



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROSENILDA CORREA IMPERATORI

**PERFIL DOS USUÁRIOS(AS) DO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO
MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES**

Porto Alegre

2024

ROSENILDA CORREA IMPERATORI

**PERFIL DOS USUÁRIOS(AS) DO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO
MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde da Família. (Mestrado Profissional), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Polidoro

Linha de Pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

IMPERATORI, ROSENILDA CORRÊA
PERFIL DOS USUÁRIOS (AS) DO PROGRAMA MELHOR EM CASA
DO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES / ROSENILDA CORRÊA
IMPERATORI. -- 2024.
82 f.
Orientador: Mauricio Polidoro.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em
Saúde da Família, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Serviço de Assistência Domiciliar. 2. Programa
Melhor em Casa. 3. Equipe Multiprofissional. 4.
Programa de Saúde. I. Polidoro, Mauricio, orient. II.
Titulo.

ROSENILDA CORREA IMPERATORI**PERFIL DOS USUÁRIOS(AS) DO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO
MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde da Família. (Mestrado Profissional), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul.

Aprovado em 28 de junho de 2024.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Stela Nazareth Meneghel

Prof. Dr. Roger Dos Santos Rosa

Prof. Dr. Daniel Canavese De Oliveira

Prof. Dr. Maurício Polidoro – Orientador

Porto Alegre

2024

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, amigos e colegas de trabalho que influenciaram na minha trajetória. Em especial à Michele Fracalossi, com quem compartilhei minhas dúvidas e angústias a respeito do tema.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, e não somente nestes anos como pesquisadora, mas ao longo de minha vida.

Aos meus pais Albino e Genir in memória, gratidão eterna.

Ao meu esposo Ronei e minha filha Valentina pela compreensão e paciência.

Aos meus irmãos e familiares, pelo companheirismo, pela cumplicidade e pelo apoio em todos os momentos delicados da minha vida.

Aos meus sogros por nunca terem medido esforços para proporcionar que continuasse minha caminhada.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e ajuda, sem vocês nada disso seria possível.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todos estes anos.

Agradeço ao meu orientador, professor Maurício por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa.

A todos os meus professores do curso PROFSAUDE da UFRGS pela excelência da qualidade técnica de cada um.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

RESUMO

O propósito deste trabalho foi descrever o perfil dos(as) usuários(as) acolhidos(as) entre os anos de 2018 e 2022 no Programa Melhor em Casa (PMC) no município de Bento Gonçalves, estado do Rio Grande do Sul, e desenvolver uma ferramenta de comunicação digital. A pertinência deste estudo se justifica pela necessidade da rede de Atenção à Saúde em conhecer a população atendida e compreender o perfil dos pacientes elegíveis para o acompanhamento pela equipe multidisciplinar do programa. Para atingir os objetivos propostos, foram analisados dados de origem do encaminhamento dos pacientes, idade, gênero, raça/cor, comorbidade, tipo de acompanhamento, desfechos (óbito, alta), mobilidade, bairro de residência e vias de alimentação. Os dados foram coletados dos pacientes admitidos entre 2018 e 2022, fornecidos pela coordenação do serviço, que gerencia a entrada e saída dos pacientes do programa. Para complementar esses dados, utilizou-se prontuários on-line do sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-Mus), tabulados em planilhas de Excel. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa, de natureza quantitativa, teve sua análise de dados organizada em fases, articulando os dados coletados com o referencial teórico. Em um segundo momento, foi desenvolvida a construção da ferramenta de comunicação digital, uma estratégia para auxiliar profissionais e a população no acesso às informações sobre o programa, como seu funcionamento, acessibilidade, público-alvo e possíveis desfechos. Os resultados da pesquisa permitem identificar o perfil dos pacientes acompanhados pelo PMC durante o período analisado. A amostra foi composta por 510 pacientes provenientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo a maioria idosos (47,0% acima de 70 anos). Em relação ao gênero, 49,4% eram do sexo masculino e 50,6% do sexo feminino, com predominância da raça/cor branca (90,6%). Os principais diagnósticos foram neoplasias (22,4%), doenças do sangue (21,8%) e doenças cardiorrespiratórias (17,3%). Quanto ao desfecho, 60,4% foram reabilitados e tiveram alta do programa, e a maioria dos pacientes (40,8%) era deambulante. Em termos de bairro de residência, 11,6% residiam no bairro Centro e 8,4% no bairro São Roque. Sobre a via de alimentação, 76,7% dos pacientes mantinham a via oral. Conclui-se que a equipe do PMC e o programa desempenham um papel crucial no suporte às famílias e pacientes, identificando a linha de cuidado em todos os processos, seja reabilitação, cuidados paliativos ou acompanhamento. A criação da página virtual foi uma iniciativa importante para levar aos profissionais e à população informações sobre o funcionamento do programa.

Palavras-chave: Serviço de Assistência domiciliar. Equipe Multiprofissional. Programa de Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this work was to describe the profile of the users admitted to the Melhor em Casa Program (PMC) between 2018 and 2022 in the municipality of Bento Gonçalves, state of Rio Grande do Sul, and to develop a digital communication tool. The relevance of this study is justified by the need for the Health Care Network to understand the population served and to comprehend the profile of patients eligible for follow-up by the multidisciplinary team working in the program. To achieve the proposed objectives, data on the origin of patient referrals, age, gender, race/color, comorbidity, type of follow-up, outcomes (death, discharge), mobility, neighborhood of residence, and feeding routes were analyzed. Data from patients admitted between 2018 and 2022 were collected, provided by the service coordination, which manages the entry and exit of these patients from the program. To complement these data, online medical records from the Municipal Health Management system (G-Mus) were used, and the data were tabulated in Excel spreadsheets. Data collection was carried out after approval by the Research Ethics Committee (CEP). This quantitative research had its data analysis organized in phases, articulating the collected data with the theoretical framework. In a second phase, the digital communication tool was developed, a strategy to help professionals and the population access information about the program, such as its functioning, accessibility, target audience, and possible outcomes. The research results allow the identification of the profile of patients followed by the PMC during the analyzed period. The sample consisted of 510 patients from Basic Health Units (UBS), hospitals, or Emergency Care Units (UPA), with the majority being elderly (47.0% over 70 years old). Regarding gender, 49.4% were male and 50.6% female, with a predominance of white race/color (90.6%). The main diagnoses were neoplasms (22.4%), blood diseases (21.8%), and cardiorespiratory diseases (17.3%). As for the outcome, 60.4% were rehabilitated and discharged from the program, and most patients (40.8%) were ambulatory. In terms of neighborhood of residence, 11.6% lived in the Centro neighborhood and 8.4% in the São Roque neighborhood. Regarding the feeding route, 76.7% of patients maintained the oral route. It is concluded that the PMC team and program play a crucial role in supporting families and patients, identifying the care pathway in all processes, whether rehabilitation, palliative care, or follow-up. The creation of the virtual page was an important initiative to provide professionals and the population with information about the program's functioning.

Keywords: Home Care Service. Multiprofessional Team. Health Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de Encaminhamento ao Programa Melhor em Casa de Bento Gonçalves- RS	28
Figura 2 - Prevalência de faixa etária dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	49
Figura 3 - Prevalência do desfecho dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	53
Figura 4 - Prevalência do Bairro de residência dos (as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	57
Figura 5- Print da Página da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves (https://bentogoncalves.atende.net/)	62
Figura 6- Print da Página da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, acesso a Secretarias	63
Figura 7- Print da Página da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, acesso a Secretarias	64
Figura 8 - Esboço de onde ficará o acesso as informações do Programa Melhor em Casa	65
Figura 9 – Página do Programa Melhor em Casa no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves	65
Figura 10 – Página do Programa Melhor em Casa no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves	66
Figura 11 – Continuação da Página do Programa Melhor em Casa no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Origem do encaminhamento dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves RS, 2018 a 2022	47
Tabela 2 - Faixa etária dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	48
Tabela 3 - Sexo dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	50
Tabela 4- Resultados encontrados para raça/cor dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	50
Tabela 5 - Resultados quanto ao desfecho dos (as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	53
Tabela 6 - Desfechos quanto a alta ou óbito dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	54
Tabela 7 - Mobilidade dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	55
Tabela 8 - Bairro de residência dos (as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	55
Tabela 9 - Vias de alimentação dos (as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Modalidades de Atenção Domiciliar no Brasil	19
Quadro 2- Estratégias e Serviços de Atenção Domiciliar de alguns países	23
Quadro 3- Indicadores primários e secundários sugeridos pelo CGADOM e mensurados no PMC de Bento Gonçalves	30
Quadro 4- Outros Indicadores mensurados no PMC de Bento Gonçalves	32
Quadro 5- Variáveis e sistemas utilizados no estudo dos usuários do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	36
Quadro 6 - Agrupamento de categoria do CID-10 para análise dos dados de comorbidades dos usuários do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022	37
Quadro 7- Cidades do Brasil com Página Virtual do Programa Melhor em Casa em 2023	38
Quadro 8 - Etapas para a criação do Website do PMC de Bento Gonçalves do PMC de Bento Gonçalves RS	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

AD - Atenção Domiciliar

APS - Atenção Primária à Saúde

ATB - Antibioticoterapia

CGAHD - Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar

CGADOM - Coordenação Geral de Atenção Domiciliar

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

DAHU - Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

G-MUS - Gestão Municipal da Saúde

PAZN - Pronto Atendimento Zona Norte

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PMC - Programa Melhor em Casa

PTS - Projeto terapêutico singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAES - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA	17
3.1 ATENÇÃO DOMICILIAR	17
3.2 PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES	26
3.2.1 Monitoramento e Indicadores	29
3.3 PROGRAMA MELHOR EM CASA E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	33
4 METODOLOGIA	35
4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO	35
4.2 VARIÁVEIS E ANÁLISE DOS DADOS	35
4.3 PRODUTO TÉCNICO	39
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6 PRODUTO TECNICO	59
7 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	73
APENDICE A	76
APENDICE B	81

1 INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde responsável por desenvolver ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, abrangendo a promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos, desenvolvidos com atenção integral, por equipe multiprofissional, visando impacto positivo na coletividade (BRASIL, 2017). Estas ações são desenvolvidas na Atenção Básica (AB) que é uma das portas de entrada dos usuários (as) nos sistemas de saúde.

Conforme os princípios e diretrizes do SUS, a população tem assegurado o direito aos cuidados com a saúde, nos diferentes níveis de complexidade, de acordo com suas necessidades, e tendo garantida a continuidade do cuidado. Nesse sentido, os sistemas de saúde de diversos países buscam alternativas efetivas para oferecer à população. O processo do envelhecimento populacional e a transição epidemiológica, são fatores que requerem novos modelos de cuidados de saúde, além dos oferecidos pela AB (RAJÃO 2020).

Nesta perspectiva, em 2011 foi lançado o Programa Melhor em Casa (PMC), pelo governo federal, dentro da perspectiva da Atenção Domiciliar (AD), proporcionando ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio, com abordagens diferenciadas, evitando as hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções. Neste contexto, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (Brasil 2016). Este constitui um desafio para os sistemas de saúde, contribuindo para a mudança do enfoque do cuidado e do ambiente no qual a assistência é prestada.

As modalidades de Atenção Domiciliar (AD) oferecidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) diferenciam-se pelo processo de trabalho das equipes, pela frequência das visitas e pela intensidade dos cuidados oferecidos. As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) são consideradas organizadoras da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadoras do cuidado, utilizando a territorialidade como princípio organizacional. O Programa Melhor em Casa (PMC) está inserido na RAS e trabalha em conjunto com esses serviços, atendendo a demandas específicas, como os cuidados paliativos para pacientes em fim de vida, onde é indicada a internação domiciliar. Quando o paciente deseja esse tipo de cuidado e a família tem condições de possibilitá-lo, garantindo conforto e

autonomia, a equipe multidisciplinar atua com orientação e acompanhamento. Esta modalidade pode ser associada à continuidade dos cuidados hospitalares, com a vantagem de o paciente permanecer em seu lar, junto à sua família e rotina, assegurando conforto, autonomia e bem-estar.

Brito et al (2013) e Silva et al. (2017) afirmam que através da AD é possível promover a equidade e a universalidade, oferecendo atendimento para pacientes com dificuldade de acesso a serviços de saúde, seja pela locomoção, ou pela complexidade do estado clínico. A visita domiciliar (VD) realizada por equipes de multiprofissionais têm impactos positivos, possibilitando o cuidado no domicílio, com orientações, garantindo a percepção de autonomia, segurança ou elevação de autoestima, e principalmente o vínculo de profissionais com a família e paciente.

Para um cuidado integral e resolutivo, é fundamental conhecer os serviços de saúde existentes, seus objetivos, fluxos e principalmente os determinantes sociais de saúde (as condições locais em que as pessoas vivem e trabalham) assim, constituindo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O compartilhamento do cuidado deve estar articulado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), para garantir a integralidade do cuidado. Na AD o cuidado é proposto individual e contextualizado com a realidade do sujeito, proporcionando a recuperação da condição de saúde do usuário.

Neste contexto, esta pesquisa tem o objetivo de descrever o perfil dos(as) usuários(as) acompanhados(as) pelo Serviço de Atenção Domiciliar/ Programa Melhor em Casa (SAD/PMC) do município de Bento Gonçalves no período de 2018 a 2022. O SAD/PMC é uma política pública da atenção básica, implantada por meio de parcerias entre o governo federal e governos municipais, regido pela Portaria N° 825, de 25 de abril de 2016. A portaria dispõe sobre a Atenção Domiciliar (AD) como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. As equipes que operacionalizam esta modalidade, são as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A atuação das equipes multiprofissionais com enfoque interdisciplinar visa proporcionar desfechos positivos na vida dessas pessoas, possibilitando o cuidado compartilhado, humanizado e integral entre a equipe, pacientes, famílias e cuidadores(as); tornando-se mais resolutivo e eficaz. Este é o propósito da equipe do SAD/PMC de Bento Gonçalves. Percebeu-se, entretanto, uma demanda reprimida de encaminhamentos realizados no ano de 2022. Isso pode ser atribuído ao possível desconhecimento por parte dos profissionais da rede sobre o funcionamento do SAD/PMC, bem como à falta de conhecimento da população ou à ausência de compreensão dos critérios de elegibilidade. Esses fatores estão contribuindo para uma subutilização dos serviços disponíveis, ressaltando a importância de uma divulgação mais ampla e clara sobre o programa para todos os envolvidos, tanto profissionais de saúde quanto a comunidade, garantindo o acesso adequado aos cuidados oferecidos.

Como enfermeira integrante da equipe multiprofissional, atuante da equipe do SAD/PMC desde 2018, tenho observado a diversidade de atendimentos prestados, e a importância da atuação da equipe para as famílias e pacientes, desenvolvendo o acompanhamento, a reabilitação ou palição no contexto daquele usuário. Assim, realizar um cuidado, que busque a integralidade, eficácia e resolutividade das necessidades de saúde, além de reduzir os agravantes que possam interferir na sua saúde. Desta forma, como profissional, busco abranger, através da comunicação e divulgação, especificamente, os pacientes com o perfil adequado proposto pelas diretrizes do programa, almejando desfechos diferenciados para o paciente e seu círculo familiar, visto que a comunicação tem papel fundamental para o entendimento da rede e da população acerca dos serviços especializados de saúde oferecidos pelo município.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil de usuários (as) do Programa Melhor em Casa entre os anos de 2018 a 2022 do município de Bento Gonçalves RS e implementar uma ferramenta de comunicação virtual em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil de usuários(as) do Programa Melhor em Casa entre os anos de 2018 a 2022;
- Implementar uma página virtual do Programa Melhor em Casa para a população e a rede de assistência à saúde do município de Bento Gonçalves/RS;

3 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA

3.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

As transformações no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, especialmente o envelhecimento, têm um impacto direto no aumento da necessidade de cuidados de saúde para um segmento considerável da sociedade, incluindo o cuidado domiciliar. O cuidado domiciliar é uma prática antiga que remonta à Europa medieval, anterior à existência generalizada dos hospitais. Nos Estados Unidos, foi formalmente institucionalizado em 1947 para aliviar a pressão sobre os hospitais e promover um ambiente mais propício à recuperação dos pacientes. A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde ganhou destaque globalmente devido às mudanças demográficas e epidemiológicas. No Brasil, o cuidado domiciliar organizado começou a ser oferecido a partir de 1990, seguindo uma tendência internacional (REHEM, 2005).

A Atenção Domiciliar (AD) desempenha um papel fundamental no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e como um instrumento para promover a equidade. Nesse sentido, a AD é reconhecida como um ambiente propício para a prestação de cuidados inovadores e personalizados em saúde, apresentando potencial para oferecer assistência que esteja centrada nas demandas e necessidades dos usuários (as), suas famílias e cuidadores (Andrade et al., 2016). A modalidade de AD é uma abordagem valorizada no setor saúde, tanto no Brasil quanto no mundo, por possibilitar a implementação de novas formas de cuidado interdisciplinar aos pacientes. Além de diminuir a necessidade e a duração de internações hospitalares, traz redução de custos e diminuição de riscos de eventuais

A vinculação dos programas de assistência domiciliar com a rede de saúde, a responsabilidade de gestão e as modalidades de assistência domiciliar oferecidas variam significativamente de um país para outro, bem como o conjunto de serviços incluídos em cada programa. Essas diferenças podem ser atribuídas a uma variedade de fatores, como a estrutura e organização do sistema de saúde de cada país, as políticas de saúde adotadas, os recursos disponíveis, as necessidades específicas da população atendida e as prioridades de saúde pública.

