: profissionais (1,66%), minha (1,39%) e criança, cuidado e pessoa obtiveram 1,11% cada uma.

> A maioria dos profissionais trabalha com o coração e são sempre muito atentos a socorrer, quando ligamos. Um dos pontos negativos é fato de alguns profissionais que são muito frios e técnicos, esquecem a humanização. (C1).

De acordo com Schmidt (2013) a proposta de atenção domiciliar emerge no contexto de humanização na saúde e surge como um benefício ao paciente/familiar devido a realização do seu tratamento/acompanhamento médico no domicílio. Assim foi através da Portaria n. 2.416 de 1998, que foram estabelecidos os requisitos e critérios para a realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Esta Portaria passou a considerar a internação domiciliar como uma ferramenta que

proporciona a humanização no atendimento e acompanhamento de pacientes, maximizando o contato com a família do usuário, contribuindo na sua recuperação e minimizando os riscos de infecção hospitalar (BRASIL, 1998).

Na subcategoria “Educação em Saúde” foi registrada por sete cuidadores com 10 referências. Observa-se a seguir o trabalho realizado por uma das gerentes dos Centros de Saúde da Família de Sobral, mencionado por C8 e C1 que registra não ter tido nenhuma orientação dos profissionais do PMC:

> A antiga gerente veio me receber e me orientou como deixar o berço mais elevado, como aspirar. Esses cuidados que eu não sabia. (C8)
>
> Do Programa eu não recebi nenhuma orientação, os próprios profissionais que estavam no programa não entendiam muito o cuidado especial que meu filho necessitava. (C1).

Ressalta-se a falta de processos estabelecidos impactando nos resultados que ficam na dependência de fatores pontuais. No entanto, Schmidt (2013) destaca sobre a importância da educação em saúde para que os cuidadores possam aprender e adaptar-se às formas de cuidar na dinâmica do domicílio. Associar o trabalho dos profissionais da saúde ao dos cuidadores primários privilegia a promoção da saúde, a prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do usuário dependente de seu cuidador.

Na subcategoria “Comprometimento”: sete cuidadores fizeram 13 referências. Sobre esta temática, eles assim se expressaram:

> Não trabalha com o coração, apenas com a parte técnica de visitas. Por que os profissionais que trabalham com criança devem trabalhar com o coração. (C1).
>
> Ele sabe muito lidar, ele é muito discreto e trabalha muito bem com as crianças, tem aquele amor, aquele cuidado, você sente que ele trabalha por amor. (C6).
>
> Acho que a falta de qualidade do atendimento de um profissional, que desde quando eu cheguei aqui que eu bato nessa tecla, mas não muda. (C9).

Observa-se que os cuidadores divergem nas opiniões, quando C1 afirma que o profissional “não trabalha com o coração” mostrando através do viés que falta carinho com o usuário. Enquanto C6 afirma que o profissional que atende ao usuário por ele cuidado, já “trabalha muito bem” (...) “tem aquele amor”. E C9 pontua sobre a má qualidade do atendimento de um profissional. Sobre comprometimento Schmidt (2013) ao analisar o Programa Melhor em Casa referiu que as mudanças no

atendimento dependiam quase que exclusivamente do comprometimento dos profissionais.

A categoria “Resultados Estrutura-Dependentes” são os resultados que são impactados diretamente pela estrutura do PMC; e esta categoria se subdividiu nas subcategorias: “insumos” e “transporte”. Oito cuidadores fontes fizeram 17 referência que equivalem a 15,74% do total de referências.

Figura 11: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes na categoria Resultados Estrutura-Dependentes.

Dados da pesquisa, 2013.

Tabela 14: Frequência das palavras nas referências pertencentes à categoria Resultados Estrutura-Dependentes

Palavra	n (%)
Ambulância	10 (3,66)
Material	7 (2,55)
Criança	5 (1,82)
Carro	4 (1,46)
Faltando	4 (1,16)

Dados da pesquisa, 2019.

Verifica-se que a palavra que mais se sobressaiu nos discursos dos cuidadores na categoria “Resultados Estrutura-dependentes” foi ambulância (3,66%), seguida de material (2,55%), criança (1,82%), carro (1,46%) e faltando (1,16%). Contrariando a percepção prévia de que a maioria das queixas dos usuários são relacionadas à falta de estrutura (recursos, medicamentos, insumos

e/ou transporte) essa foi a categoria que obteve a menor proporção de referências sendo inclusive referenciadatabeka pelo menor número de fontes.

> Só cabia ela dentro, se por acaso acontecesse alguma coisa, outra coisa, não é uma ambulância de grande porte pra levar elas, né, que elas precisam, não tem energia na ambulância, nem mesmo mandando essa grande, que é do SAMU, não tem energia. (C9).

Observa-se que C9 descreve um momento em que o usuário iria sendo transportado, realçando a falta de estrutura do transporte. E C7, assim se expressou:

> (...) falta bastante material, apesar de termos uma renda econômica boa, nunca seria o suficiente para tudo. Coisas hospitalares são muito caras. A lista de medicação que são entregues pela CAF é pouquíssima para passar um mês com uma criança com uma UTI em domicílio. (C1).

O C7 destaca sobre valores e quantidades dos insumos que são necessários para o atendimento mensal de uma criança em UTI domiciliar. Relata ainda que os insumos que são entregues pela Central de Atendimento Farmacêutico (CAF) não são suficientes para o atendimento mensal da criança.

A categoria Resultados Estrutura-Dependentes é composta por duas subcategorias: Insumos e Transporte. Na subcategoria “insumos” cinco cuidadores pesquisados fizeram nove referências. E observa-se que o discurso de C3 foi direcionado a falta de medicação

> A minha filha é uma criança que toma muita medicação, só pra crise convulsiva ela toma cinco tipo, fora os outros, que tem uns que precisa e não tem e tem que dar um jeito de comprar (...) se fosse pra pegar o benefício pra comprar tudo que precisa a gente não tem condição, nesse mês que não veio, veio dois par de luvas contado. (C3).

Diante do exposto Vilela (2018) registra que o usuário com complexidade médica ocasiona grande impacto nos sistemas de saúde do local onde está inserida, uma vez que influencia na qualidade de vida de suas famílias e está estreitamente ligada a demanda dos serviços de saúde locais, implicando em insumos e recursos, bem como de cuidados prestados por uma equipe multidisciplinar que atenda as suas limitações e possibilite a sua sobrevida, o que normalmente demanda alto custo em saúde.

A subcategoria “Transporte” foi mencionada por seis cuidadores que fizeram oito referências. Verifica-se nos discursos a seguir:

> “antigamente tinha carro da prefeitura que sempre vinha, hoje em dia não, os carros são limitados” C4
>
> “Quando a gente precisar ir ao hospital, ainda tem esse conflito de ambulância.” C7
>
> “é sempre o melhor em casa que consegue a ambulância, para poder transportá-la.” C8

Observa-se que nas falas de C4, C7 divergem da fala de C8, uma vez que àqueles registram a carência de transporte, mas este registra que é o Programa Melhor em Casa que disponibiliza a ambulância para o transporte do usuário.

A categoria “Resultados Cuidador-Dependentes” são os resultados que são influenciados pelas características dos cuidadores; e esta categoria se subdividiu nas subcategorias: “corresponsabilidade” e “sobrecarga”.

Coadunando com esta pesquisa, Pereira (2017) ao ressaltar sobre o papel do cuidador do usuário do Programa Melhor em Casa, afirma que por vezes, é um familiar que assume as tarefas de cuidado. Esta responsabilidade surge a partir da internação domiciliar do usuário, onde todas as orientações relacionadas ao cuidado são passadas à família, esperando-se que ela dê conta das demandas que surgem com o adoecimento ou o envelhecimento de seu familiar, assim como das mudanças que ocorrem na sua dinâmica em família.

Sobre a categoria “resultados cuidador-dependentes” nove cuidadores fizeram 22 referência que equivalem a 20,37% do total de referências. E o C6, assim registrou:

> O programa, ele oferece um suporte, até porque ele não é responsável pela vida das nossas crianças né, quem é responsável pelas nossas crianças somos nós mães, eles não podem fazer o nosso papel...

Observa-se que o C6 tem uma visão ampliada da sua responsabilidade como cuidador da sua criança e que o PMC oferece o suporte, mas não é responsável pela vida e sim pelos cuidados com a criança.

> Quando o fisioterapeuta vem ai eles ensinam alguma coisa que eu não sei ainda, eu pergunto, sempre eu to perguntando as coisas pra eles, pra mim não fazer nada errado, e assim vai. (C2).

C2 registra o seu desejo de aprender a cuidar do usuário e percebe a importância da educação em saúde que é dada através do profissional.

Figura 12: Modelo de nuvem das palavras mais frequentes na categoria Resultados Cuidador-Dependentes.

Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 15: Frequência das palavras nas referências pertencentes a categoria Resultados Cuidador-Dependentes

Palavra	n (%)
Cuidar	10 (1,98)
Dia	9 (1,79)
Noite	8 (1,59)
Crianças	6 (1,19)
Durmo	6 (1,19)

Dados da pesquisa, 2019.

Vê-se que a palavra mais mencionada pelos cuidadores pesquisados, nesta categoria foi “cuidar” (1,98%), seguida de “dia” (1,79%), “noite” (1,19%), “crianças” (1,19%), e “durmo” (1,19%).

A categoria Resultados Cuidador-Dependente é formada por duas subcategorias: Corresponsabilidade e Sobrecarga. A subcategoria “Corresponsabilidade” foi mencionada por seis pesquisados compondo 10 referências. Com a Política Nacional de Humanização foi ressaltada a corresponsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários, no incentivo

da autonomia e do protagonismo dos usuários em seu processo de saúde, como também na participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006).

> Eu não fujo muito da minha responsabilidade, a missão é minha então eu cuido dela com muito amor e sou muito grata porque eles (os profissionais) são o meu suporte né. (C6)

Observa-se na fala de C6 a certeza da responsabilidade que ela tem como cuidadora e da corresponsabilidade através de uma relação de afeto com os profissionais implicando de forma positiva no resultado da assistência e do cuidado que é realizado com responsabilidade, evidenciando o profissionalismo da equipe em questão.