O Programa Melhor em Casa, além de ampliar a cobertura da atenção domiciliar, enfrenta o grande desafio de contribuir para a qualificação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Para isso, é essencial promover a sistematização e a troca de experiências. A

implementação do Laboratório de Inovações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde em Atenção Domiciliar no SUS, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), representou um passo importante nessa direção. O Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar tem como propósito identificar e promover experiências inovadoras no SUS. Esta iniciativa busca catalisar e disseminar práticas bem-sucedidas de atenção domiciliar, contribuindo para o aprimoramento e a expansão desse modelo de cuidado. Alguns exemplos são abordados neste contexto, como. Ocaso do Uruguai:

[...] a cidade de Montevideu criou um programa de AD de base comunitária, para permitir aos idosos residir em seus domicílios com independência pelo maior tempo possível; em Buenos Aires, existem diversos serviços com financiamento público ou privado e o desafio atual consiste na organização de um programa com coordenação dos sistemas de saúde e de assistência social (OMS, 2008).

O financiamento da AD representa um dos principais desafios para muitos países, abrangendo uma ampla gama de questões que vão desde os métodos de captação de recursos, como impostos, contribuições sociais e pagamento individual, até a distribuição eficaz desses recursos. Essa variedade de abordagens reflete os diferentes modelos de assistência à saúde adotados em todo o mundo. Garantir a sustentabilidade da AD é, portanto, uma prioridade essencial para os países, exigindo uma análise cuidadosa e estratégias bem planejadas para enfrentar esse desafio (OMS 2008). Em alguns países, com sistemas nacionais e universais de saúde, como a Alemanha, Holanda e Inglaterra, têm adotado algumas estratégias para os problemas da sustentabilidade do sistema e da AD. Aos quais têm sido confrontados e que tendem a ser potencializados com o envelhecimento populacional:

É o que podemos constatar na Alemanha e na Holanda que adotaram medidas de contenção de gastos que incluem o congelamento de benefícios sociais aos usuários de serviços de AD e seus cuidadores e a redução da gama de serviços ofertados. A Inglaterra, por sua vez, tem investido em reabilitação e reablement (serviços que instrumentalizam os usuários para sua reinserção na comunidade). (OMS, 2008)

Ao avaliar o efeito do PMC sobre os gastos hospitalares, Nishimura (2019) observou que existe uma redução no valor gasto com internações hospitalares e que esta diferença se dá apenas pela existência ou não do programa. Ainda, observou que as reduções nos valores das despesas com internações hospitalares chegaram a 4,7% no primeiro ano e a 10,2% nos anos subsequentes. A redução nos gastos atinge grupos de risco e com maior vulnerabilidade e em internações eletivas. Dessa forma, pode-se afirmar que o programa se mostra uma política pública eficiente

Conhecer os critérios que devem ser observados para a integração do paciente ao cuidado da AD é um desafio para atenção básica, hospitais e serviços de urgência e emergência, sendo necessário o entendimento de que alguns pacientes podem ser cuidados com qualidade e resolutividade no domicílio, com grande impacto na situação de saúde das pessoas além de propiciar uma importante relação custo efetividade (Brasil, 2012a). Realizar AD exige uma postura de respeito e humildade ao adentrar o espaço mais íntimo das pessoas. Trabalhar em equipe, da mesma maneira, implica entender o papel de cada membro, e em muitos casos renunciar ao protagonismo ou da coordenação do processo ao perceber que o trabalho do outro será, naquele momento, a melhor alternativa para a pessoa assistida (SAVASSI; CUNHA, 2017, p. 318).

No que se refere à Portaria que redefine e organiza AD, para melhor organização está dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, e definida a partir da caracterização do paciente, do tipo de atenção e dos procedimentos utilizados para a realização do cuidado. Conforme a classificação e definição destas modalidades, considera-se elegível como descrito no quadro 1:

Quadro 1: Modalidades de Atenção Domiciliar no Brasil

Modalidade	Perfil do Usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	Problemas de Saúde controlados/compensados	Equipe de Atenção Básica	Habitualmente contínua
	Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde		
	Necessidade de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menos necessidade de recursos de saúde		
	Frequência das visitas a partir da avaliação clínica de uma visita/mês		
	Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)		
	Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde		Habitualmente temporária, pode ser

AD2	Necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro	EMAD + EMAP	contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
	Necessidade de, pelo menos uma visita/semana		
AD3	Semelhante a AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais	EMAD + EMAP	Habitualmente contínua

Fonte: BRASIL, 2011.

Conforme a classificação e definição de modalidades, considera-se elegível, na modalidade AD1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso. Conforme o artigo 9º da Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016 considera-se elegível na modalidade AD2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal. (BRASIL, 2016)

Na modalidade AD3, considera-se elegível usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Vale ressaltar que o SAD/PMC se propõe a promover a recuperação do usuário no conforto de seu lar, visando a recuperação em um ambiente mais saudável para o paciente, além de propiciar a desocupação de leitos e assim a redução das despesas diárias com a internação.

Outras situações específicas ligadas ao ciclo de vida que necessitam de adaptações no domicílio, muitas vezes são imprescindíveis o acompanhamento de uma equipe de saúde para uma atenção efetiva e eficaz, como no estudo de Vasconcelos (2018) que afirma que a AD contribui para o aumento de qualidade de vida para pacientes em cuidados paliativos no domicílio.

No Brasil, são várias as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) cadastradas, estas podem ser constituídas por EMAD Tipo 1 ou EMAD Tipo 2 e por Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Conforme a coordenação da CGADOM no Brasil, em 2023 havia 2051 equipes habilitadas (EMADs e EMAPs) distribuídas em 935 municípios, ao alcance de 44% da população. O que difere as EMAD é a composição mínima e carga horária dos profissionais que compõem a equipe, conforme definição da Portaria:

EMAD Tipo 1:

- a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

EMAD Tipo 2:

- a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

- I - Assistente social;
- II - Fisioterapeuta;
- III -Fonoaudiólogo;
- IV - Nutricionista;
- V - Odontólogo;
- VI - Psicólogo;
- VII - farmacêutico; ou
- VIII - terapeuta ocupacional.

Os recursos para custeio do SAD/PMC são transferidos através do repasse de recursos federais por meio de transferências efetuadas pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais ou estaduais de saúde, incorporado ao Teto de Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2017). A mesma portaria informa que para ocorrer esse repasse mensal o SAD/ PMC deve alimentar o Sistema de Informação e-SUS, comprovando a prestação dos atendimentos.

Dentre os objetivos do SAD/PMC, destacam-se a redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários (as) internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários (as); e a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. Nesse sentido, na atenção domiciliar, o cuidador torna-se o principal responsável, na relação entre a equipe e o paciente, pois será o responsável por dar seguimento às orientações disponibilizadas pela equipe, assim como, executar os cuidados propostos no domicílio (BRASIL 2016). Contudo para efeitos desta Portaria considera-se:

II – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): 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); e III – cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Para alcançar efetivamente o processo de desospitalização, uma articulação eficiente e consistente entre os serviços hospitalares e de atenção domiciliar se torna imprescindível. Tal

necessidade é amplamente referenciada na literatura internacional, como um dos principais obstáculos a serem superados no desenvolvimento da integralidade do cuidado na atenção domiciliar à saúde. É imperativo que sejamos assertivos em nossas ações, a fim de garantir um cuidado consistente e abrangente para aqueles que mais precisam.

Alguns estudos indicam que, nos países desenvolvidos, ocorreram mudanças socioculturais que estão associadas a um aumento na demanda por assistência domiciliar formal. Essas mudanças incluem a fragmentação da unidade familiar tradicional, resultando em famílias nucleares menores, e o crescente envolvimento das mulheres no mercado de trabalho, o que tem reduzido a disponibilidade de cuidadores para pessoas dependentes.

A conexão dos programas com a rede, a responsabilidade na gestão e as diferentes modalidades de assistência domiciliar oferecidas variam consideravelmente entre os países, assim como a lista de serviços incluídos. OMS (2014) traz nos resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar, algumas abordagens e serviços de assistência domiciliar em países selecionados, como exemplificado no quadro 2:

Quadro 2 – Estratégias e Serviços de Atenção Domiciliar de alguns países

País	Planejamento e gestão	Financiamento e alocação de recursos	Público principal
Canadá	O Ministério da Saúde canadense é responsável pela análise da AD no país. O gestor de saúde de cada província ou território é responsável pelo estabelecimento de políticas e diretrizes para a AD, assim como pela sua operacionalização e vigilância.	Financiados pelos governos das províncias e dos territórios e por certas municipalidades, com uma contribuição financeira do governo federal sob a forma de pagamentos por transferência para a saúde e para os programas sociais. Os serviços podem estar diretamente vinculados ao sistema público ou serem provedores privados contratados.	Pessoas com deficiências, doentes crônicos ou em fase terminal que precisam de cuidados médicos, de enfermagem, sociais ou terapêuticos.

Suécia	O Ministério da Saúde e Assuntos Sociais sueco é responsável pelo planejamento geral da atenção à saúde no país. A AD à saúde e social funcionam articuladas sob a responsabilidade do gestor local ou municipal, com exceção de alguns municípios onde a descentralização ainda está incompleta e os county councils (gestor regional) são os responsáveis	Os serviços podem estar diretamente vinculados ao sistema público ou serem provedores privados contratados. O usuário normalmente tem uma participação financeira nos custos da AD, calculado de acordo com a quantidade de ajuda necessária e com os seus rendimentos, até o teto da contribuição por esse serviço, sendo o montante restante financiado pelo governo	Idosos com doenças crônicas (demência, Alzheimer etc.) e suas famílias.
Portugal	O gestor federal ou regional é responsável pela AD à saúde e o governo local ou o município é responsável pela organização da atenção social no domicílio, porém os maiores provedores são as organizações caritativas (as misericórdias) e instituições privadas com financiamento público.	Os mecanismos financeiros de apoio às famílias são pouco desenvolvidos e atendem principalmente aos menos favorecidos e aos idosos sem vínculos familiares. A seguridade social provê suporte financeiro e de serviços para os idosos dependentes ou portadores de deficiências e suas famílias, quando esses não podem arcar com os gastos.	Idosos com dificuldades na realização das atividades de vida diária e com demanda por cuidados paliativos. Não possui políticas ou programas governamentais de Atenção Domiciliar à saúde.
Espanha	O governo local ou o município é responsável pela atenção social no	É financiada pela seguridade social (por meio de impostos, exclusivamente), com uma	Idosos dependentes e portadores de deficiência.

	domicílio e pela AD vinculada à atenção primária. A maior parte dos idosos dependentes é atendida por cuidadores informais.	contribuição dos usuários que varia de acordo com os rendimentos. Os serviços de assistência social no domicílio são financiados conjuntamente pelo Ministério da Assistência Social, pelas Secretarias Regionais de Bem-Estar Social e pelos municípios.	
Colômbia	Foram identificados programas ligados às instituições hospitalares públicas, entidades filantrópicas e à APS.	As formas de financiamento são variadas, porém não foram encontrados maiores detalhes.	Idosos com doenças crônicas (demência, Alzheimer etc.) e incapacitantes ou terminais e suas famílias ou para desospitalização precoce de condições agudas.
Dinamarca	A AD à saúde e social funcionam articuladas sob a responsabilidade do gestor local ou municipal.	O sistema nacional de saúde é gratuito e universal. O financiamento dos serviços é único, é responsabilidade dos municípios que captam recursos por meio de impostos, no entanto, no caso de cuidados de longa duração, a família pode ser chamada a contribuir de acordo com os seus rendimentos.	Idosos dependentes, pessoas com doenças crônicas (demência, Alzheimer, cânceres etc.), pessoas com deficiências e suas famílias.

Brasil	A AD nos municípios e estados seguem com incipiente apoio (técnico e financeiro) federal.	Em 2011, com a criação do Programa Melhor em Casa, a AD foi instituída no SUS de forma sistêmica, tendo por diretrizes a integração dessa modalidade aos demais pontos de atenção, a vinculação da AD à estratégia das redes de atenção à saúde.	Pessoas impossibilitadas de locomover-se até uma UBS, pessoas em cuidados paliativos, necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro clínico.
--------	---	--	---

Fonte: Ministério da Saúde/Organização Mundial da Saúde/ Atenção Domiciliar no SUS, 2014.

A demanda e procura pela AD aumenta a cada ano, devido ao crescente aumento da expectativa de vida e aos inúmeros benefícios que ele proporciona. Além disso, fatores como avanços tecnológicos, mudanças sociais, influências culturais, desenvolvimentos políticos e tendências epidemiológicas contribuem para esse cenário. Todas essas transformações no perfil demográfico das populações estão acompanhadas por profundas mudanças no padrão de doenças que afetam essas populações. Ao contrário do que ocorria algumas décadas atrás, as doenças infectocontagiosas estão perdendo espaço nos indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade para dar lugar a doenças relacionadas ao sistema circulatório, câncer, demências, problemas de saúde mental e outras condições crônicas de saúde. Essa mudança no perfil epidemiológico das populações aumenta a dependência e a demanda por suporte social, econômico, afetivo e por cuidados de longa duração (OMS, jun. 2011).

3.2 PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES

O município de Bento Gonçalves, localiza-se na encosta superior do Nordeste do Rio Grande do Sul, a 124 quilômetros da capital Porto Alegre, com uma população estimada Censo do IBGE de 2022 de 123.151 habitantes, com uma densidade demográfica de 272,287 hab./km². Pertence parte da 5^o Coordenadoria Regional de Saúde, Região 23 – Caxias e Hortênsias. O município tem 16 (dezesesseis) equipes de Saúde da Família (eSF), que cobrem 59,35% da

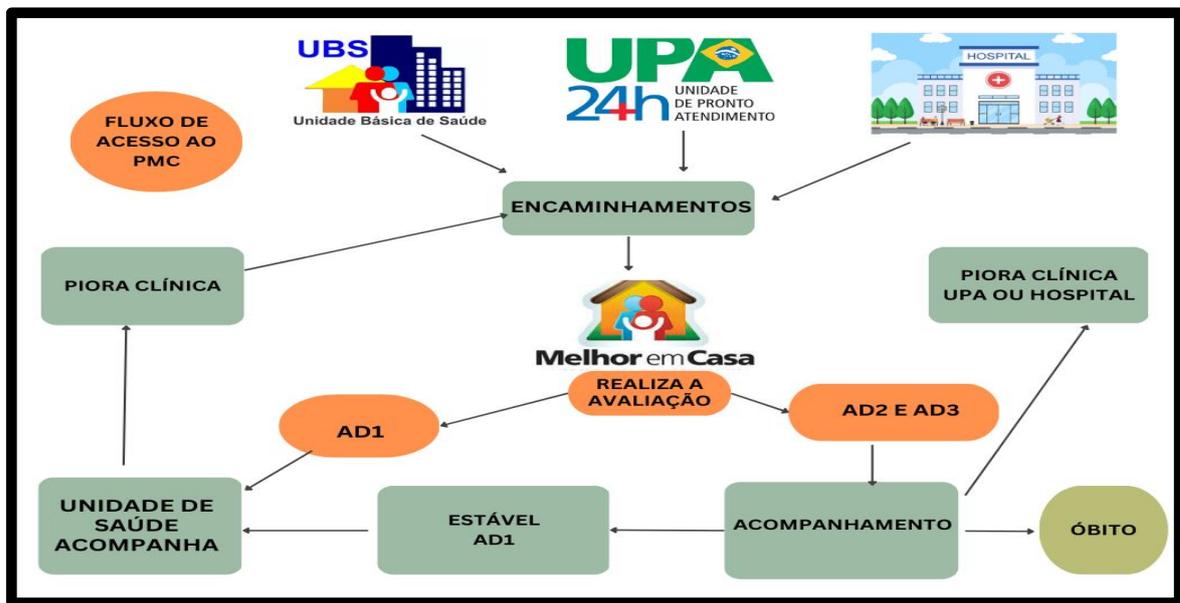
população em seus territórios e 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma cobertura de 81,13%, outros serviços de apoio como Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), Pronto Atendimento Zona Norte (PA Zona Norte), Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), Espaço de Saúde do Idoso, Centro de Referência Materno Infantil (CRMI), Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS II), Serviço de Atendimento Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CASPI), Centro Municipal de Fisioterapia (CMF) e Laboratório da Dor, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO tipo 1), Comunidade Terapêutica Rural de Bento Gonçalves (para tratamento de alcoolismo e drogadição), Centro de Especialidades em Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um hospital conveniado ao SUS.

O serviço de atenção domiciliar no município de Bento Gonçalves, está ativo desde 2005, e a implementação do PMC ocorreu no ano de 2012 através da Portaria Nº 2.147, de 25 de setembro de 2012, possui uma equipe EMAD tipo 1 e uma equipe EMAP. Atualmente a equipe EMAD tipo 1 é composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e técnico de enfermagem. O processo de trabalho dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional requer experiência profissional e qualificação para atuar em AD, pois este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico próprios do campo (SILVA, 2014).