Para a subcategoria “Sobrecarga”, é possível verificar nos discursos abaixo que os cuidadores relatam sobre o seu cansaço, a falta de rotina na qual ela possa se incluir para os seus próprios cuidados de saúde. A sobrecarga também leva ao desespero,

> Eu no momento tô muito cansada, mas eu cuido por amor, eu tenho um amor de cuidar dela (...). (C3).
>
> A gente não tem rotina, porque as nossas crianças elas são inconstantes, tem dias que nós não temos quase trabalho né, tem dias que a gente nem come, fica o dia inteiro dentro do quarto olhando quando elas não tão bem, quando pega uma gripe né, e assim, a nossa rotina né é passar a noite acordada pastorando, como se a gente fosse poder fazer alguma coisa né, ou defender de alguma coisa (...). (C6).
>
> No início eu tive começo de depressão, assim de vez em quando, ainda vêm essas recaídas de depressão, tem períodos que eu não estou a mesma pessoa para cuidar dele. Mas se acontecer algo de urgência, como ele arrancar o traqueostomo, eu já consigo me controlar. (C7).
>
> O que atrapalha, quando eu preciso sair pra ir no médico né, eu não tenho tempo pra cuidar de mim. Só tenho tempo pra cuidar dela. (C9).

Na compreensão de Pereira e Gessinger (2014) capacitar os cuidadores para o atendimento das necessidades dos usuários, além de prevenir ou diminuir os agravos que a sobrecarga venha acarretar, vai ao encontro da ideia de autonomia familiar no cuidado em saúde. Isso também viabiliza para a equipe dispensar mais tempo nas ações de prevenção. Agindo dessa forma, é iminente uma prestação do serviço de promoção e prevenção, enquanto motiva ao cuidador a ser protagonista da sua saúde.

Na visão de Oliveira et al. (2017) contudo, é imprescindível que se esteja atento para as questões que envolvem a família do usuário que está no Programa de Atenção Domiciliar, pois uma vez que ele executa os cuidados, assume o papel institucional de promover a recuperação, o conforto, o alívio do sofrimento, com apoio e o controle da equipe multiprofissional de atenção domiciliar, uma vez que estes cuidadores, tornam-se suscetíveis, a sobrecarga emocional e a privações de necessidades básicas tais como o sono e a boa alimentação, passando a viver em isolamento social por ficar em torno do usuário e longe de suas atividades ocupacionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão de vários olhares sobre o serviço de atenção domiciliar do município de Sobral (CE) possibilitou realizar uma reflexão quanto à qualidade do serviço, observando questões significativas sobre a atenção domiciliar e reconhecendo a assistência domiciliar como um fortalecimento e continuidade do cuidado.

Entendendo que as práticas do SAD pediátrico são realizadas no próprio domicílio, verificou-se que é de imprescindível a conexão e a efetivação da atenção integral. São compreendidas as fragilidades encontradas na atenção domiciliar tais como algumas falhas na estrutura para execução do serviço com maior qualidade, que objetiva uma garantia do acesso com integralidade.

Foi possível perceber nas falas dos cuidadores a importância da fisioterapia e da fonoaudiologia na composição da equipe de saúde. A importância da população atendida e dos seus cuidadores para a correlação com a preconização do Ministério da Saúde para o atendimento.

No entanto, os pesquisados listaram os benefícios que são direcionados pela equipe do Programa Melhor em Casa aos usuários atendidos, como também a humanização de alguns profissionais e o vínculo que é gerado entre estes e os usuários e cuidadores. A educação em saúde como ferramenta de prevenção e de uma intervenção rápida no surgimento de agravos dos usuários foi claramente relacionada pelos cuidadores. No entanto, os próprios cuidadores sentem necessidades de também receber a atenção da equipe do Centro de Saúde da Família.

Na avaliação da estrutura avaliou-se que a composição da equipes está melhor do que o mínimo proposto pelo Ministério da Saúde e a estrutura destinada ao SAD possui qualidade regular cumprindo com apenas 50% do exigido. Sabe-se que uma boa estrutura não define, mas propicia a existência de processos adequados, com isso concluímos que existem aspectos da estrutura como a presença de transporte exclusivo para as equipes e alguns insumos que influenciarião positivamente os processos de trabalho.

Na avaliação dos processos a qualidade varia da insatisfatória (organização dos processos de trabalho e educação permanente e gestão do cuidado) a regular (articulação com a RAS e intersetorial).

Na análise dos discursos foram evidenciadas fragilidades e potencialidades

classificadas em quatro categorias (nós): Interação com a RAS, Processos estrutura-dependentes, Processos Profissional-dependentes e Relações de trabalho. Percebeu-se a aproximação de discursos pertencentes a categorias diferentes mostrando a interdepêndencia entre diversos aspectos para a efetivação de processos de trabalho adequados.

Ainda durante a análise dos discursos dos profissionais ao verificarmos as frequencias da distribuição das referências nas categorias (nós) evidenciamos uma relativa importância dada pelos profissionais a aspectos que necessitam diretamente de recursos financeiros que foram classificados na categoria Processos Estrutura-Dependentes em detrimento a identificação de aspectos que têm relação direta com os próprios profissionais que foram classificados na categoria Processos Profissional-Dependentes.

Na avaliação dos resultados com relação aos indicadores a qualidade é regular com 60% dos indicadores de acordo com os resultados mínimos esperados e na análise dos discursos foram encontradas fragilidades e potencialidades divididas em quatro categorias: Resultados Processo-dependentes, Profissional-dependentes, Estrutura-dependentes e Cuidador-dependentes.