O fluxo de solicitação para avaliação do paciente no PMC, conforme figura 1, provém dos serviços de saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), Hospital conveniado ao SUS, Unidade de Pronto Atendimento (UPA III) Pronto Atendimento Zona Norte (PAZN) e outras, por solicitação manual ou e-mail, através do Formulário de Encaminhamento ao SAD/PMC (anexo I). Podem ser admitidos munícipes de Bento Gonçalves internados em outros hospitais, avaliados após a alta hospitalar, com encaminhamento. Para que a continuidade do cuidado aconteça com agilidade, é solicitado aos serviços de saúde, para que realizem a transição de cuidado do usuário. Quando o planejamento de alta hospitalar ou a transição não ocorre, Acosta (2012) afirma que as agudizações e a utilização das emergências podem se tornar eventos mais frequentes, num processo cíclico, pois não houve continuação do cuidado. Dessa forma, a transição do cuidado se destaca não apenas como uma opção, mas como uma necessidade para a assistência às pessoas nos serviços de saúde (MALTA E MERHY, 2010).

Os formulários de encaminhamento após chegarem ao setor são avaliados pelo médico e enfermeira, avaliando o caso, agendando a VD de avaliação de elegibilidade do usuário (a). Em casos de pacientes internados, se o formulário de solicitação de acompanhamento for enviado em tempo hábil, realiza-se a primeira visita ainda no hospital, para otimizar o vínculo entre equipe e paciente ou familiares. Em média, a espera pela primeira visita ocorre nas primeiras 48 horas desde a chegada do documento até o atendimento, em casos especiais em 24 horas, levando em consideração a extensão territorial do município.

Figura 1- Fluxo de Encaminhamento ao Programa Melhor em Casa de Bento Gonçalves- RS



Fonte: Adaptado da Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção Domiciliar, 2012

As visitas ocorrem semanalmente, diariamente ou conforme necessidade de cada paciente, seguindo a evolução da melhora do paciente. A admissão do paciente no SAD/PMC acontece perante a prévia concordância do usuário e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, na primeira visita é solicitado a assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade, permitindo o seguimento de acompanhamento, assim como o comprometimento do paciente/responsável em seguir as orientações da equipe. É imprescindível que profissionais e cuidadores compartilhem planos de cuidado entre si, pela possibilidade contínua de rápida alteração do quadro clínico dos usuários, mas também é necessário que os demais serviços de saúde, como a UBS, saibam para garantir cuidado compartilhado e melhor estabelecimento de vínculos (OLIVEIRA, 2016).

As definições de período de acompanhamento são discutidas em equipe, conforme a evolução do paciente, melhora do quadro clínico, bem como, condições de seguimento em

unidade de saúde. Assim, como o projeto terapêutico singular (PTS) compartilhado pela equipe multidisciplinar, destinada a cada paciente, respeitando o quadro clínico, rede de apoio. No estudo de Nogueira (2016) utilizando a aplicação do PTS, aponta como uma estratégia na intervenção domiciliar para atenção à saúde da população, visando estimular a participação ativa do usuário no processo de saúde-doença, propiciando ao profissional de saúde a organização sistematizada do cuidado. Esta concepção vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil, afirma Campos et al. (2014) ao articular formulações teóricas e práticas em uma rede conceitual e metodológica para dar suporte aos profissionais de saúde.

Quando o paciente for avaliado pela EMAD, e apresentar alguma das situações abaixo, será considerado inelegível para a AD, sendo encaminhado para outros serviços de saúde, dentre as circunstâncias estão: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento (Portaria nº 825, 2016, art.º 14). Quando houver necessidade de desligamento, é realizada a discussão do caso com toda a equipe multidisciplinar.

Na alta do programa é realizada a transição de cuidados do paciente para a AB na sua unidade de referência. O contato é realizado pelo médico da equipe esclarecendo os encaminhamentos e cuidados já realizados, para dar continuidade nos cuidados de saúde. O estudo de Lima (2018) cita que a transição do cuidado é um dos domínios relacionados aos princípios da integração dos sistemas de saúde, como ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado quando pacientes passam por uma mudança em sua situação de saúde. Sendo uma estratégia que tem impacto na redução de internações hospitalares e na diminuição das internações causadas por complicações.

3.2.1 Monitoramento e Indicadores do PMC

Os registros dos pacientes em acompanhamento são realizados em prontuário eletrônico em sistema próprio (G-MUS) realiza-se evoluções pelos profissionais que realizam o acompanhamento, descrevendo todo o atendimento e estado de saúde do usuário. Para a produção de procedimentos realizados é utilizado o módulo e-SUS AD, registrando na ficha de

atendimento domiciliar. As informações referentes a cada usuário podem ser acessadas pela rede de apoio à saúde. O sistema e-SUS poderá ser acessado no âmbito da gestão municipal, estadual e federal, e servirá como base de monitoramento e avaliação do SAD/PMC.

A utilização de prontuário eletrônico, proporciona o acesso imediato às informações de saúde, oferecendo suporte a tomada de decisão, assim todos os serviços, através do meio eletrônico, poderão dar continuidade aos cuidados de saúde, possibilitando a assistência compartilhada. Para a AD foi desenvolvido o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para o registro de dados de prontuário, bem como para apoio na gestão do cuidado, através de ferramentas de avaliação de risco e situações de saúde, além de produção de relatórios para monitoramento e avaliação das ações de saúde. Formulado para atender às equipes de AD parcialmente ou totalmente informatizadas.

Em virtude da diversidade nos territórios e nas particularidades de cada SADs, a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM propõe a utilização de indicadores, estes que são capazes de caracterizar o SAD/PMC, servindo para análise, planejamento e qualificação da AD em nível federal, estadual e municipal. Diante deste proposto, no quadro 3, apresenta-se os indicadores sugeridos pelo CGADOM e os mensurados no SAD/PMC de Bento Gonçalves.

Quadro 3 - Indicadores primários e secundários sugeridos pelo CGADOM e mensurados no PMC- SAD de Bento Gonçalves

INDICADOR	PERIODICIDADE	MÉTODO DE CÁLCULO	MENSURADO
Capacidade de atendimentos do SAD no Mês	Mensal	Total de usuários que permaneceram desde o mês anterior + total de usuários admitidos no mês corrente	SIM
Total de usuários que tiveram alta do SAD	Mensal	Total de usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (X100)	SIM

Média de Permanência geral	Mensal	Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período.	SIM
Percentual de alta do SAD	Mensal	Total de usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (X100)	SIM
Total de usuários procedentes da Atenção Básica, Hospital e Unidade de Pronto Atendimento ou outras procedências	Mensal	Total de usuários procedentes de cada serviço no período/ Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100)	SIM
Usuários com desfecho “alta para AD1”	Mensal	Total de usuários que saíram do SAD por cada desfecho no período/ Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período (x 100).	SIM
Total de admitidos nas modalidades AD 1 (%) admitidos AD 2 (%) admitidos AD 3 (%) admitidos	Mensal	Total de usuários classificados em cada modalidade no momento da admissão no período/Total de usuários	SIM

		admitidos em AD no mesmo período (x 100)	
Óbitos no domicílio	Mensal	Número de óbitos no domicílio	SIM
Acompanhamento pós óbito	Mensal	Número de visitas pós óbito	SIM
Percentual de usuários por sexo	Anual	Total de usuários por sexo/ Total de usuários no SAD (x 100).	SIM
Internação por piora clínica em hospital	Mensal	Total de Internação por piora clínica em hospital	SIM

Fonte: Adaptado de DAHU/SAS/MS, 2012

Os indicadores do Quadro 3 são definidos pela CGADOM do DAHU/SAS/MS. Todavia, considerando que cada região tem suas peculiaridades e, por essa razão, é possível que outros indicadores sejam mais adequados em algumas localidades. Dessa maneira, os SADs podem analisar cada caso e propor outros indicadores. No quadro 4, apresenta-se outros indicadores que também são mensurados pelo SAD de Bento Gonçalves, com base na Nota Técnica N° 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS, que dispõe sobre o monitoramento dos serviços de atenção domiciliar.

Quadro 4 - Outros Indicadores mensurados no PMC/ SAD de Bento Gonçalves

INDICADOR	PERIODICIDADE	MÉTODO DE CÁLCULO	MENSURADO
Encaminhamentos da UPA + hospital/total admitidos*100 ≥30%	Mensal	Total de provenientes da UPA +hospital/total admitidos*100 ≥30%	SIM

Altas +alta AD1/Total de Usuários x100>=10%	Mensal	Alta Clínica +alta AD1/Total de Usuários x100>=10%	SIM
Internação domiciliar (Visita Diária)	Mensal	Total de pacientes em visitas diárias no período	SIM
Pacientes Avaliados e não admitidos	Mensal	Total de pacientes avaliados e não admitidos para acompanhamento	SIM
* Judiciais, outras demandas	Mensal	* Encaminhamentos via judiciais, outras demandas	SIM

Fonte: Adaptado de DAHU/SAS/MS

Os indicadores são recursos valiosos de gerenciamento que têm ganhado cada vez mais força em organizações. Com o objetivo de medir e avaliar o desempenho de processos, eles são aliados poderosos para conquistar objetivos e metas previamente estabelecidos. Com esse auxílio, a gestão torna-se ainda mais eficiente e produtiva.

3.3 PROGRAMA MELHOR EM CASA E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A interação entre os profissionais que trabalham no PMC e outros pontos da RAS é essencial para fortalecer os princípios doutrinários do SUS. Uma estratégia de comunicação entre setores são as reuniões e discussão de casos, principalmente com as equipes de ESF, que também realizam visitas domiciliares, e são consideradas o modelo mais adequado para o funcionamento da APS no país. Assim, melhorando o fluxo dos(as) usuários(as) após a alta do PMC, com a transição do cuidado para estas equipes.

A visita domiciliar (VD) se torna uma ferramenta de intervenção crucial quando utilizada corretamente pelas equipes de saúde, permitindo aos profissionais uma visão ampla e direta das necessidades da comunidade. Para Ribeiro (2016), nas VD é possível realizar ações

de promoção da saúde e prevenção de doenças, pois as equipes multiprofissionais oferecem suporte nas atividades de vigilância em saúde.

Uma característica em comum das ESF e equipe do PMC, são as visitas domiciliares conduzidas com uma abordagem holística, envolvendo não só os cuidados necessários ao paciente, mas abrangendo os demais familiares, observando o ambiente, compreendendo as rotinas e contexto social, coletando informações, com esclarecimentos, acolhendo e desenvolvendo ações que possam beneficiar a saúde de toda a família. Esta abordagem fortalece os vínculos em relações ambíguas e propicia um dinamismo que sustenta a implementação de estratégias pedagógicas, sanitárias, assistenciais e ambientais. Além de sua aplicação técnica, a VD transcende a abordagem tradicional centrada em sintomas e diagnósticos (SAVASSI et al, 2018).

A expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) está correlacionada a melhorias no uso dos serviços de saúde e nos resultados. Portanto, a ESF e o PMC necessitam ser expandidas e consolidadas, cabendo aos gestores um planejamento estratégico, com investimento para adequação, oferecendo condições de infraestrutura, logística e profissionais capacitados, para atuarem na saúde das famílias.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa adota uma abordagem quantitativa, com o objetivo de explorar o perfil dos pacientes atendidos de 2018 a 2022 no Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves. A síntese da pesquisa quantitativa, conforme descrita por Richardson (1999), utiliza a quantificação tanto na coleta quanto no tratamento de informações. Isso ocorre por meio de uma variedade de técnicas estatísticas, que vão desde as mais básicas, como cálculos percentuais, desvio padrão e média, até as mais avançadas, como o coeficiente de correlação, análise de regressão e análises multivariadas.

Os dados foram extraídos através de prontuários eletrônicos, do sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-Mus), após foram tabulados em planilhas de Excel. Os dados analisados foram: origem do encaminhamento dos pacientes, idade, gênero, raça/cor, comorbidade, desfechos (reabilitação, óbito, alta), mobilidade dos pacientes, via de alimentação e bairro de residência. Os dados foram fornecidos pela coordenação do SAD/PMC, que gerencia a entrada e saída destes pacientes do programa.

4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo, foram incluídos todos(as) os(as) usuários (as) assistidos pelo SAD/PMC do município de Bento Gonçalves, entre os anos de 2018 e 2022, a pesquisa foi realizada no setor do SAD/PMC da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves - RS.

4.2 VARIÁVEIS E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada no software SPSS. Foi realizado o cálculo em frequência e porcentagem. As variáveis utilizadas e os respectivos sistemas constam no quadro 5.

Quadro 5: Variáveis e sistemas utilizados no estudo dos usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

SISTEMAS	CAMPOS VARIÁVEIS	PERÍODO
Planilha utilizada no SAD de Bento Gonçalves com cadastro de entrada e saída de todos os usuários com informações do formulário padrão de encaminhamento de pacientes, disponibilizado por e-mail ou via malote da SMS	Origem do encaminhamento dos pacientes (Unidade básica de saúde, Hospital, Unidade de Pronto Atendimento, outros); Desfechos (alta por reabilitação, óbito); Mobilidade (deambula, cadeirante, acamado); Via de alimentação (via oral, sondas)	2018 a 2022
Prontuário eletrônico do Sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-Mus).	Faixa etária do paciente; Sexo (masculino ou feminino); Bairro de residência e raça/cor.	2018 a 2022

Fonte: Imperatori 2023

Conforme Minayo (2006), a análise tem a finalidade de estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

Para atingir tal finalidade, a partir dos dados coletados, a análise foi organizada nas seguintes fases:

- a) Ordenação dos dados: organização e mapeamento de todos os dados obtidos.
- b) Classificação dos dados: com base no que será constado como relevante nos dados, serão elaboradas categorias específicas.
- c) Análise final: articulação entre os dados e o referencial teórico, relação entre o concreto e o abstrato.

Para a categoria de procedência do paciente utilizou-se o item do formulário de encaminhamento, que é preenchido pelo serviço solicitante. As idades referentes a cada pessoa foram retiradas do prontuário eletrônico, assim como, o gênero masculino ou feminino, raça/cor. Em relação aos desfechos, foi utilizado a planilha de registros do SAD, assim como o tempo de permanência e o bairro de residência. Os dados sobre a locomoção e via de alimentação de cada usuário, foram obtidas na ficha de avaliação.

Em relação as comorbidades foi utilizado o diagnostico por Classificação Internacional de Doenças (CID10), após realizado o agrupamento de categorias. O agrupamento de categorias do CID pode ser baseado em várias considerações, como a natureza da doença, a proximidade fisiológica, a prevalência no seu banco de dados, entre outros. Uma proposta de agrupamento, com base na natureza e nos sistemas do corpo, está descrita no quadro 6:

Quadro 6 - Agrupamento de categoria do CID-10 para análise dos dados de comorbidades dos usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

	Código CID-10	Categorias	Grupo Unificado
1	A00 – B99 U00 - U99	Doenças Infecciosas	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias A00 – B99 Síndromes respiratórias agudas graves (Pós COVID19) U00 - U99
2	C00 – D48 D50 – D89	Neoplasias e Doenças do Sangue	Neoplasias (tumores) C00 – D48 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários D50 – D89
3,4	D50 – D89 E50 – E90	Doenças Metabólicas e Endócrinas	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas E50 – E90
5, 6	F00 – F99 G00 – G99	Doenças Neurológicas e Mentais	Transtornos mentais e comportamentais F00 – F99 Doenças do sistema nervoso G00 – G99
7, 8	H00 – H59 H60 – H95	Doenças Sensoriais	Doenças do olho e anexos H00 – H59 Doenças do ouvido e da apófise mastóide H60 – H95
9, 10	I00 – I99 J00 – J99	Doenças Cardiorrespiratórias	Doenças do aparelho circulatório I00 – I99 Doenças do aparelho respiratório J00 – J99

11, 12,	K00 – K93 L00 – L99	Doenças Digestivas e da Pele	Doenças do aparelho digestivo K00 – K93 Doenças da pele e do tecido subcutâneo L00 – L99
13	M00 – M99	Doenças Musculoesqueléticas	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo M00 – M99
14, 15	N00 – N99 O00 – O99	Doenças do Sistema Reprodutivo	Doenças do aparelho geniturinário N00 – N99 Gravidez, parto e puerpério O00 – O99
16, 17	P00 – P96 Q00 – Q99	Afecções Perinatais e Congênitas	Algumas afecções originadas no período perinatal P00 – P96 Malformações congênitas, deformidades e anomalias Q00 – Q99
18,19, 21,	R00 – R99 S00 – T99 V01 – Y98 Z00 – Z99	Outras Categorias e Fatores Externos	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório NCOP R00 – R99 Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas S00 – T99 Causas externas de morbidade e mortalidade V01 – Y98 Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde Z00 – Z99

Fonte: Imperatori 2023

O agrupamento apresentado no quadro 6 teve como finalidade a interpretação das diferentes doenças dos(as) usuários acompanhados no âmbito do PMC. A categorização permite apoiar a análise, tornando-a mais gerenciável e interpretável, enquanto ainda captura as principais categorias de doenças. Contudo, vale ressaltar que o agrupamento ideal também pode depender do contexto específico da sua análise e dos objetivos da pesquisa.