Com a análise da frequencia das referências distribuidas nas categorias dos discursos dos cuidadores conclui-se que os aspectos Estrutura-Dependentes têm relevância menor que aspectos que não estão relacionados diretamente com o aporte de recursos financeiros pela gestão municipal como ajustes de processos incluídos na categoria Resultados Processo-Dependentes e realinhamento de atitudes profissionais presentes na categoria Resultados Profissional-Dependentes.

Retomando a questão de pesquisa apresentada no início deste trabalho que indaga *"Como está a qualidade do serviço da assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa no município?"*, pode-se anunciar que o estudo permitiu identificar que o serviço de assistência domiciliar pediátrica do Programa Melhor em Casa no município de Sobral-CE mesmo possuindo uma estrutura classificada como regular necessita de melhorias e readequações nos seus processos de trabalho para que se permita atingir os resultados esperados. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam como instrumento para melhoria do serviço avaliado, bem como estimulo para a realização de pesquisas avaliativas rotineiras nos demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde do município de Sobral-CE.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. G. F. **Cada casa é um caso**: competências relacionais em assistência domiciliar, na perspectiva do profissional de saúde. Botucatu, 2019. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/183507/almeida_sgf_me_bot.pdf ?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 21.10.2019.

ALVES, D.; FIGUEIREDO FILHO, D.; HENRIQUE, A. O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**. v. 24, n. 2, p. 119-134, 2015.

ALVES, M. T. S. B; SILVA, A. A. M. **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher a ao seu recém-nascido no sistema único de saúde**. São Luis: UFMA; 2000.

ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; COSTA, I. C. P.; et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Rev Fund Care Online**. v.9, n. 1, p. 215-221, 2017.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa.** São Paulo. Thomson Learning, 2006.

ARAÚJO, R. G; PAULA, C.; MACEDO, C.; PARANAÍB, J. F. S.; PELAZZA, B.; MAIA, L.; FERII, L.; SILVA, G. Programa Melhor em Casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. **Revista Itinerarius Reflectionis**, v. 14, n. 4, p. 01-23, 2018.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011.

BELO, W. A.; OSELAME, G. B.; NEVES, E. B. Perfil clínico-hospitalar de crianças com cardiopatia congênita. **Cad. saúde coletivo**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 216-220, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. Brasília (DF): DF; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília DF, Abril de 2012.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica: **Equipe de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Diário Oficial da União **Lei 8.142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 10.424**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília DF, 15 de abril de 2002.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 2.527**. Redefine a Assistência Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília DF, 27 de outubro de 2011.

BRASIL. Câmera dos Deputados. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização-Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 Out de 2011; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.087, 1º de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 2011. Seção 1, p.92. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília, 26 abr 2016. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União 11 Jul de 2013; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de janeiro de 1998. Estabelece Requisitos Para Credenciamento de Hospitais e Critérios Para Realização de Internação Domiciliar no SUS. **Diário Oficial da União**, DF, 1998. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf>. Acesso em: 03/09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529, de 19 de janeiro de 2006. Institui A Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm> Acesso em: 15 /09/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011.** Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União 29 Out de 2011; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação**: Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **UNA-SUS**. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=relev%C3%A2ncia%20na%20busca. Acesso em 21.10.2019.

CAPRA, F. O ponto de mutação. 30. ed. edição. São Paulo (SP): Cortez; 2012.

CASTRO, R. C. L; et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Primária pelos Profissionais de saúde: Comparação entre Diferentes Tipos de Serviços.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9):1772-1784, set, 2018.

CÉSAR, V. C. G. **Relações de cuidado entre usuários e profissionais de saúde**: avaliação qualitativa do serviço de atenção domiciliar [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva; 2014.

CHRUN, L.; ROSSATO CHRUN COSTA, L.; DA SILVA MIRANDA, G.; MONTEIRO ALMEIDA, F. Atrofia muscular espinhal tipo I: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 4, p. 281-286, 22 dez. 2017.

COSTA, M. V.; PATRÍCIO, K. P.; CÂMARA, A. M. C. S.; AZEVEDO, G. D.; BATISTA, S. H. S. S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Revista Interface** (Botucatu). v.19 Supl 1, p. 709-20, 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**; 260 (12): 1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. The criteria and standards of quality. v. 2: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 2015.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med . 1990.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor,Michigan: Health Adiministration Press, 1980.

DONABEDIAN, A.; **The Quality of Medical Care**. *Science* 200, 1978.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 213-214, 2014.

FACCHINI, L. A. et al. **Monitoramento e avaliação, expansão e consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF)**: Estudo qualitativo. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006. 302 p.

FAVERO, L.; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Enfermeira assistencial domiciliar vivenciando o cuidado transpessoal para uma família de um recém-nascido que

recebeu alta de uma unidade de terapia intensiva: estudo de caso. **RevistaActa Paulista Enfermagem.** v. 25, n. 4, p. 490-496, 2012.

FEITOSA, A. N. C.; OLIVEIRA, C. L.; DUARTE, E. B.; OLIVEIRA, A. M. Avaliação em Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Revista Psicologia**. v.10, n. 30. Supl 2, p. 274-281, 2016.

FONSECA, L. F.; XAVIER, C.; PIANETTI, G. **Compêndio de Neurologia Infantil**. 2a ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2011.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **RevistaTexto Contexto Enfermagem**. v.15, n.4. Florianópolis, 2016. p.645-653.