4.3 PRODUTO TÉCNICO

Com o objetivo de desenvolver uma ferramenta virtual, de acesso às informações do PMC, visando oferecer uma ampla gama de dados para a população em geral, realizou-se uma busca virtual, em sites, nos 27 estados brasileiros, a fim de identificar municípios que possuem o SAD/PMC em funcionamento e que dispõem de páginas virtuais. A metodologia utilizada para a pesquisa envolveu um roteiro de investigação nos diferentes estados brasileiros. O processo de coleta de dados incluiu os seguintes passos:

1. Identificação dos estados: Mapeamento e listagem de todos os estados brasileiros.
2. Levantamento dos municípios com SAD/PMC: Pesquisa para identificar os municípios em cada estado que possuem o Programa Melhor em Casa/Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).
3. Verificação da existência de páginas virtuais: Para os municípios identificados, foi realizada uma busca específica para verificar se possuíam alguma página virtual ou informações disponíveis na internet sobre o serviço de SAD/PMC.
4. Avaliação das informações: Caso uma página virtual fosse encontrada, foi realizada uma avaliação das informações disponíveis, buscando dados relevantes sobre o funcionamento do programa, contatos, serviços oferecidos, entre outros.
5. Consolidação dos resultados: os resultados foram consolidados, incluindo o estado, a identificação dos municípios que possuíam páginas virtuais com informações sobre o SAD/PMC, plataforma utilizada, link da página, sessões de informações e periodicidade de publicação. Conforme o quadro 7, diversos municípios possuem a plataforma virtual Instagram para disponibilizar informações sobre o serviço para a população.

Quadro 7 – Cidades do Brasil com Página Virtual do Programa Melhor em Casa em 2023

MUNICÍPIOS COM PÁGINA VIRTUAL DO PROGRAMA MELHOR EM CASA					
Estado	Município	Plataforma	Link da página	Sessões estruturadas de informações básicas?	Periodicidade de publicação
Acre	Cruzeiro do Sul	Facebook	https://www.facebook.com/profile	Ações da equipe	Aleatório

			php?id=100083235441311&mibextid=2JQ9oc		
Acre	Rio Branco	Instagram	https://www.instagram.com/melhorcasa_emadrb?igsh=MTcxeGpmOXEwc3BtYg==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Quinzenal
Alagoas	Maragogi	Instagram	https://www.instagram.com/sad.maragogi?igsh=dnIxM3R5OHlpYTBj	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Quinzenal
Alagoas	Pão de Açúcar	Instagram	https://www.instagram.com/melhorcasapda?igsh=d3JvMm00a2hvZzlm	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Mensal
Amapá	-	-	-	-	-
Amazonas	Manaus	Instagram	https://www.instagram.com/sadmelhoremcasa?igsh=MXA0NndmbTBzOHRkMQ==	só tem a página sem publicação	Aleatório
Bahia	Porto Seguro	Instagram	https://www.instagram.com/sadportoseguro?igsh=OGpicGgxdnR4d2E5	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Mensal
Bahia	Serrinha	Instagram	https://www.instagram.com/equipeadserrinha?igsh=MXA0Nm16aWU4cmp0eQ==	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Semanal
Ceara	Pacajus	Instagram	https://www.instagram.com/sadpacajus?igsh=MXVxeGtqMTh5NjhoaA==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Semanal
Ceara	Tabuleiro do Norte	Instagram	https://www.instagram.com/melhorcasatabuleirosa	Acesso ao PMC/Ações realizadas/boletim	Aleatório

			d?igsh=MXJhM2Ruc2V2ZGs5dQ= ≡	mensal	
Distrito Federal	Gama	Instagram	https://www.instagram.com/nradgama?igsh=eHY1aWg4dWNpdm tu	Ações da equipe e divulgação	Bimensal
Espírito Santo	Vila Velha	site prefeitura	vilavelha.es.gov.br	Informações sobre o programa	Aleatório
Goiás	Cezarina	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasacezarina?igsh=MWUwNHh0bXJ2Mm5zYQ= ≡	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Semanal
Goiás	Planaltina	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasaplanaltina go?igsh=ZzF2N2t iNWUwZDNh	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Quinzenal
Maranhão	Formosa	Instagram	https://www.instagram.com/melhor em casa ?igsh=MXR0MmZleXB kcGY1Yw==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Mensal
Maranhão	Pinheiro	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasapho?igsh=OW9wMTdiY3p odnFz	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Bimestral
Mato Grosso	Cuiabá	site prefeitura	https://www.cuiaba.mt.gov.br/saude/pinheiro-lanca-programa-melhor-em-casa-para-atendimentos-em-saude-a-pessoas-com-dificuldade-de-locomocao/22705	Informativo	

Mato Grosso do Sul	Três Lagoas	Instagram	https://www.instagram.com/sadtres lagoasms?igsh=aHNyY2h0cWszaDF4	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Semanal
Mato Grosso do Sul	São Gabriel do Oeste	Instagram	https://www.instagram.com/sadsgoms?igsh=MWdjZGZicHFhDB4Mw==	Ações realizadas	Bimestral
Minas Gerais	Coração de Jesus	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasa2020?igsh=MTFxZzd0ZDV6ZzB1Zg==	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Aleatória
Minas Gerais	Sarzedo	Instagram	https://www.instagram.com/sad.sarzedo?igsh=MTg2YzliMWZwd3VxaA==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Bimestral
Minas Gerais	Araguari	Instagram	https://www.instagram.com/sadara guari?igsh=MWd4ZHIxcDh2NmVieA==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e educação permanente	Semanal
Minas Gerais	Contagem	Instagram	https://www.instagram.com/sadcontagem?igsh=MTdldnBydXUwY3Y0Yw==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos/Educação permanente da equipe	Semanal
Pará	Aurora de Para	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasa_aurora2021?igsh=MWRoeWV1bmpoNHdzeA==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos/Educação permanente da equipe	Mensal

Pará	Maracanã	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasamaracana?igsh=MWJhM3ZuejBndjJwag==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos/Educação permanente da equipe	Semanal
Paraíba	Campina Grande	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasacg?igsh=bmFheDUzd2d5cWs3	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Mensal
Paraíba	Bonito de Santa fé	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasasad?igsh=MzU5NThkbXE3NzF5	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Mensal
Paraná	Guarapuava	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasaguapuava?igsh=MWQ5ZG82NWZ5NnBlMA==	Orientações, trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Aleatório
Paraná	Foz do Iguaçu	Instagram	https://www.instagram.com/sadfozdoiguacu?igsh=MXJpa3l0MnF0eDhxaQ==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Bimestral
Pernambuco	Águas Belas	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasaaguasbelas?igsh=NmY5eXNheGx4Znli	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Bimestral
Pernambuco	Vitoria de Santo Antão	Instagram	https://www.instagram.com/sadvitoriaestoantao?igsh=MXNpc3YyNjJobHN5bA==	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Bimestral

Piauí	Valença	Instagram	https://www.instagram.com/sadvalencapi?igsh=MTB2NmtkcG90bjd6eA==	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência, conscientização	Mensal
Piauí	Esperantina	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasadeesperantina?igsh=czVvNjk3N20wY2Jl	Acesso ao PMC e trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Mensal
Rio de Janeiro	Marica	Instagram	https://www.instagram.com/sadmaricatranporte?igsh=MTdlOGZxNDRIldzJwOA==	Ações realizadas/ transporte de pacientes do PMC	Bimestral
Rio de Janeiro	Cabo Frio	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasacabofrio?igsh=eThtYmxxcGZrdjV6	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos/Educação permanente da equipe	Mensal
Rio Grande do Norte	Natal	Instagram	https://www.instagram.com/sad_hjpb?igsh=M2N0cjM3ZjE0N2x6	Ações realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Mensal
Rio Grande do Sul	Capão da Canoa	Instagram	https://www.instagram.com/ambulatoriodeapoioaredecc?igsh=MWFiNTdpeHN2Z3MwMA==	Orientações, trabalhos realizados pela equipe, vivência com os pacientes	Mensal
Rio Grande do Sul	Imbé	Instagram	https://www.instagram.com/melhor emcasaimbe?igsh=MWk0ZXEydwHvbWd2dQ==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Quinzenal

Rondônia	Porto Velho	site	https://rondonia.ro.gov.br/rondonienes-recebem-atendimento-de-saude-no-conforto-do-seu-lar-com-servico-de-assistencia-multidisciplinar-domiciliar/	Orientativo	Aleatório
Roraima	-	-	-	-	-
Santa Catarina	Guarapuava	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasaguarapuava?igsh=MWQ5ZG82NWZ5NnBlMA==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos/Educação permanente da equipe	Semanal
São Paulo	Assis	Site	https://saude.assis.sp.gov.br/pagina/34/servico-atencao-domiciliar-melhor-em-casa	Orientativo	Aleatório
São Paulo	Santo André	Instagram	https://www.instagram.com/emadpaliativasadsantoandre?igsh=MWp3NmZic3QyMHZiaA==	Ações realizadas pela equipe	Mensal
Sergipe	Canindé	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasacaninde?igsh=bmd2czY4YW80eWVk	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Mensal
Sergipe	Lagarto	Instagram	https://www.instagram.com/melhoremcasa.lag?igsh=MTZuYmMyaGpXZ29iYQ==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos/Educação permanente da	Bimestral

				equipe	
Tocantins	Porto Nacional	Instagram	https://www.instagram.com/sadportonacionalto?igsh=aWpqcDdoenA4azdq	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Mensal
Tocantins	Araguaína	Instagram	https://www.instagram.com/sad_araguaina?igsh=Mxhwd3N0Z24wZWF1eA==	Acesso ao PMC/Ações realizadas e desfechos exitosos	Mensal

- Sem dados

Aleatório: sem período definido

Fonte: Imperatori (2023)

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) sob parecer N°5.981.288 (apêndice A), para utilização de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde e SAD/PMC, foi assinado um termo de liberação pela secretaria da saúde do município de Bento Gonçalves (apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos obstáculos surgiram ao longo da pesquisa. Após a aprovação e autorização ética, a coleta de dados foi iniciada. Este processo foi manual e burocrático, apresentando muitos dados incompletos, o que exigiu a busca manual nos cadastros de cada usuário. No início da pesquisa, a variável raça/cor não foi coletada, necessitando uma nova busca em cada cadastro posteriormente, o que gerou retrabalho. Outro desafio foi que, nos prontuários eletrônicos, os cadastros de pacientes falecidos ficavam inativos, tornando a busca por seus dados mais demorada.

A amostra foi composta pelo total de 510 pacientes durante o período da análise. Conforme a tabela 1 verificamos que a maioria dos pacientes foram provenientes das UBS, ou seja 47,1% (n=240), 40,4% (n=206) provenientes do hospital, enquanto a UPA representou apenas 7,1% (n=36) dos encaminhamentos, e 4,5% (n=23) foram admitidos por demanda

espontânea. Conforme os indicadores utilizados pelo PMC/SAD, sugere-se que 30% ou mais dos pacientes admitidos no mês, devem ter a origem do encaminhamento proveniente de hospitais ou UPA. O resultado nos evidencia nesta pesquisa que 47,1% (n= 242) tiveram a procedência advinda destes serviços.

Contudo no período da análise tivemos a pandemia do COVID 19, ao qual justificou a necessidade de algumas UBS encaminhar com frequência, principalmente idosos, que tinham a recomendação de permanecer no domicílio, sendo o atendimento pelo SAD/PMC a melhor alternativa naquele momento. Todos os serviços de saúde enfrentaram um grande desafio, com isso o tempo de permanência no programa foi maior naquele período.

Tabela 1 - Origem do encaminhamento dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves RS, 2018 a 2022

Origem	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
UBS	240	47,1%
Hospital	206	40,4%
UPA	36	7,1%
Demanda espontânea	23	4,5%
Judicial	4	0,8%
SAMU	1	0,2%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori (2023)

A Assistência Domiciliar desempenha um papel fundamental na desospitalização e, conseqüentemente, na otimização dos leitos hospitalares. No entanto, é crucial que o processo de transição do cuidado para o domicílio esteja claramente planejado. O prazo para avaliar a elegibilidade deve ser estabelecido, levando em consideração o tempo necessário para identificar um cuidador, avaliar sua capacidade de realizar os procedimentos relacionados em casa, obter o consentimento do cuidador para o acompanhamento domiciliar, avaliar o ambiente domiciliar, quando apropriado, e organizar a remoção do paciente (BRASIL, 2016).

Portanto, o SAD abrange todos os níveis de atenção à saúde e visa superar o modelo de assistência centrado exclusivamente nos cuidados hospitalares. No entanto, reconhece-se que esses cuidados hospitalares são necessários e indispensáveis em determinadas situações específicas. Na avaliação do paciente no domicílio é necessário um responsável ou cuidador para receber as informações e orientações, sabemos que nem sempre é possível. A oferta de cuidado informal provavelmente declinará no futuro devido à diminuição do tamanho das famílias, ao aumento de casais sem filhos e ao crescimento da presença das mulheres no mercado de trabalho (LIMA-COSTA MF *et al.* 2017).

A faixa etária predominante no estudo foi acima dos 80 anos (n=115) representando 22,5% do total, seguidos pela faixa de 75 a 79 anos (n= 66) que corresponde a 12,9% (tabela 2). Verificou-se que os usuários na sua maioria eram idosos, necessitando de um enfoque diferenciado da equipe multidisciplinar, quanto a comunicação, orientação e as ações desenvolvidas, pois este público caracteriza-se de uma forma mais frágil, apresentando cronicidades, necessidade de terceiros para ajudar nas atividades de vida diária, como por exemplo, banho, alimentação, vestir-se, autocuidado. Identificou-se que 66,2% (n= 338) dos pacientes atendidos eram idosos, semelhante ao estudo de Silva et al (2017) que obteve uma caracterização do perfil composto principalmente por uma população idosa.

O Censo Demográfico do IBGE de 2022 destaca o notável processo de envelhecimento populacional em andamento no Brasil. Os dados revelam que cerca de 32 milhões de pessoas, o equivalente a 15,8% da população total de 203 milhões, são consideradas idosas. Conforme o censo de 2022, no município de Bento Gonçalves a população idosa compõe 22% da população.

A população idosa é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquela com 65 anos ou mais em países desenvolvidos e 60 anos ou mais em países pobres. No contexto brasileiro, o Estatuto da Pessoa Idosa, uma legislação criada para regular os direitos garantidos a esse segmento populacional, define a população idosa como aquelas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Manter o cuidado do domicílio também promove os aspectos emocionais dos idosos, mantendo sua identidade, sua autoestima, seu bem-estar e, portanto, favorecendo a saúde.

Tabela 2 - Faixa etária dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Faixa etária	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
0 a 4	13	2,5%
5 a 9	2	0,4%
10 a 14	4	0,8%
15 a 19	3	0,6%
20 a 24	4	0,8%
25 a 29	16	3,1%
30 a 34	20	3,9%
35 a 39	17	3,3%
40 a 44	11	2,2%
45 a 49	16	3,1%
50 a 54	22	4,3%
55 a 59	42	8,2%
60 a 64	42	8,2%
65 a 69	56	11,0%

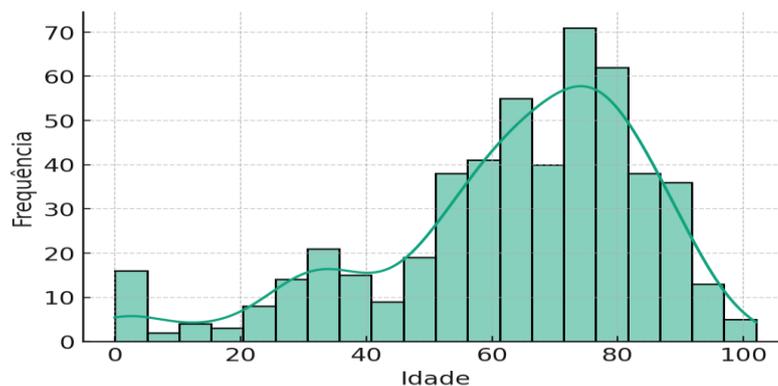
70 a 74	59	11,6%
75 a 79	66	12,9%
80 anos e mais	115	22,5%
Dado não válido	2	0,4%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

A quantidade de indivíduos atendidos nos SAD varia de acordo com as admissões, altas e óbitos registrados em cada período. Embora muitas crianças apresentem alta complexidade em seus casos, elas constituem uma minoria em termos de atendimento. Os pacientes considerados como crianças, na faixa etária de 0 a 12 anos, representam 3,3% (n = 17) do total. O resultado encontrado compara-se ao estudo de Rajão e Martins (2019), onde a utilização da AD por crianças e jovens obteve um resultado pouco relevante se comparado aos adultos. Contudo, uma abordagem profissional no cuidado de crianças e pacientes em geral pode transcender o aspecto técnico, incorporando os princípios do cuidado centrado no paciente e na família. Isso significa que os profissionais de saúde não se concentram apenas nos aspectos clínicos, mas também consideram as necessidades emocionais, sociais e individuais dos pacientes e suas famílias.

As famílias no cuidado destas crianças enfrentam diversos desafios. Para Neves (2013) dentre estes desafios, está a necessidade de adquirir conhecimentos e práticas que antes não faziam parte de suas rotinas, as vezes enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde para garantir a continuidade do tratamento dessas crianças. Cuidar de uma criança no domicílio pode ser um desafio significativo para muitas famílias, especialmente para aquelas que não têm experiência ou orientação adequada. Com isso, é crucial desenvolver uma assistência focada na família, utilizando a educação em saúde como meio de capacitar os familiares cuidadores promovendo assim seu empoderamento e fortalecendo o cuidado dessas crianças.

Figura 2- Prevalência de faixa etária dos(as) usuários (as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022



Fonte: Imperatori 2023

Neste estudo, a maior prevalência quanto ao gênero foi de 50,6% (n=258) do sexo feminino e 49,4% (n= 252) do sexo masculino, assim, seguindo uma amostra quase paralela, demonstrando que tanto os homens quanto as mulheres adoeceram neste período (tabela 3). No Brasil a expectativa de vida feminina é maior que a masculina, conforme os dados do IBGE, a vida será mais longa para as mulheres. No caso da população feminina, a expectativa de vida já é de 80,5 anos, enquanto no caso dos homens chega a 73 anos e seis meses.

Tabela 3: Sexo dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Sexo	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
Masculino	252	49,4%
Feminino	258	50,6%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

O estudo de Fernandes e Burnay (2019) examinou a relação entre saúde, esperança de vida e gênero na população portuguesa. Uma conclusão notável desse estudo foi a presença de uma discrepância significativa entre homens e mulheres. De acordo com o estudo, os homens demonstraram ser fisicamente mais fortes e apresentaram menos dificuldades em comparação com as mulheres. No entanto, paradoxalmente, os homens apresentaram uma taxa de mortalidade mais elevada em todas as faixas etárias em comparação com as mulheres. Alguns fatores relacionados com o gênero masculino ou feminino, contribuem para explicar as diferenças em saúde que ocorrem ao longo da vida. Por muitas vezes, os homens tinham indícios de morrer prematuramente, pelos comportamentos de risco adquiridos, como o consumo de álcool e tabaco. Contudo, dados nacionais e internacionais revelam que essas discrepâncias têm diminuído (SILVA JÚNIOR E MONTEIRO, 2020).

A Tabela 4 apresenta os resultados para raça/cor e indicam que 90,6% (n=462) dos usuários se autodeclararam como brancos, 8,2% (n=42) como negros e 1,2% (n=6) como raça/cor amarela. Através da Portaria 344/2017 que introduziu a obrigatoriedade da autodeclaração de pertença racial nos serviços de saúde, garante o direito de a população manter no seu cadastro qual a raça/cor que se autodeclaram.

Tabela 4 - Resultados encontrados para raça/cor dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022.

Raça/cor	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Branca	462	90,5%
Preta	20	3,9%
Parda	22	4,3%
Amarela	6	1,1%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

De acordo com a pesquisa do IBGE (PNAD, 2021) 43,0% dos brasileiros se declararam como brancos, 47,0% como pardos e 9,1% como pretos. A distribuição étnico-racial no município de Bento Gonçalves, de acordo com o censo demográfico de 2022 é a seguinte: 80,9% (n= 99.719) branca, 4,1% (n=5.111) preta, 0,1% (n=76) amarela, 14,8% (n=18.273) parda, 0,1% (n=110). (IBGE, 2022).

Para Soares (2011), os estudos que abordam desigualdades raciais e suas implicações na saúde têm sido conduzidos através de diversas abordagens, incluindo análises de sistemas de informação em saúde, inquéritos realizados em municípios, inquéritos nacionais, entre outros métodos. A maioria dessas pesquisas tem consistentemente identificado indicadores de saúde menos favoráveis nas populações pardas e pretas.

Os diagnósticos encontrados na pesquisa, foram codificados e agrupados conforme o CID 10. Sendo 22,4% (n= 114) neoplasias e doenças do sangue, 21,8% (n= 111) doenças cardiorrespiratórias, seguidas por 17,3% (n=88) de fatores externos. Outras categorias, como doenças neurológicas e mentais, somam 15,9% (n= 81) dos casos. Em relação as neoplasias e doenças do sangue, 79% (n=90) dos pacientes evoluíram para o óbito, esse resultado demonstra que muitos encaminhamentos foram para pacientes em fase final de vida, necessitando de cuidados paliativos. Nestes casos, a modalidade de atendimento é específica do PMC/SAD, pois demandam cuidados com grau de complexidade maior e visitas mais frequentes, ou mesmo a internação domiciliar.

Neste contexto, referindo-se aos cuidados paliativos, os profissionais que compõem a equipe devem prestar assistência de qualidade e dar apoio, suporte, carinho, dizer a verdade sem tirar a esperança, ajudar o paciente em seu luto, medo, preocupações, raiva e frustrações, o que requer conhecimento acerca dos cuidados paliativos. (BRASIL, 2015; OLIVEIRA, 2016). A abordagem precisa estar centrada no paciente e seus familiares, garantindo um olhar humanizado e holístico para entender as necessidades biopsicossocial e espiritual, ofertando uma melhora na qualidade de vida.

Há estimativas de que milhares de pessoas em todo o país necessitam de cuidados paliativos, focados na melhoria da qualidade de vida para aqueles que estão enfrentando doenças graves, crônicas ou em estágio avançado. Com o objetivo de oferecer uma experiência mais digna e confortável para pacientes, familiares e cuidadores, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Cuidados Paliativos dentro do SUS, através da Portaria GM/MS Nº

3.681, de 7 de maio de 2024, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) estabelece diretrizes que visam garantir assistência integral e humanizada. Entre seus princípios, destaca-se a valorização da vida, o respeito aos valores culturais e religiosos dos pacientes, e a oferta de cuidados em todo o ciclo de vida. A política também prevê a atuação de equipes multiprofissionais para assegurar o conforto, a dignidade e a autonomia dos pacientes e seus familiares, promovendo a comunicação sensível e empática e a observância das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).

Neste estudo 21,8% (n=111) dos acompanhamentos foram por diagnósticos de doenças cardiorrespiratórias, achados que são corroborados com outros estudos que apontam como causa significativa de morbimortalidade tanto entre os longevos (80 anos ou mais) e os idosos jovens (60-79 anos). Os sintomas cardiorrespiratórios podem limitar o nível de atividade, muitas vezes sendo confundidos com queixas comuns associadas ao envelhecimento (Forman et al. 2016). Destes casos 15,1% (n=17) obtiveram alta do programa após a reabilitação, isso destaca a importância do acompanhamento multiprofissional para estes pacientes.

A OMS em 11 de março de 2020, decretou emergência em saúde pública de interesse internacional por coronavírus¹, agente causal da Covid19. Esta doença apresenta um espectro diversificado de sintomas, variando de leves a graves. A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pode ser causada por diversos agentes etiológicos, entre eles, o novo coronavírus (SARS-CoV-2). Ressaltando que durante parte do período do estudo, acentua-se a relevância de considerar o contexto específico e as possíveis influências que eventos externos, como a pandemia do COVID-19, podem ter influência sobre os resultados e as condições de saúde dos participantes. Essa contextualização é fundamental para uma interpretação abrangente dos dados coletados.

No desfecho total 60,48% (n=308) dos pacientes receberam alta do programa, após o período de acompanhamento, com isso, percebemos que a maioria dos usuários foram reabilitados e receberam alta para a atenção básica, para continuidade dos cuidados. Os óbitos corresponderam a 36,33% (n=185) dos acompanhamentos, caracterizando-se na maioria dos pacientes em cuidados paliativos, em finitude de vida, visto que estes são encaminhados com frequência. Aproximadamente 2% (n=12) dos pacientes receberam alta administrativa, este evento ocorre quando o paciente e familiares não aceitam as orientações e tratamentos propostos, os resultados estão disponíveis conforme a tabela 5.

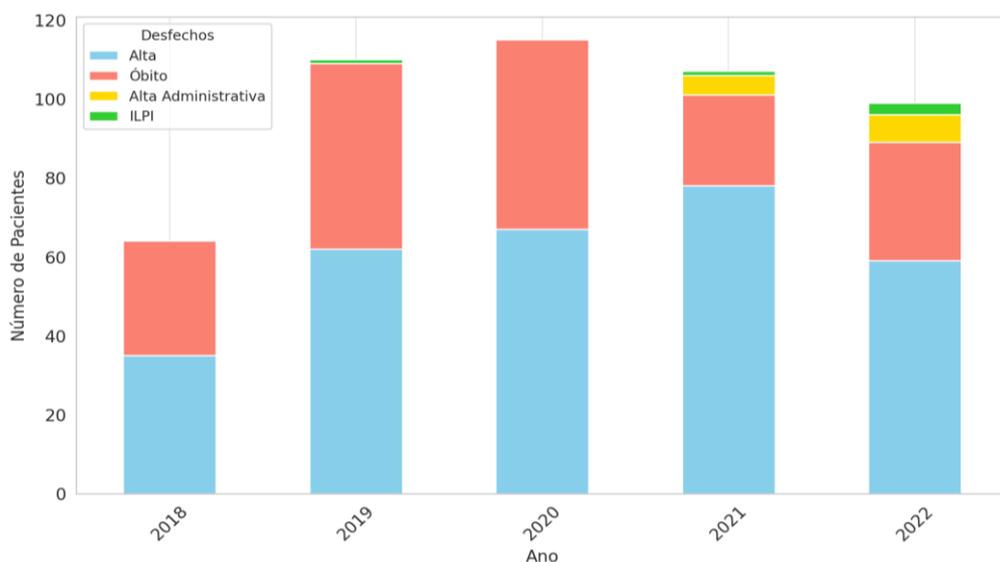
Tabela 5- Resultados quanto ao desfecho dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Desfecho	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
Alta	308	60,4%
Óbito	185	36,3%
Alta administrativa	12	2,0%
ILPI	4	0,1%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

No contexto da reabilitação, o profissional fisioterapeuta desenvolve um papel para além do trabalho motor e funcional, com o foco direcionado para atenção integral do indivíduo, relacionado ao conforto e bem-estar. Em outros estudos, como de Pereira e Gessinger (2014), também relatam a contribuição da fisioterapia para os usuários do programa, com algumas contribuições, como a melhora do posicionamento no leito, diminuição das dores musculares, funcionalidade motora, prevenção e questões ergonômicas.

A partir da figura 3, nota-se que independente do ano, o desfecho de alta foi mais prevalente do que o óbito. Esse fato pode estar relacionado a um período em que houve encaminhamentos mais frequentes para reabilitações pós-COVID-19.

Figura 3 – Prevalência do desfecho dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Fonte: Imperatori 2023

Em relação as altas para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), ocorreram por desejo familiar ou por ordem judicial. Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as ILPIs são entidades, governamentais ou não governamentais,

de natureza residencial. Seu propósito é proporcionar um ambiente coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, quer tenham ou não apoio familiar, assegurando condições de liberdade, dignidade e cidadania.

A alta administrativa, considerada por indisciplina, refere-se à situação em que ocorre a violação das normas estabelecidas no regimento do programa. Esta forma de alta é orientada à família e ao paciente, na primeira visita de admissão, neste momento, ainda, os familiares assinam o termo de consentimento livre e esclarecido.

Tabela 6- Desfechos quanto a alta ou óbito dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

CID Reagrupada		Alta	Óbito	Alta Administrativa	ILPI	Total
Doenças Infecciosas	N	18	4	1	0	23
	% do Total	3,50%	0,80%	0,20%	0,00%	4,50%
Neoplasias e Doenças do Sangue	N	24	90	0	0	114
	% do Total	4,7%	17,6%	0,0%	0,0%	22,4%
Doenças Metabólicas e Endócrinas	N	14	3	1	0	18
	% do Total	2,7%	0,6%	0,2%	0,0%	3,5%
Doenças Neurológicas e Mentais	N	49	29	2	1	81
	% do Total	9,6%	5,7%	0,4%	0,2%	15,9%
Doenças Sensoriais	N	1	0	0	0	1
	% do Total	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Doenças Cardiorrespiratórias	N	77	28	3	3	111
	% do Total	15,1%	5,5%	0,6%	0,6%	21,8%
Doenças Digestivas e da Pele	N	26	12	0	1	39
	% do Total	5,1%	2,4%	0,0%	0,2%	7,6%
Doenças Musculoesqueléticas	N	9	3	1	0	13
	% do Total	1,8%	0,6%	0,2%	0,0%	2,5%
Doenças do Sistema Reprodutivo	N	11	1	0	0	12
	% do Total	2,2%	0,2%	0,0%	0,0%	2,4%
Afecções Perinatais e Congênicas	N	7	2	1	0	10
	% do Total	1,4%	0,4%	0,2%	0,0%	2,0%
Outras Categorias e Fatores Externos	N	72	13	3	0	88
	% do Total	14,1%	2,5%	0,6%	0,0%	17,3%
Total	N	308	185	12	5	510
	% do Total	60,4%	36,3%	2,4%	1,0%	100,0%

Fonte: Imperatori (2023)

As complicações resultantes da imobilidade em pacientes hospitalizados por períodos prolongados podem acarretar efeitos adversos muitas vezes prejudiciais, sendo uma ocorrência comum dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). A imobilidade no leito pode levar o

paciente a disfunções severas em vários sistemas. A mobilidade precoce (MP), conforme Cameron et al., 2015, é definida como movimentação física suficiente para resultar melhoras funcionais e fisiológicas no paciente crítico. Neste estudo, conforme a tabela 7, 39,6% (n=202) dos usuários eram acamados, necessitando orientações e acompanhamento da fisioterapia para que fossem oferecidas atividades que proporcionassem a funcionalidade, para independência ou melhora na qualidade de vida.

Dessa forma, conforme afirmado por Aquim et al., 2019, é incumbência da equipe multidisciplinar analisar as indicações e contraindicações para a realização MP. No entanto, cabe ao profissional fisioterapeuta tomar decisões sobre o tipo de intervenção, a periodicidade, a intensidade, a continuidade ou a pausa na intervenção.

Tabela 7- Mobilidade dos(as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Mobilidade	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
Deambula	208	40,8%
Cadeirante	90	17,6%
Acamado	202	39,6%
Bebê	10	2,0%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

Em relação ao bairro de residência dos usuários (as), é importante conhecer a área, para definir a logística das visitas, pois a distância percorrida entre um bairro e outro demanda tempo, ou se naquela localidade possui cobertura de ESF. Dessa forma, integrar-se à realidade do paciente implica em compreender a população daquela área, o ambiente e as relações sociais da localidade. Essa abordagem possibilita oferecer assistência adequada à conjuntura do indivíduo em questão, como destacado por Pessoa et al., 2013. Conforme a Tabela 8, 11,50% (n=59) residiam no bairro Centro, seguido por 8,43% (n=43) residentes do bairro São Roque.

Tabela 8- Bairro de residência dos (as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Código do Bairro	Bairros	Usuários Atendidos (n=)	Porcentagem (%)
1	Aparecida	19	3,7%
2	Barracão	8	1,6%
3	Caic/Zatt	18	3,5%
4	Conceição/Tancredo	32	6,3%
5	Fenavinho	9	1,8%
6	Licorsul	15	2,9%
7	Municipal	21	4,1%

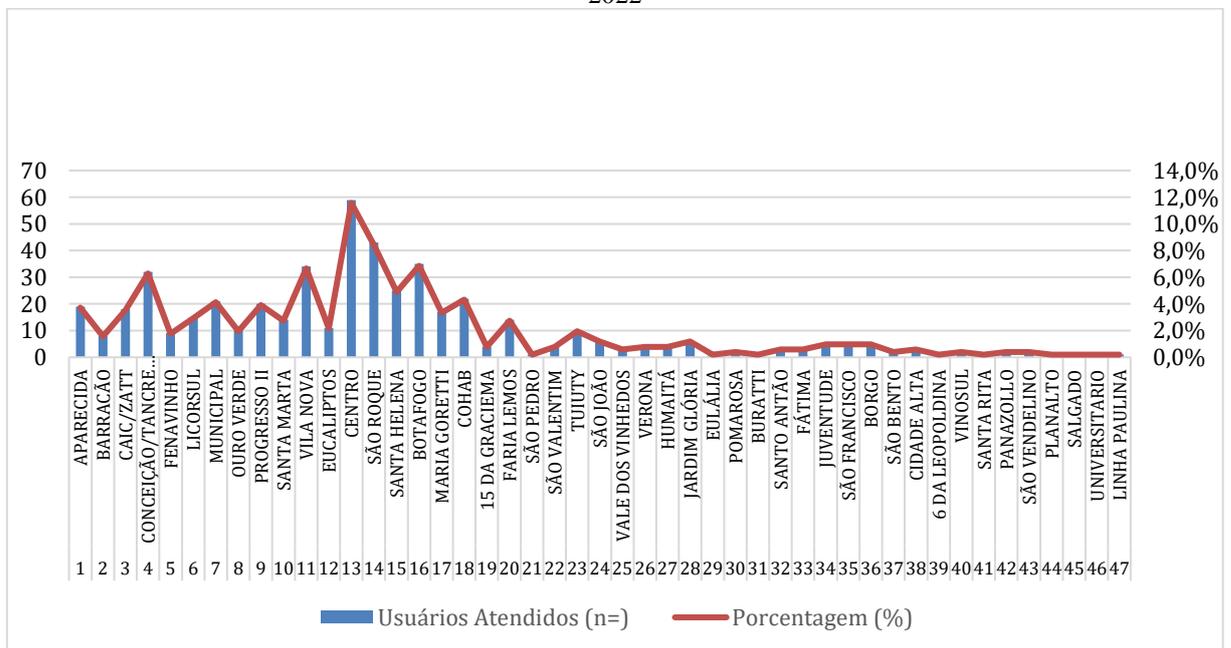
8	Ouro Verde	10	2,0%
9	Progresso	20	3,9%
10	Santa Marta	14	2,7%
11	Vila Nova	34	6,7%
12	Eucaliptos	11	2,2%
13	Centro	59	11,6%
14	São Roque	43	8,4%
15	Santa Helena	25	4,9%
16	Botafogo	35	6,9%
17	Maria Goretti	17	3,3%
18	Cohab	22	4,3%
19	15 da Graciema	4	0,8%
20	Faria Lemos	14	2,7%
21	São Pedro	1	0,2%
22	São Valentim	4	0,8%
23	Tuiuty	10	2,0%
24	São João	6	1,2%
25	Vale dos Vinhedos	3	0,6%
26	Verona	4	0,8%
27	Humaitá	4	0,8%
28	Jardim Glória	6	1,2%
29	Eulália	1	0,2%
30	Pomarosa	2	0,4%
31	Buratti	1	0,2%
32	Santo Antão	3	0,6%
33	Fátima	3	0,6%
34	Juventude	5	1,0%
35	São Francisco	5	1,0%
36	Borgo	5	1,0%
37	São Bento	2	0,4%
38	Cidade Alta	3	0,6%
39	6 da Leopoldina	1	0,2%
40	Vinosul	2	0,4%
41	Santa Rita	1	0,2%
42	Panazollo	2	0,4%
43	São Vendelino	2	0,4%
44	Planalto	1	0,2%
45	Salgado	1	0,2%
46	Universitário	1	0,2%
47	Linha Paulina	1	0,2%
Total		510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

Os bairros com a maior demanda de atendimento pelo PMC estão relacionados ao maior número de usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), especificamente nos bairros Centro e São Roque. Embora sejam bairros com uma população de classe média alta, muitos residentes não possuem planos de saúde, utilizando os serviços oferecidos pelo SUS. Essas UBS enfrentam dificuldades para realizar visitas domiciliares (VD) aos pacientes devido à grande demanda de solicitações e à falta de transporte, necessitando frequentemente encaminhar pacientes com perfil de acompanhamento de equipe de Atenção Básica (modalidade AD1) ao PMC.