GIARDINETTO, A. R. S. B. G.; MARTINI, E. C.; CRUZ; J. A.; MONI, L. O.; RUIZ, L. M.; RODRIGUES, P; PEREIRA, T. A importância da atuação da terapia ocupacional com a população infantil hospitalizada: a visão de profissionais da área da saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jan-Jun, v. 17, n.1, p. 63-69, 2019.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. **Robbins & Cotran**: Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão.**Revista Ciência e Saúde Coletiva.**v. 15, n.3, p. 455-466, 2016.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Paraná: UFSC, 2011.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Revista Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A.; OLIVEIRA, R. G.; IOZZI, F. L.; ALBUQUERQUE, M. V.; et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista Saúde Pública**; v. 48, n. 1, p. 642-50, 2014.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. Metodologia Ciêntifica. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MATEO CASTILLO, J. F.; NEVES, L. T. **Estudo radiográfico dos fenótipos odontológicos na Sequência de Pierre Robin Isolada**. 2016. Universidade de São Paulo, Bauru, 2016. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/61/61132/tde-18102016-153238/pt-br.php >.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZAO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do

cuidado e a gestão do trabalho. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, Aug. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES. O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saúde Pública** 1993; 9(3):239-262.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalizaçãoe qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOLL, M. F.; GOULART, M. B.; CAPRIO, A. P.; VENTURA, C. A. A.; OGOSHI, A. A. C. M. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v.11, n. 1, p.86-93, jan., 2017.

MUNIZ, E. A. **Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família**: análise das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. 107f. 2015. Sobral: UFC, 2015. [Dissertação].

NASCIMENTO, M. B. **Idosos assistidos no serviço de atenção domiciliar**: integralidade das ações em saúde. 2016. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016

OLIVEIRA NETO, A. V. **Análise do Programa Melhor em Casa:** um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: UNB, 2016. [Dissertação].

OLIVEIRA NETO, A. V.**;** DIAS, M. B**.** Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 51, p. 43-57, 2014.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em Casa: dispositivo de segurança. **Revista Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1:e2660015, 2017.

OLIVEIRA, F. P.;VANNI, T.; PINTO, H. A.; SANTOS, J. T. R.; FIGUEIREDO, A. M.; ARAÚJO, S. Q.; MATOS, M. F. M.; CYRINO, E. G. Mais Médicos: um programa

brasileiro em uma perspectiva internacional. **Revista Interface** (Botucatu). v.19, n.54, p. 623-634, 2015.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. R.; ALMEIDA, C. M.; BAHIA, L.; MACINKO, J.O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista Ciência e Cuidados em Saúde**. v. 10, n. 3, p.11-31, 2011.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, Á. C. P.; MANDÚ, E. N. T.Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros**. Revista Ciência e Cuidados em Saúde**. v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

PEREIRA, B. M.; GESSINGER, C. F. Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo. v.38, n. 2, p. 210-218, 2014.

PEREIRA, T. **Atenção Domiciliar em Saúde**: caracterização do Programa Melhor em Casa no Estado de Santa Catarina. 2017. Disponível em: http://150.162.242.35/bitstream/handle/123456789/183554/Thayse%20Pereira.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 21.10.2019.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola Enfermagem***.* USPv.44, n.4, p. 1024-1031, 2010.

PINHEIRO, A. **O cuidado domiciliar de crianças com hidrocefalia: experiência de mães.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, Salvador, 2012. Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/25972

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **RevistaSaúde em Debate**.v. 38, n. 1, p. 358-372, 2014.

PREDEBON C.; PEDRO E. O processo de desospitalização da criança crônica dependente de tecnologia: fatores e implicações sob a ótica da equipe de saúde e da família. **Semana de Enfermagem 29**, Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, p.251, 2018.

REIS EJ FB et al. **Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde:** Cad Saúde Pública. 1990. SANTOS, I. *et al*. Caring: building a new history of sensibility. Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN), v.1, n. 3, 2002. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn103santosietal.htm>.

SADE, P. M. C.; PERES, A. M.; WOLFF, L. D. G. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 8, n. 6,p. 1739-1745, 2014.

SANTOS, E.M.; MORAIS, S.H.G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Revista Cogitare Enfermagem.** v.16, n.3. Curitiba, p.492-497, 2017.

SAVASSI, LCM. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios, e a valorização necessária da Atenção Primária a Saúde. **Journal of Management and Primary Health Care**. v.6, n.1, p. 1-7, 2015

SCHMIDT, C. **Atenção domiciliar em saúde**: uma discussão a partir do Programa Melhor em Casa e suas repercussões para as famílias. 2013. 67f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: https://studylibpt.com/doc/4988316/cristine-schmist-%E2%80%93-aten%C3%A7%C3%A3o-domicilias-em-sa%C3%BAde. Acesso em 21.10.2019.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, K. L.; SILVA, Y. C.; LAGE, E. G.; PAIVA, P. A.; DIAS, O. V. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017.

STEVENSON JF, FLORIN P, MILLS DS, ANDRADE M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. **Eval Progr Plan** 2010; 25: 233-43.

VALENTINI, P. F. C. **A importância do trabalho interprofissional na área da saúde e na Odontologia**: um panorama brasileiro e mundial. 2018. 32p.Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

VIANA, R. C.;NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. Revista Comunicação Ciências da Saúde, suplemento v. 1, n. 22, p. 141-152, 2011.