Em Bento Gonçalves, no bairro Centro, diferente de outros municípios de mesmo porte, a presença de pessoas em situação de rua é menos frequente. Entre as ações realizadas pela assistência social, pessoas sem lar ou em situação de vulnerabilidade são convidadas a utilizar um espaço para dormir, alimentar-se e tomar banho na Casa de Passagem. Para aqueles que enfrentam problemas de dependência química ou de álcool, são oferecidos tratamentos no Centro de Assistência Psicossocial e na comunidade terapêutica.

Figura 4 – Prevalência do Bairro de residência dos (as) usuá(r)ios(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022



Fonte: Imperatori 2023

A nutrição e hidratação são elementos básicos para a manutenção da vida, e são considerados sinais de saúde em nossa sociedade. Quando há uma incapacidade de ingestão via oral, podem ser utilizados a administração de dietas por sondas, para atender as necessidades nutricionais, ou por ser a única alternativa naquele momento. Na tabela 9, destacam-se que

76,7% (n=391) dos usuários alimentavam-se por via oral e 23,13% (n=118) utilizavam como via alternativa a alimentação por sondas.

Tabela 9- Vias de alimentação dos (as) usuários(as) do PMC, Bento Gonçalves, RS, 2018 a 2022

Alimentação	Frequência (n=)	Porcentagem (%)
VO (Via oral)	391	76,7%
SNE (Sonda Nasoenteral)	72	14,1%
Gastrostomia (Sonda gastrica)	43	8,4%
Jejunostomia (Sonda no Jejuno)	3	0,6%
Não válido	1	0,2%
Total	510	100,0%

Fonte: Imperatori 2023

A terapia nutricional enteral é recomendada para pacientes que não recebem alimentação por via oral ou quando a ingestão oral é inferior a 60% das necessidades nutricionais estimadas por duas semanas. Esta nutrição pode ser administrada através de sondas, como a SNE, Gastrostomia ou jejunostomia (ARENDS et al, 2017).

6 PRODUTO TECNICO

No âmbito da elaboração de um produto técnico, procedeu-se a elaboração de uma página virtual como estratégia para auxiliar profissionais e a população a obter informações sobre o Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves (SAD/PMC), abrangendo seu funcionamento, acessibilidade, público-alvo, entre outros aspectos relevantes. As redes sociais proporcionam fácil acesso, além de possibilitar a divulgação, interação e oportunidades de conhecimento sobre o trabalho das equipes de saúde domiciliar, suas rotinas, ações desenvolvidas e resultados alcançados. Com base nisso, surgiu a ideia de criar uma página virtual específica para o SAD/PMC de Bento Gonçalves.

A principal finalidade dessa página é divulgar as atividades realizadas pelos profissionais que compõem a equipe de assistência domiciliar do SAD/PMC, incluindo orientações e explicações sobre os procedimentos relacionados aos cuidados diários aos pacientes no domicílio, o perfil dos pacientes elegíveis para acompanhamento e as formas de acesso ao SAD/PMC. Reconhecendo o uso das redes sociais como ferramentas de trabalho no campo da saúde, espera-se melhorar a interação entre a equipe, outros profissionais da rede, a gestão e, principalmente, a comunidade, acompanhando as ações realizadas e os cuidados fornecidos no domicílio de indivíduos com agravamento do estado de saúde, visando à reabilitação ou à prestação de cuidados paliativos.

Para a criação da página virtual proposta, foram realizadas pesquisas em plataformas de busca na web, como Google e Yahoo, utilizando as seguintes sintaxes de busca: "Melhor em Casa", "Assistência domiciliar", "SAD", "internação domiciliar". A apresentação dos dados seguiu as seguintes categorias: estado, município, plataforma, endereço da página, seções estruturadas com informações básicas e periodicidade de publicação.

A abordagem do acesso aos serviços de saúde por meio de canais de comunicação também foi abordada no estudo de Norman Ah e Tesser Cd (2015), evidenciando que o uso de novas tecnologias de informação e comunicação na área da saúde tem crescido nas últimas décadas, com o advento do uso de e-mails e das mídias sociais, que agilizam o fluxo de dados e informações, contribuindo para a produção do conhecimento em redes e ampliando os canais de comunicação para facilitar o acesso da população.

Com a transformação da tecnologia, o uso da internet intensificou-se nos últimos anos, o acesso a informações através de páginas virtuais expandiu mundialmente. A facilidade proporciona ao usuário a disseminação de uma infinidade de conteúdos, rompendo barreiras físicas e temporais, uma interação rápida que permite à população refletir e compartilhar informações. Uma ferramenta cada vez mais rápida e poderosa na divulgação de informações. (GROSSI; LOPES, 2014; LIMA et al., 2015).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, em 2021 foi de 94,9% o percentual de pessoas que acessaram a Internet para enviar ou receber mensagens de texto, voz ou imagens por aplicativos diferentes de e-mail (correio eletrônico), que era a finalidade mais frequente até 2019. (IBGE 2022). Assim, as redes sociais tornam-se um meio de comunicação, rápido e interativo, permitindo acessibilidade às informações, de diversos assuntos, proporcionando o conhecimento, reflexão e disseminação de informações à população.

Em relação a promoção da saúde, através de mídias sociais, a própria Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS dentre seus objetivos, estabelece estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis, estabelecendo estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis. (BRASIL 2021). Salientando a necessidade de realizar as divulgações com segurança e ética no compartilhamento de dados pessoais de saúde.

As redes sociais proporcionam acesso com facilidade, além da divulgação, interação e oportunidade de conhecimento sobre o trabalho das equipes de saúde no domicílio, suas rotinas, ações desenvolvidas e desfechos. Desta forma, surgiu a ideia da construção de uma página virtual do PMC de Bento Gonçalves. A principal finalidade é divulgar os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais que compõem a equipe do serviço de assistência domiciliar - SAD/PMC, tais como, orientações e explicações sobre procedimentos referentes aos cuidados diários aos pacientes no domicílio, o perfil do paciente elegível para acompanhamento, formas de acesso ao SAD/PMC. Reconhecendo a utilização de redes sociais no âmbito da saúde como ferramentas de trabalho, melhorando a interação entre a equipe e demais profissionais da rede, gestão e principalmente com a comunidade, acompanhando as ações realizadas e o cuidado proporcionado no domicílio de indivíduos acometidos por agravamento no seu estado de saúde, buscando a reabilitação ou ações paliativas.

Com a pesquisa, encontramos cerca de 43 cidades que possuem página digital, sendo que o Instagram se posiciona como plataforma de destaque. Observamos ainda que as postagens dessas cidades estão voltadas para a rotina de atendimentos, incluindo material audiovisual de pacientes, além de fotos e textos explicativos. Por meio de campanhas, reabilitação e educação contínua, essas cidades demonstram comprometimento com a conscientização geral e com a formação de equipes e profissionais para beneficiar os pacientes em acompanhamento.

Para a construção da página virtual, foram avaliadas diversas opções de meios de comunicação, visando garantir que a ferramenta escolhida apresentasse progressão e continuidade. Diante disso, optamos por criar uma página no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves e seguimos com a adequação conforme o quadro 8.

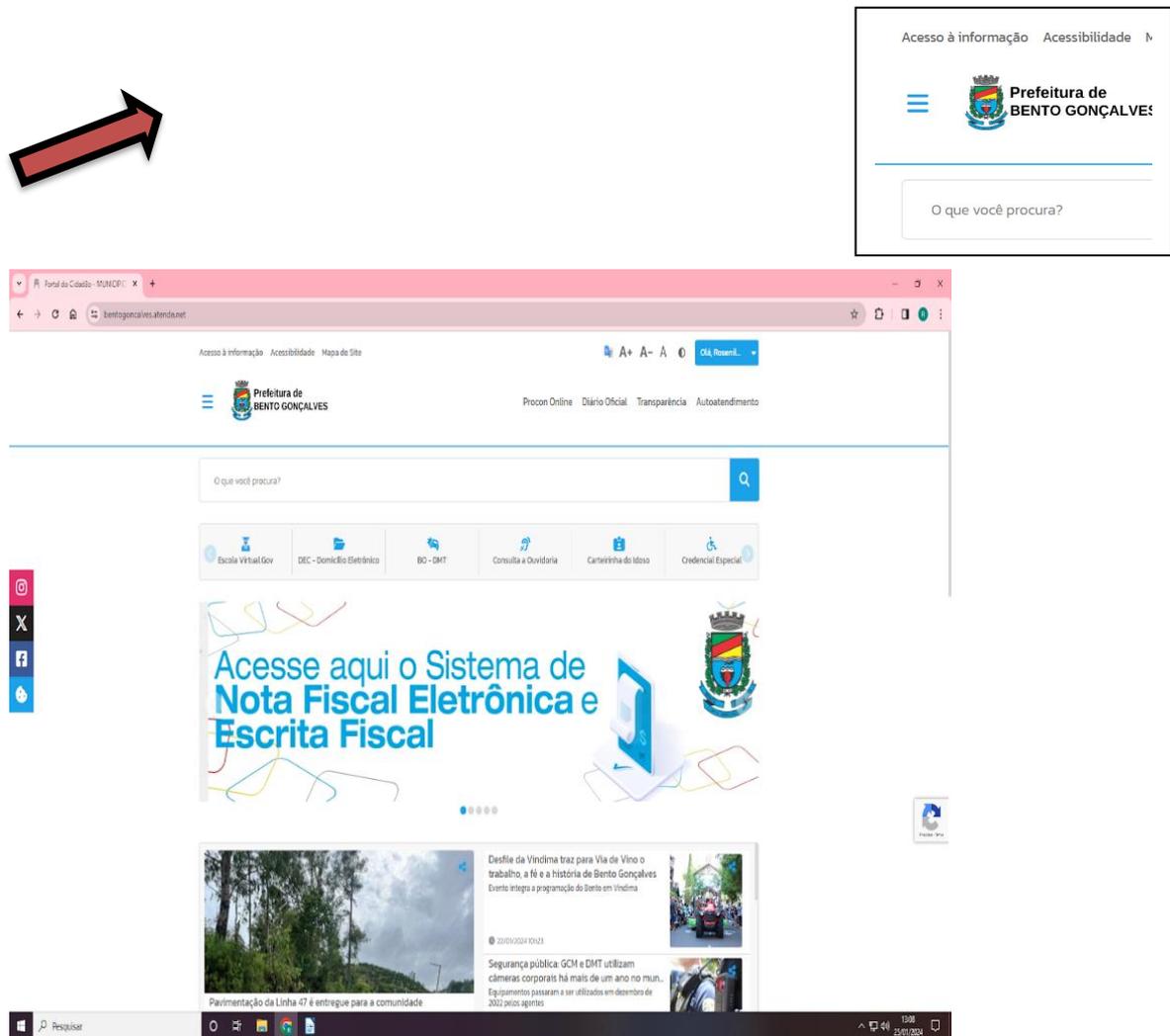
Quadro 8 – Etapas para a criação do Website do PMC de Bento Gonçalves do PMC de Bento Gonçalves RS.

PONTO CHAVE ANALISADO	PROPOSTA INICIAL	COMO OCORREU	ADEQUAÇÃO
O local ideal para que a população tenha acesso fácil e esclarecedor sobre o funcionamento do SAD/PMC.	Contato com a assessoria de comunicação social da prefeitura municipal de Bento Gonçalves, para verificar qual seriam os canais de comunicação de fácil acesso e ampla divulgação para a população.	Na pesquisa realizada em mídias sociais, foram encontradas as plataformas mais utilizadas, como o Facebook, Instagram e sites de prefeitura para divulgar informações sobre o PMC, compartilhar casos de sucesso, e promover eventos relacionados ao programa. Em Bento Gonçalves foi optado pela utilização da Website da prefeitura municipal.	No Website da prefeitura municipal, no endereço: https://bentogoncalves.atende.net/ , estará disponível uma página do PMC, com informações detalhadas sobre o programa, procedimentos de admissão, serviços oferecidos, critérios de elegibilidade e formas de contato, conforme a figura 6.

Fonte: Imperatori 2024

Através do endereço <https://bentogoncalves.atende.net/>, os cidadãos podem acessar o site da prefeitura. Ao clicar na área indicada pela seta vermelha, os usuários (as) serão direcionados para as opções disponíveis, conforme mostrado na Figura 7.

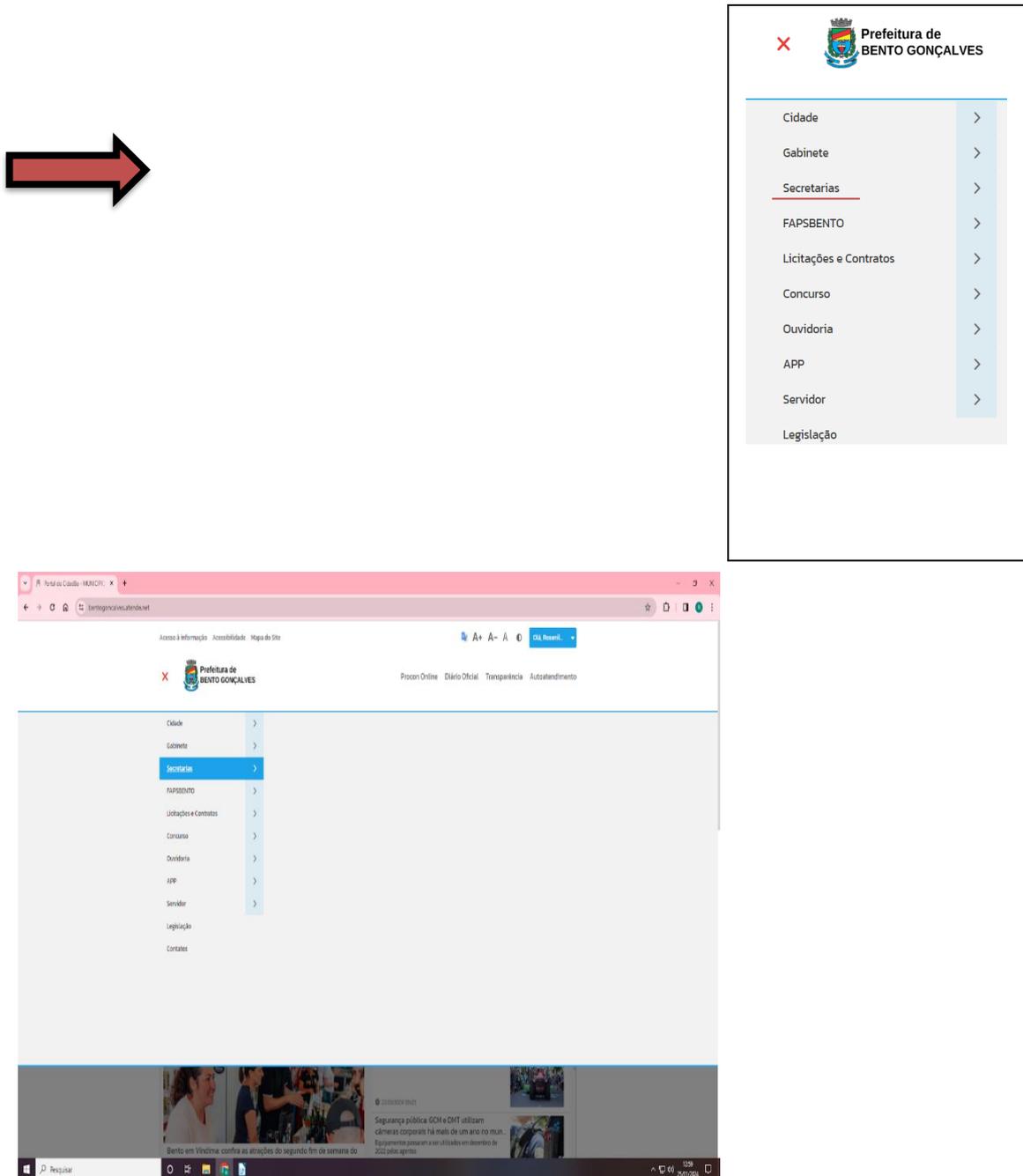
Figura 5 - Print da Página da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves (https://bentogoncalves.atende.net/)



Fonte: Imperatori 2024

Ao clicar na opção "Secretarias" conforme a figura 6, os usuários serão direcionados para uma lista de várias secretarias municipais. Isso é útil para os cidadãos encontrarem informações específicas sobre diferentes áreas de interesse, incluindo aquelas relacionadas ao Programa de Melhor em Casa (PMC) ou qualquer outra informação que possam precisar. Essa organização facilita a navegação e o acesso a recursos relevantes para os moradores da cidade.

Figura 6 - Print da Página da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, acesso a Secretarias

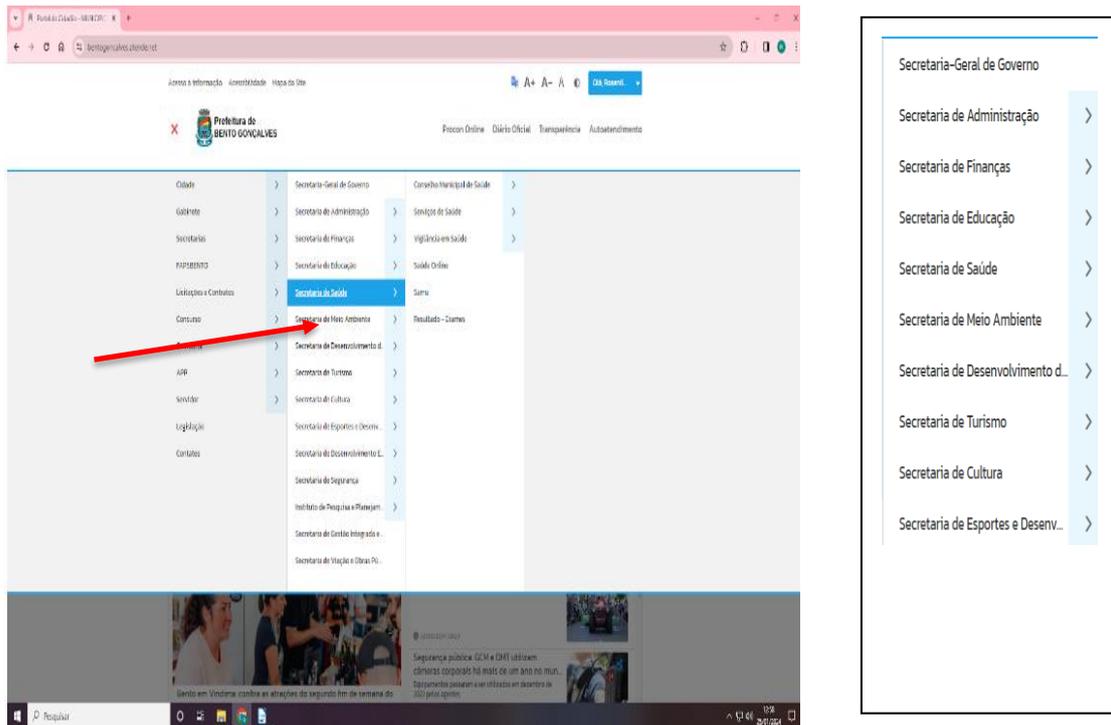


Fonte: Imperatori 2024

Ao selecionar a opção "Secretaria da Saúde" na lista de secretarias municipais, conforme a figura 7, os usuários terão acesso a diferentes setores que compõem a secretaria de saúde. Isso pode incluir departamentos, programas específicos, unidades de atendimento e

outras áreas relacionadas à saúde pública na cidade. Essa divisão facilita a busca por informações específicas dentro da secretaria, permitindo que os cidadãos encontrem os recursos ou serviços de saúde de que necessitam com mais facilidade.

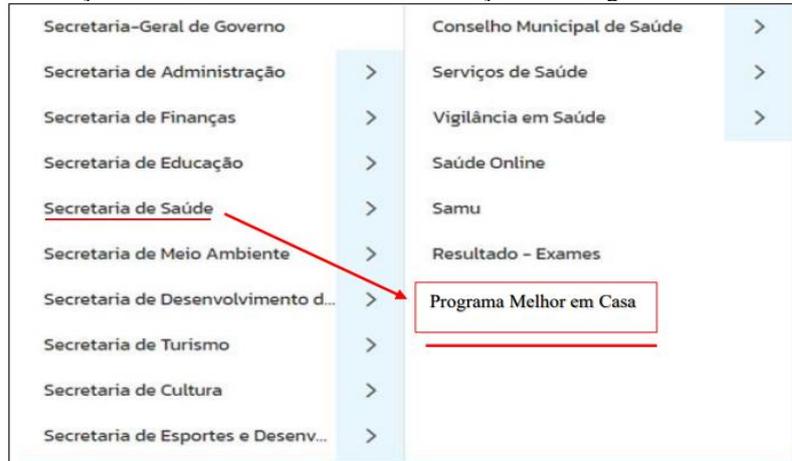
Figura 7 - Print da Página da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, acesso a Secretaria da Saúde



Fonte: Imperatori 2024

Na figura 8, está apresentado o esboço do local onde será inserida a página do Programa de Melhor em Casa, contendo informações relevantes sobre o programa. Esse espaço dentro do site da Secretaria da Saúde permitirá que os usuários acessem facilmente detalhes sobre os serviços oferecidos pelo PMC, como procedimentos, critérios de elegibilidade, contatos, entre outros. Essa página servirá como um recurso centralizado para divulgar informações importantes e promover a transparência sobre o funcionamento do programa para a população.

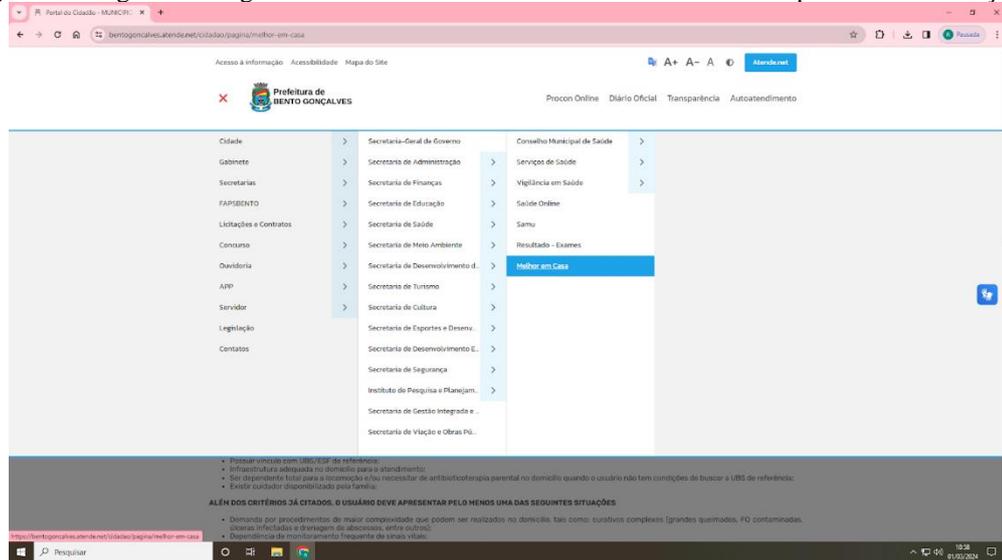
Figura 8 – Esboço de onde ficará o acesso as informações do Programa Melhor em Casa



Fonte: Imperatori 2024

Após reunião e discussão em equipe de quais dados seriam relevantes para a população, com possibilidades para a página no site da prefeitura, foi implantada em 02 de março de 2024, conforme mostra a figura 9,10 e11 a página do PMC.

Figura 9 – Página do Programa Melhor em Casa no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves



Fonte: Imperatori 2024

Figura 10 – Página do Programa Melhor em Casa no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves

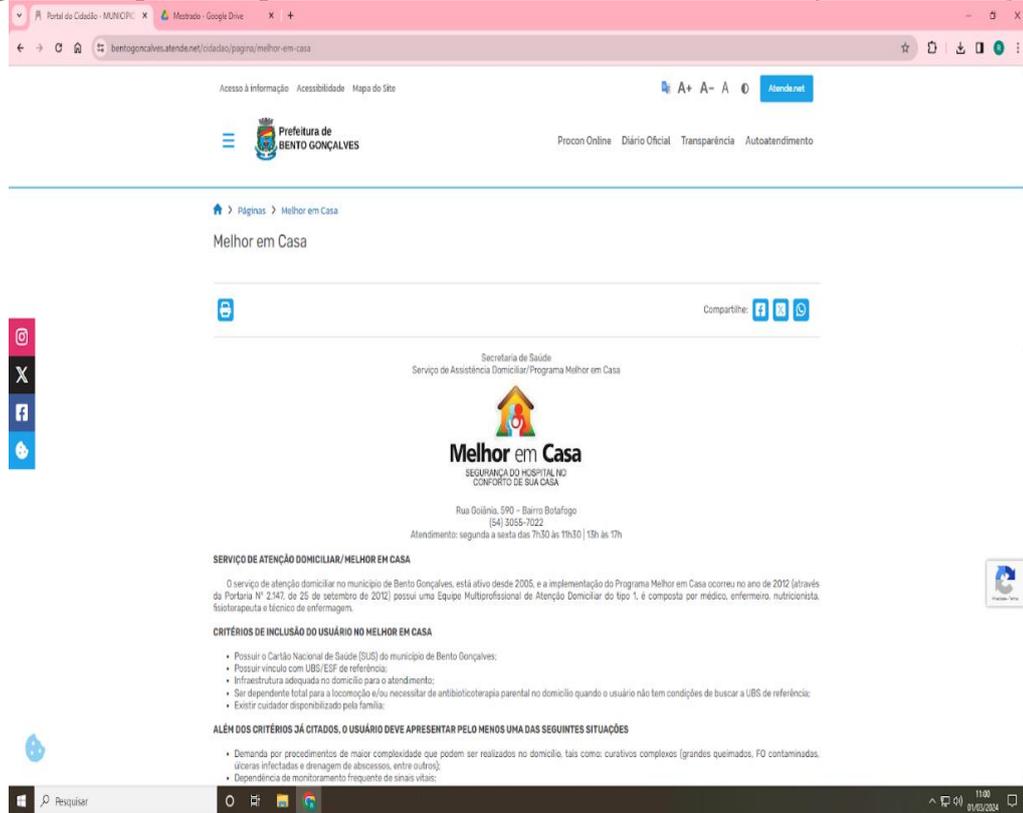
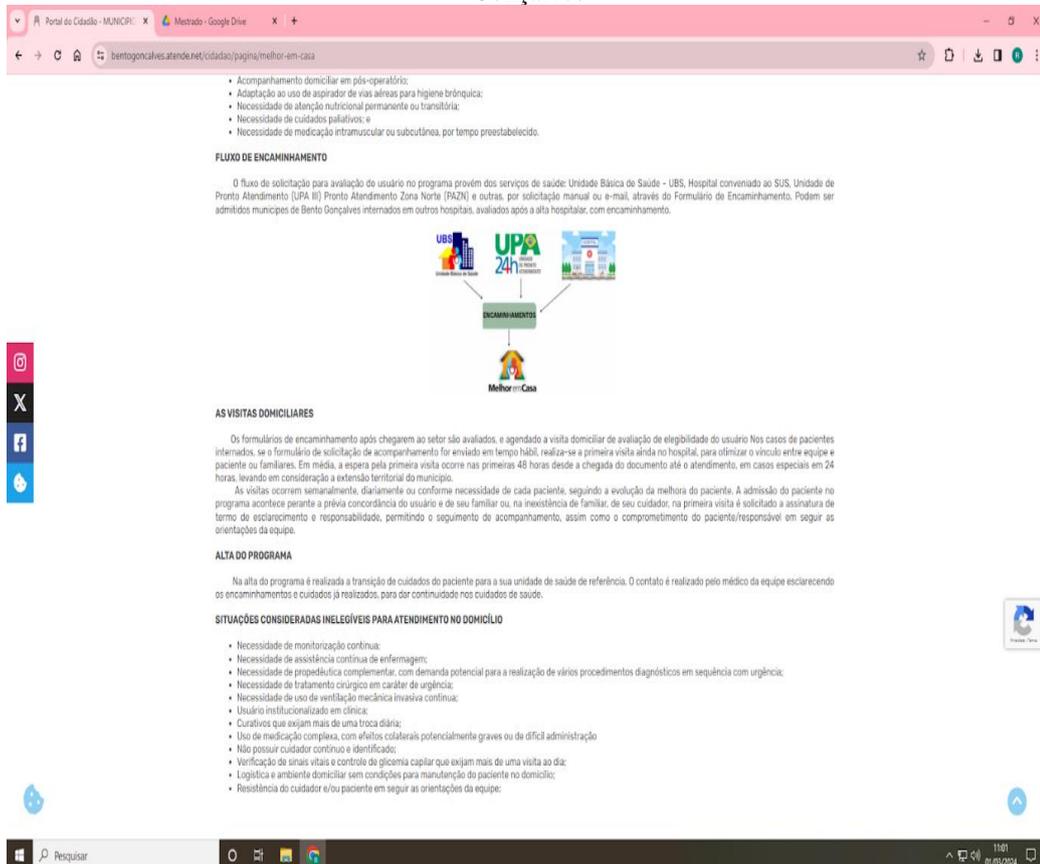


Figura 11 – Continuação da Página do Programa Melhor em Casa no site da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves



7 CONCLUSÃO

Durante a organização deste estudo, diversos fatores foram identificados como relevantes e motivadores, destacando o papel fundamental do Programa Melhor em Casa, incluindo a diversidade de atendimentos prestados, oferecendo uma ampla gama de serviços de saúde, abrangendo diferentes necessidades e condições dos pacientes. Isso demonstra a sua capacidade de adaptação e abordagem holística para atender às demandas variadas da população. Outro destaque é a atuação da equipe desempenhando um papel crucial no suporte às famílias e pacientes. Seja no processo de reabilitação, cuidados paliativos ou simplesmente acompanhamento, a presença e competência da equipe contribuem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e proporcionar segurança e conforto para suas famílias. Isso significa que não apenas aborda as necessidades de saúde física, mas também considera aspectos emocionais, sociais e psicológicos dos pacientes, garantindo uma abordagem completa e satisfatória para o bem-estar geral do usuário, promovendo a integralidade, eficácia e resolutividade das necessidades de saúde.

Conclui-se a importância e eficácia do Programa Melhor em Casa no contexto da saúde da população atendida, assim como, contribuem para fundamentar a relevância do programa e reforçar a necessidade de sua continuidade e aprimoramento. Desta forma, com a divulgação dos resultados encontrados, os gestores também conseguem identificar melhor a linha de cuidado deste programa, proporcionando a ampliação da equipe para continuidade do trabalho, seguindo o proposto pelas diretrizes do programa, almejando desfechos diferenciados para o paciente e seu círculo familiar.

A criação de uma página virtual com o objetivo de fornecer informações sobre o Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves foi uma iniciativa extremamente positiva e útil. Essa página pode desempenhar um papel crucial na divulgação e no acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo programa, permitindo que a população obtenha informações relevantes de forma rápida e conveniente. Além disso, uma plataforma online pode facilitar a comunicação entre os usuários e os profissionais de saúde, possibilitando agendamentos, esclarecimentos de dúvidas e até mesmo feedback sobre os serviços prestados. Em resumo, a criação dessa página virtual representa um passo importante na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo entre a comunidade e o serviço de atenção domiciliar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, AM *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xthfygXQ5vsvcplYmV3qfHn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 de setembro de 2022.

AQUIM, EE *et al.* Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 31, p. 434-443,2020

ARENDS J, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2017;36(1):11-48

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: MS, Vol. 1, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar – 2012. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa (24 Páginas). 1.Atenção Domiciliar, 2. Melhor em Casa, 3. Monitoramento e Avaliação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.: il

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa. Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/atencao-domiciliar/servico-de-atencao-domiciliar-melhor-em-casa>. Acesso em 20 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 21 de setembro de 2022.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas: 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos Recursos Federais para as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde. Brasília: disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br). Acesso em 10 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em 01 de julho de 2024.

BRASIL. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p.: il. – (Série Técnica Navegador SUS, n. 9)

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p.: il. – (Série Técnica Navegador SUS, n. 9) ISBN 978-85-334-2204-9 1. Atenção Domiciliar. 2. Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. 3. Promoção à Saúde. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. III. Série.

BRITO, MJM *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Anna Nery*, v. 17, n. 4, p. 603-10, 2013.

BRÜGGEMANN, OM.; PARPINELLI, MA. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. *Revista Escola Enfermagem USP*, n. 42, p. 563-568, mar. 2008.