VILELA T. M. **Crianças com necessidades especiais de saúde**: experiência de um serviço de atenção domiciliar de referência no Brasil. 2018. Disponível em: http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25191/7/Crian%c3%a7asNecessidades Especiais.pdf. Acesso em: 21.10 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Microcephaly**. 2016. Available from:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/microcephaly/pt/.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhor (a) _____

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa cujo titulo é: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PEDIÁTRICA "PROGRAMA MELHOR EM CASA": A EXPERIÊNCIA DE UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO CEARÁ**. Neste sentido, estou solicitando sua colaboração na participação da pesquisa respondendo alguns questionamentos através de entrevista semi-estruturadas, onde abordará questões para responder os seguintes objetivos: **Objetivo Geral**: Avaliar a qualidade do Serviço de Assistência Domiciliar pediátrico no "Programa Melhor em Casa" do município de Sobral/CE. E como Objetivos Específicos: Verificar a estrutura dos Serviços de Assistência Domiciliar pediátrico no "Programa Melhor em Casa" do município; Conhecer os limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica do município na visão dos profissionais e usuários do Programa Melhor em Casa; Apreender as opiniões dos cuidadores de usuários crianças acerca da qualidade do Programa Melhor em Casa no município. Gostaria de deixar claro ao senhor (a), que essas informações serão sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido (a), envergonhado (a), durante essa nossa entrevista, a senhor (a) terá o direito de pedir para interrompê-la, sem lhes causar qualquer dano. Os dados obtidos serão analisados baseados nas questões norteadoras sempre respeitando o caráter confidencial de seu nome. Pretendo com essa pesquisa, obter informações que servirão como subsídios para avaliação da melhoria do serviço. Informo ainda, que: Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento. Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria do serviço e da assistência no conforto e cuidado dos pacientes e familiares. Os riscos da pesquisa são mínimos, podendo algum participante se sentir constrangido, porém caso ocorra algum constrangimento intrapessoal, o mesmo poderá impetrar solicitação de interrupção do estudo. Você terá a garantia do anonimato, o direito de retirar seu consentimento caso não deseje continuar participando do estudo, sem sofrer nenhuma discriminação, prejuízo ou dano, assim como o conhecimento sobre os resultados dessa pesquisa antes da apresentação e divulgação a comunidade científica e fica sendo resguardado por meio da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, que estará disponível para esclarecer dúvidas quanto à pesquisa na Rua Geraldo Rangel, n. 1, Campus Derby. Telefone: (88) 3611-5861., Sobral – CE e pelo telefone (88) 3611-5861. Estarei disponível também no endereço: Av. Cleto Ferreira da Ponte, n 1475, bairro Cidade Pedro Mendes Carneiro – Sobral (CE). Tel: (88) 999253111, email: dr_marceloalmeida@hotmail.com.

Atenciosamente, Marcelo Bitu de Almeida

_____ _____

Pesquisador Participante

_____

Termo de Consentimento Pós-Informado (TCPI)

Declaro que tomei conhecimento do estudo, cujo titulo é: **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PEDIÁTRICA "PROGRAMA MELHOR EM CASA": A EXPERIÊNCIA DE UMA CIDADE DE GRANDE PORTE DO CEARÁ**. Compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, não me opondo a responder a entrevista e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral,_____de_____de 2019.

_____

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – Formulário para avaliação da estrutura

(Adaptado do roteiro para visita técnica de monitoramento do SAD proposto pelo ministério da Saúde)

Roteiro com itens para verificação *in loco* do funcionamento do SAD

1. COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES (quantidade de profissionais/ carga horária semanal)

1.1 Médico:_____/_____.

1.2 Enfermeiro:_____/_____

1.3 Fisioterapêuta:_____/_____

1.4 Assistente Social:_____/_____

1.5 Fonoaudiólogo:_____/_____

1.6 Nutricionista:_____/_____

1.7 Psicólogo:_____/_____

1.8 Farmacêutico:_____/_____

1.9 Odontólogo:_____/_____

1.10 Terapêuta Ocupacional_____/_____

1.11 Outros:_____/_____

2. ESTRUTURA DESTINADA AO SAD

Insumos e material de consumo (administrativo, assistencial, EPIs, impressos)	( ) S ( ) N
Equipamentos de saúde (por ex.: aspirador, oxímetro)	( ) S ( ) N

Equipamentos para suporte ventilatório (Oxigênio, traqueostomo, ventilador mecânico)	( ) S ( ) N
Medicamentos	( ) S ( ) N
Veículo(s) para locomoção das equipes – um veículo, no mínimo, por equipe.	( ) S ( ) N
Veículo (ambulância) para transporte na realização de exames/consultas em outros equipamentos da RAS	( ) S ( ) N
Equipamentos de informática para registro da visita no domicílio	( ) S ( ) N
A estrutura do local no qual estão sediadas as equipes de atenção domiciliar é adequada para o desenvolvimento de suas ações?	( ) S ( ) N
Há fornecimento de equipamentos para o primeiro atendimento de urgência/emergência caso ocorra intercorrência durante o atendimento no domicílio?	( ) S ( ) N
Exames laboratoriais essenciais coletados no domicílio	( ) S ( ) N

APÊNDICE C – Formulário para avaliação de processos

(Adaptado do roteiro para visita técnica de monitoramento do SAD proposto pelo ministério da Saúde)

1. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO SAD

1.1. O horário de funcionamento do SAD pediátrico atende ao preconizado? (12h/dia)? Se não, por quê?

1.2. Todas as categorias profissionais cumprem a carga horária descritas na contratação? Como é registrado?

1.3. Como os profissionais se deslocam da sede do Programa aos domicílios dos usuários?

1.4. Há atendimento do SAD em feriados e finais de semana? Se não, como está organizada a retaguarda em finais de semana?