CAMERON, S *et al.* Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *J Crit Care*. 30: 2015;664–672

CAMPOS, GWS *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Revista Interface -Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, SP, v 1, n. 18, pp. 983–995, 2014.

CARVALHO, LGP *et al.* A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *Revista Mundo Saúde*. São Paulo: vl. 36, n.3, pp.521-525, jul.-set. 2012

CASTRO, EAB *et al.* Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2018, v. 39 [Acessado 18 novembro 2022], e 2016-0002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>>. Epub 28 maio 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.

Forman DE *et al.* Improved cardiovascular disease outcomes in older adults. *F1000Research*. 2016; 5:112. [doi:10.12688/f1000research.7088.1]

GERHARDT, TE e SILVEIRA, DT (Org.). Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HEINS, M *et al.* Cuidados paliativos para pacientes com câncer: os pacientes recebem os cuidados que consideram importantes? Um estudo de levantamento. *BMC Palliat Care* 17, 61 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0315-3>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Características da População e dos Domicílios, censo Demográfico, 2010. “Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=resultados>”.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados preliminares, censo Demográfico, 2022. “Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bento-goncalves/panorama>

LIMA MADS *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20180119. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>.

LIMA-COSTA, MF *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev. Saúde Pública*, v. 51, n. supl. 1, p. 1-9, 2017.

MINAYO, MCS. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, MCS. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21a Ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

NEVES ET, SILVEIRA A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm UFPE On Line [Internet]*. 2013 May;7(5):1458-62. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-34025>

NISHIMURA F, CARRARA, AF e FREITAS CE. Effect of the Melhor em Casa program on hospital costs. *Revista de Saúde Pública [online]*. 2019, v. 53 [Accessed 18 November 2022], 104. Available from: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000859>>. Epub 02 Dec 2019. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000859>.

NORMAN AH, TESSER CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde soc* 2015; 24(1):165-179

NOTA TÉCNICA Nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS

OLIVEIRA, CC. Para compreender o sofrimento humano. *Rev. Bioét. Brasília*, v. 24, n. 2, p. 225-234, 2016.

Ribeiro KAA, Cristiane M, Figueira S, Silva LMJ. Visita Domiciliária: percepções no espaço da prática. *Rev. Bras. Ed. Saúde. [online]*. 2016[citado 2017 jan 18];6(1):01-04. Disponível em: Disponível em: <http://oaji.net/articles/2016/2628-1461621080.pdf> . [Links]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *The solid facts: home care in Europe*. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Les principales causes de décès dans le monde, 2008. Aide-Mémoire, [S.l.], n. 310, jun. 2011.

Pan American Health Organization. Plan of Action on the Health of Older Persons, including active and healthy aging: final report. 57th Directing Council of PAHO, 71st Session of the Regional Committee of who for the americas; 2019 Sep 30–Oct 4; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2019. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49691-cd57-inf-9-e-poa-older-persons&category_slug=cd57-en&Itemid=270&lang=en

PESSOA VM, RIGOTTO RM, CARNEIRO FF e TEIXEIRA, ACDA. (2013). Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2253-2262.

RAJÃO FL, MARTINS M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saúde Colet*. 2020;25(5):1863-77. http DOI: // 10.1590/1413-81232020255.34692019. Disponível em: acesso em 01 de abril de 2023.

REHEM, t. c. M. s. b. assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. trad lab. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005. suplemento.

Ribeiro KAA, Cristiane M, Figueira S, Silva LMJ. Visita Domiciliária: percepções no espaço da prática. *Rev. Bras. Ed. Saúde*. 2016. REBES - ISSN 2358-2391 Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295854189_Visita_Domiciliaria_percepcoes_no_es_paco_da_pratica Home visit perceptions in the practice environment. Acesso em 01/07/2024.

RICHARDSON, R. J. et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: 3ªed. Atlas, 1999.

SAVASSI, L. C. M. CUNHA, C. L. F. Atenção Domiciliária como estratégia do cuidado na Atenção Primária à Saúde. In: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. de (org.). Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária à saúde. Curitiba: Ed. CRV Ltda., 2017. p. 287-310. v. 1.

Savassi LCM, Melo CGL, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Fregonezi RLH. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-13

SILVA JÚNIOR FJG, MONTEIRO CFS. Uso de álcool, outras drogas e sofrimento mental no universo feminino. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1): e 20180268. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0268>

SILVA KL *et al*. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar. *Cogitare Enferm.*, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017.

SILVA NRG *et al*. Satisfaction of caregivers and older adults who use the Better at Home Program. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 56 [Accessed 18 November 2022], 34.

Available from: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003759>>. Epub 06 May 2022. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003759>.

SILVA LK, SENA RR, SILVA PM, SOUZA CG, MARTINS ACS. The nurse's role in home care: its implications for the training process. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 26];13(3):503-10. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19227/pdf_334

SOARES FILHO AM. Homicide victimization according to racial characteristics in Brazil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):745-755.

VASCONCELOS GB, PEREIRA PM. *Rev. Adm. Saúde* - Vol. 18, Nº 70, jan. – mar. 2018 <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.85>. disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/85/110>. acesso em 06 de abril de 2023.

ANEXOS

ANEXO I

Formulário de Encaminhamento ao Programa Melhor em Casa de Bento Gonçalves



Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO AO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Data da solicitação/ encaminhamento: ____/____/____	Data/Horário/Carimbo e Assinatura (recebimento) ____/____/____ (____ h) Ass: _____
Serviço Solicitante: () Hospital () UPA () UBS/ESF () Busca ativa () Demanda espontânea	Profissional responsável pelo encaminhamento (assinatura e carimbo):
Nome completo do paciente:	
Sexo: () M () F	Cartão SUS:
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:
Endereço:	
Bairro:	Telefone:
Ponto de referência:	
Nome do cuidador:	Parentesco:
UBS/ESF de referência:	

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO PACIENTE NO MELHOR EM CASA

<ul style="list-style-type: none"> • Possuir o Cartão Nacional de Saúde (SUS) do município de Bento Gonçalves; • Possuir vínculo com UBS/ESF de referência; • Infraestrutura adequada no domicílio para o atendimento; • Ser dependente total para a locomoção e/ou necessitar de antibioticoterapia parental no domicílio quando o usuário não tem condições de buscar a UBS de referência; • Existir cuidador disponibilizado pela família; • Em caso de encaminhamento de Hospital ou UPA: deve ser encaminhado ao e-mail sad.saude@bentogoncalves.rs.gov.br pelo médico assistente por meio deste formulário + Transição de Cuidados, pelo menos 3 dias úteis antes da alta hospitalar. • Em caso de encaminhamento pela UBS/ESF de referência: a equipe responsável deve encaminhar por malote ou ao e-mail sad.saude@bentogoncalves.rs.gov.br pelo médico assistente por meio deste formulário + Referência com a Transição de Cuidados. Deve realizar visita domiciliar antes do encaminhamento do formulário e este deve conter: descrição das condições de habitação e acesso, situação familiar (cuidador), condições de saúde e necessidades de cuidados no domicílio; • É importante salientar que a entrega do formulário para a inclusão deve ser feita de segunda-feira a quinta-feira das 08:00 as 17:00. <p>Além dos critérios já citados, o paciente deve apresentar pelo menos uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Demanda por procedimentos de maior complexidade que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos (grandes queimados, FO contaminadas, úlceras infectadas e drenagem de abscessos, entre outros); () Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; () Necessidade frequente de exames laboratoriais de menor complexidade; () Adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; () Adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

- () Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
 () Adaptação ao uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
 () Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
 () Necessidade de cuidados paliativos; e
 () Necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo preestabelecido.

* Situações não previstas nesta proposta serão analisadas pela equipe do serviço e coordenações envolvidas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO MELHOR EM CASA

- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos em sequência com urgência;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua;
- Usuário institucionalizado em clínica;
- Curativos que exijam mais de uma troca diária;
- Uso de medicação complexa, com efeitos colaterais potencialmente graves ou de difícil administração;
- Não possuir cuidador contínuo e identificado;
- Verificação de sinais vitais e controle de glicemia capilar que exijam mais de uma visita ao dia;
- Logística e ambiente domiciliar sem condições para manutenção do paciente no domicílio;
- Resistência do cuidador e/ou paciente em seguir as orientações da equipe;

Em anexo deve ser encaminhada nota de alta hospitalar ou UPA ou Referência das ESF/UBS da transição de cuidados. Nesta transição de cuidados, deve haver:

1. Diagnóstico principal e secundários (se houver)
2. Achados relevantes do exame físico
3. Resultados de exames e procedimentos
4. Tratamentos realizados
5. Medicamentos da alta hospitalar e motivos de mudanças de medicações usadas anteriormente
6. Informações fornecidas ao paciente/familiar
7. Necessidade de seguimento especializado
8. Plano de cuidados proposto

PARECER DO MELHOR EM CASA

- () Paciente incluído no Melhor em Casa
 () Paciente não incluído no Melhor em Casa

Observação:

Carimbo e assinatura do profissional responsável

Data/Hora Admissão:

Referência das ESF/UBS na transição de cuidados:

Nome do Paciente:

Diagnóstico principal e secundários (se houver):

Achados relevantes do exame físico:

Resultados de exames e procedimentos:

Tratamentos realizados:

Medicamentos da alta hospitalar e motivos de mudanças de medicações usadas anteriormente:

Informações fornecidas ao paciente/familiar:

Necessidade de seguimento especializado:

Plano de cuidados proposto:

Se houver exames de imagem como TC ou RNM, se possível, anexar cópias.

Carimbo e assinatura do profissional responsável

Data:

APÊNDICE A

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E DE POSSIBILIDADES DE ACESSO

Pesquisador: MAURICIO POLIDORO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66895623.1.0000.8024

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO RIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.981.288

Apresentação do Projeto:

O propósito deste trabalho é avaliar o perfil dos pacientes atendidos nos últimos 3 anos no Programa Melhor em Casa de Bento Gonçalves RS, e a criação de uma ferramenta de comunicação digital. O presente trabalho, justifica-se pela necessidade da rede de Atenção à Saúde conhecer a população atendida além de compreender o perfil dos pacientes elegíveis para o acompanhamento pela equipe multidisciplinar que atua no programa. Para atingir os objetivos propostos, serão analisados dados de: origem do encaminhamento dos pacientes, idade, gênero, comorbidade, tipo de acompanhamento, desfechos (óbito, alta), tempo de permanência e bairro de residência. Serão incluídos dados dos pacientes admitidos nos anos de 2020, 2021, 2022. Os dados serão fornecidos pela coordenação do serviço, que gerencia a entrada e saída destes pacientes do programa, se necessário complementar dados, os mesmos serão extraídos através de prontuários on-line, do sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-Mus), após os dados serão tabulados em planilhas de Excel. A coleta de dados será realizada de setembro a dezembro de 2022 para os anos de 2020 e 2021 e em janeiro de 2023 para o ano de 2022. A pesquisa é descritiva (documental), quantitativa e qualitativa, a análise dos dados será organizada em fases, e após a articulação entre os dados e o referencial teórico. No segundo momento, será abordado a construção da ferramenta de comunicação digital, uma estratégia que visa auxiliar os profissionais e a população a terem acesso às informações do programa, ou seja, seu funcionamento,

Endereço: Rua General Osório, 348 - 3º andar- sala 303
Bairro: CENTRO **CEP:** 95.700-086
UF: RS **Município:** BENTO GONCALVES
Telefone: (54)3449-3340 **E-mail:** cepesquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 5.981.288

acessibilidade, público-alvo e possíveis desfechos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o Serviço de Atenção Domiciliar/ Programa Melhor em Casa do município de Bento Gonçalves RS e implementar uma ferramenta de comunicação em saúde.

Objetivo Secundário:

- 1) Descrever o perfil de usuários(as) do Programa Melhor em Casa entre os anos de 2020 e 2022;
- 2) Avaliar os fluxos e etapas de encaminhamento para o Programa Melhor em Casa;
- 3) Implementar e avaliar a eficácia de uma página de internet do Programa Melhor em Casa para a rede de saúde do município de Bento Gonçalves/RS;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe um risco mínimo de exposição dos nomes dos usuários na manipulação das informações. Esse risco será minimizado uma vez que a modelagem do banco será realizada por profissionais de saúde do PMC.

Benefícios:

- 1) Otimização do PMC no município de Bento Gonçalves;
- 2) Publicização do programa para os serviços de saúde;
- 3) Aumento de usuários do serviço PMC. Solicita-se incluir a previsão de encaminhamento caso os riscos se concretizem em conformidade com os Art. 3, 15 e 18 da Resolução 510 de 2016 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1) O estudo é nacional;
- 2) Tipo de fomento: Financiamento próprio;
- 3) Tamanho da amostra: 600 participantes (prontuários);
- 4) Previsão de início e término do estudo: 03/04/2023 a 28/04/2023

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com as normativas éticas.

Recomendações:

Incluir na metodologia a descrição de como será realizada a devolutiva dos resultados da pesquisa

Endereço: Rua General Osório, 348 - 3º andar- sala 303
Bairro: CENTRO CEP: 95.700-086
UF: RS Município: BENTO GONCALVES
Telefone: (54)3449-3340 E-mail: oepesquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 5.961.288

aos participantes e à instituição envolvida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente n. 5.924.809 emitido pelo CEP em 03/03/2023.

Resposta: Pesquisador responsável: Prof. Dr. Maurício Polidoro CAAE:

Ao cumprimentá-los(as), informamos que as pendências e inadequações apontadas foram adequadas, assim, encaminhamos as respostas aos ajustes solicitados por este CEP. As pendências foram listadas abaixo e estão acompanhadas das correspondentes respostas.

Lista de pendências e respostas:

Pendência 1: 1) Tanto na brochura quanto nas Informações básicas do projeto consta que a coleta de dados ocorrerá a partir de janeiro de 2023. Adequar informação para que tal etapa do projeto inicie após aprovação pelo CEP;

Resposta: Texto adequado na Brochura e no sistema indicando que a coleta ocorrerá após aprovação do CEP.

Pendência 2: Esclarecer na metodologia quais dados (sócio-econômicos, clínicos?) dos usuários serão acessados nos prontuários e como serão disponibilizados ao pesquisador pelo gestor.

Resposta: Na página 10 da Brochura um quadro apresenta as variáveis e o período das informações utilizadas no projeto. Conforme descrito no quadro, são dados demográficos e das condições de saúde dos(as) usuários(as) do Programa Melhor em Casa. A seguinte frase foi adicionada na Brochura para atender a demanda: "O uso dos dados foi aprovado pela gestão do município conforme o documento anexado no processo. Como a alimentação do banco faz parte da rotina da pesquisadora, a mesma procederá com a anonimização do banco e o tratamento e análise das informações"

Atenciosamente,

Endereço: Rua General Osório, 348 - 3º andar- sala 303
Bairro: CENTRO CEP: 95.700-086
UF: RS Município: BENTO GONCALVES
Telefone: (54)3449-3340 E-mail: oepesquisa@ifrs.edu.br

**INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL**



Continuação do Parecer: 5.981.288

ANÁLISE: Atendida

Considerações Finais a critério do CEP:

Não foram observados óbices éticos.

O projeto está aprovado e, após a finalização da última etapa, conforme cronograma cadastrado na Plataforma Brasil, o pesquisador possui o prazo de 60 dias para envio do relatório final via Plataforma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2077848.pdf	03/03/2023 17:19:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	03/03/2023 17:18:57	MAURICIO POLIDORO	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_CEP_03032023.pdf	03/03/2023 17:18:16	MAURICIO POLIDORO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	30/01/2023 10:25:45	MAURICIO POLIDORO	Aceito
Outros	AutorizacaoUsodosDados.pdf	24/01/2023 15:42:13	MAURICIO POLIDORO	Aceito
Declaração de concordância	Carta_Anuencia.pdf	24/01/2023 15:31:48	MAURICIO POLIDORO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	24/01/2023 15:22:00	MAURICIO POLIDORO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Osório, 348 - 3º andar- sala 303
 Bairro: CENTRO CEP: 95.700-086
 UF: RS Município: BENTO GONCALVES
 Telefone: (54)3449-3340 E-mail: cepsquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL



Continuação do Parecer: 5.981.288

BENTO GONCALVES, 03 de Abril de 2023

Assinado por:
CINTIA MUSSI ALVIM STOCCHERO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Osório, 348 - 3º andar- sala 303
Bairro: CENTRO CEP: 95.700-086
UF: RS Município: BENTO GONCALVES
Telefone: (54)3449-3340 E-mail: cepesquisa@ifrs.edu.br

APENDICE B



PROFSAÚDE
ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Eu, Rosenilda Corrêa Imperatori, mestranda do curso Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) liderada pela FIOCRUZ, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **"PERFIL DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA DO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES E POSSIBILIDADES DE ACESSO"**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados do Programa Melhor em Casa, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos (arquivos/prontuários/banco), bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem a origem do encaminhamento dos pacientes, idade, gênero, comorbidade, tipo de acompanhamento, desfechos (óbito, alta), tempo de permanência e bairro de residência, dos pacientes admitidos no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2022. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Bento Gonçalves, 15 de dezembro de 2022.

Rosenilda C. Imperatori

Pesquisador – Rosenilda Corrêa Imperatori

Tatiane L. Misturini Fiori

Secretária da Saúde de Bento Gonçalves

Tatiane Misturini Fiori