1.5. Existe busca ativa/captação nas AB, hospitais e urgências? Descrever.

1.7. Qual o tempo médio de resposta para os pedidos de inclusão de casos?

( ) < 72h ( ) < 5 dias ( ) > 5 dias

1.8. Utilizam as fichas do e-SUS? Qual a rotina de digitação e envio? Descrever

1.9. Há rotina de monitoramento e avaliação do SAD pediátrico? Descrever.

1.10. Qual o número de processos judiciais ou reclamações na ouvidoria no último ano para o SAD pediátrico?

2. ARTICULAÇÃO COM A RAS E INTERSETORIAL – Há fluxos estabelecidos para:

2.1. Acesso do paciente a equipamentos, medicamentos, insumos e dietas? Como é organizado? Qual o tempo médio de espera?

2.2. Consultas eletivas com especialistas? Quantas consultas são solicitadas (média mensal)?

2.3. Atendimento de Urgência e Emergência? Qual a frequência de encaminhamentos (média mensal)? O SAMU sempre é acionado?

2.4. Há ações que induzam/facilitem o cuidado compartilhado com as equipes de atenção básica quando necessário?

2.5. Há espaço/instrumento para comunicação entre os serviços de outros setores (assistência social, educação, judiciário)?

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE E GESTÃO DO CUIDADO

3.1. Existem espaços/práticas de Educação Permanente? Se SIM, informar se os cursos são relacionados ao tema do Cuidado em Domicílio – que modalidades? Qual a periodicidade? Quais profissionais participam? São apenas do SAD ou envolvem outros serviços?

3.2. Há espaço de reunião de equipe periódica? Se sim, qual periodicidade?

3.3. Há estimulo para a equipe participar de congressos, cursos de atualização e qualificação? Há estimulo para produção cientifica e/ou de apoio ao trabalho? Descrever.

3.4. Há práticas estabelecidas de plano de cuidado ou PTS? Como são elaborados?

3.5. Há espaços de capacitação, cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares? Formato? Temas? Periodicidade?

APÊNDICE D – Indicadores para avaliação de resultados

(Selecionados do Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa e roteiro para visita técnica de monitoramento do SAD proposto pelo ministério da Saúde)

1. INDICADORES

Indicador	**Fonte**	**Método de cálculo**	**Resultado mínimo mensal esperado**
Percentual mensal de usuários do SAD procedentes de hospitais e de serviços de urgência.	SISAB **(Avaliação de Elegibilidade)**	Total de usuários procedentes de internação hospitalar **+** total de usuários procedentes de serviços de urgência/emergência no mês / Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100)	- Para municípios com 500 mil habitantes ou mais: >= 40%; - Para municípios com menos de 500 mil habitantes: >=30%.
Percentual mensal de desfecho “alta”	SISAB **(Atendimento domiciliar)**	Total de usuários com desfechos “alta clínica” + Total de usuários com desfechos “encaminhamento para AB (AD1)” no mês/ Total de usuários em acompanhamento no SAD no mesmo período (x 100).	>= 10%
Percentual de usuários classificados como AD1, AD2 e AD3 na admssão	e-SUS e registro local	Total de usuários classificados em cada modalidade no momento da admissão no período/Total de usuários admitidos em AD no mesmo período (x 100)	Altas proporções de AD1 e AD3 sugerem baixa rotatividade – a equipe está ocupada com determinado grupo de pacientes, numa parcela reduzida e fixa da população.
Capacidade de atendimentos do SAD pediátrico	RAAS, e-SUS e registro local	Total de usuários que permaneceram desde o mês anterior + total de usuários admitidos no mês corrente.	60 usuários por EMAD I

Média de visitas por usuário	RAAS, e-SUS e registro local	Total de visitas realizadas pelo SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período.	Mínimo de 01 visita semanal por usuário

APÊNDICE E – Roteiro inicial para entrevista com os profissionais do serviço de atenção domiciliar Programa Melhor em Casa (adaptado de Oliveira Neto, 2016)

N°_____

Data_____

Sexo: M ( ) F ( )

Idade_____

Graduação_____

Pós-Graduação_____

Tempo no Programa_____

Da Questão norteadora:

No âmbito da atenção domiciliar, o Brasil lançou o Programa Melhor em Casa. O que o senhor (a) poderia falar sobre este programa considerando o município de Sobral?

Complemento:

1. Antes do PMC, como era a oferta de atenção domiciliar no município?

2. Comente como o Serviço de Atenção Domiciliar interage com os demais serviços da rede de atenção do município.

3. Como se dá a relação/divisão de trabalhos com a ESF? A com a atenção terciária?

4. Como é a relação interprofissional no PMC?

5. Quais os pontos positivos e negativos do PMC?

6. Sugira estratégias de mudanças, caso necessário, para resolução de problemas, limitações e dificuldades encontrados nos processos de trabalho do Programa Melhor em Casa

APÊNDICE F - Roteiro inicial para entrevista com os cuidadores/usuários menores de 14 anos do serviço de atenção domiciliar Programa Melhor em Casa (adaptado de Pinheiro, 2012 e Predebon, 2018

ENTREVISTADO _____

Idade_____Sexo_____

Religião_____Estado Civil_____

Escolaridade_____Ocupação _____

Renda Familiar_____Número de filhos_____

Grau de Parentesco com a criança_____

DADOS SOBRE A CRIANÇA Idade_____Sexo _____

HÁ QUANTO TEMPO A CRIANÇA ESTÁ NO PMC: _____

Da questão norteadora:

Qual a sua opinião sobre a qualidade do Programa Melhor em Casa?

Complemento:

1. Como/De quem você recebeu informação/orientação sobre o cuidado em saúde pelo PMC?

2. Como o PMC auxilia você para cuidar da criança?

2.1. Quais os cuidados que você presta a essa criança?

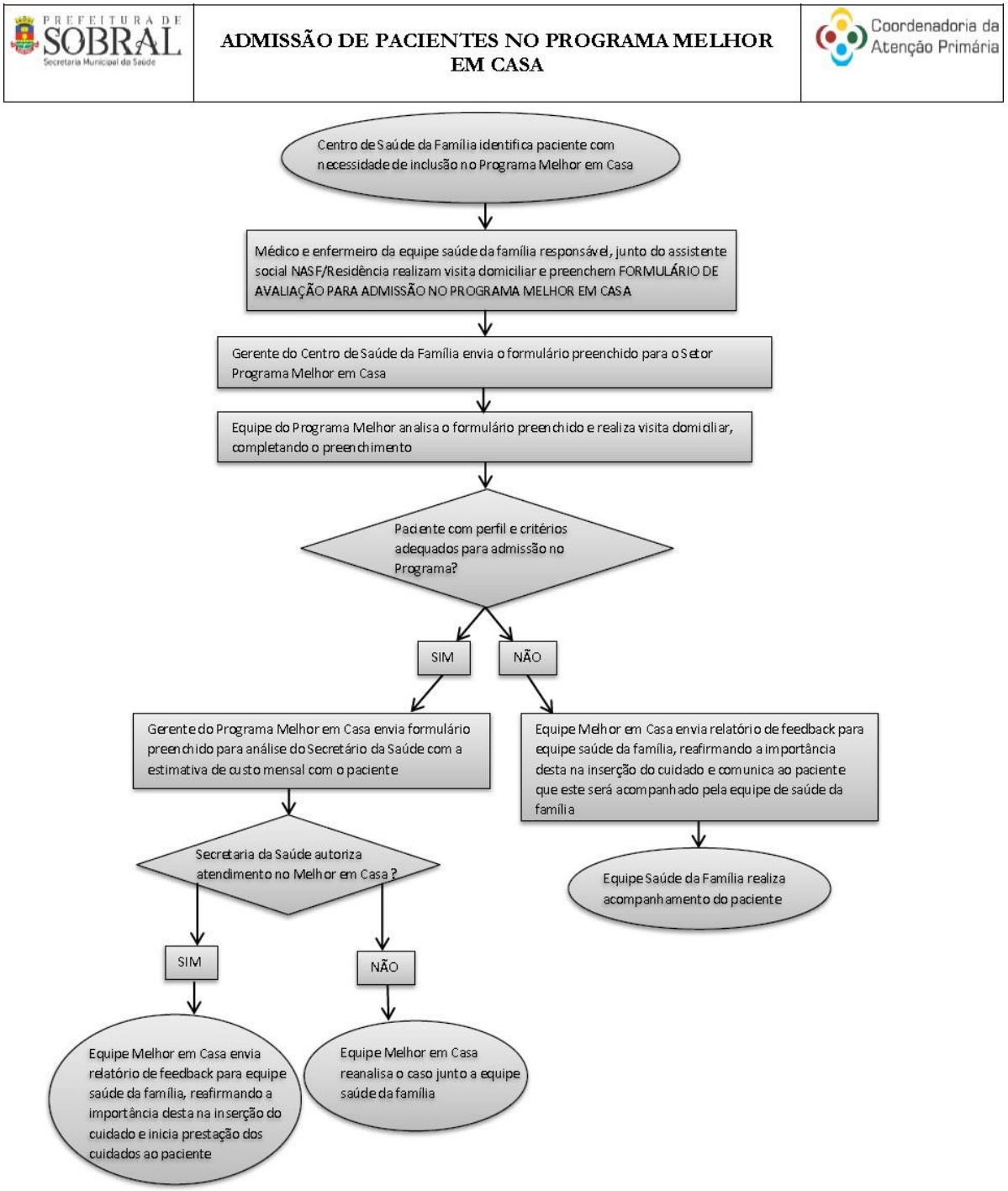
2.2. Como você se sente prestando esses cuidados?

2.3. O que interfere (positiva ou negativamente na prestação desses cuidados)?

3. Você recebeu ou recebe algum tipo de apoio além do PMC? De quem? Fale-me sobre isso.

4. Quais pontos positivos e negativos do Programa Melhor em Casa?

5. O que poderia ser mudado para melhora do programa?

ANEXOS

ANEXO A – Fluxograma de admissão no PMC em Sobral.