



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

Carmem Rita Sampaio De Sousa Neri

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
DOMICILIAR NOS HOSPITAIS ESTADUAIS LOCALIZADOS EM FORTALEZA-
CEARÁ**

FORTALEZA

2020

CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
DOMICILIAR NOS HOSPITAIS ESTADUAIS LOCALIZADOS EM FORTALEZA-
CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Mestrado acadêmico de Saúde Pública do Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre. Área de concentração: : Políticas, Gestão, Avaliação e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Maria Vaudelice Mota

Co-orientadora: Profa. Maria Socorro de Sousa

**FORTALEZA
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N364 Neri, Carmem Rita Sampaio de Sousa.
AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR
NOS HOSPITAIS ESTADUAIS LOCALIZADOS EM FORTALEZA-CEARÁ / Carmem Rita
Sampaio de Sousa Neri. – 2020.
120 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós- Graduação em Farmacologia, Fortaleza, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice

Mota . Coorientação: Prof. Dr. Maria

Socorro de Sousa .

1. Assistência Domiciliar . 2. Avaliação de políticas . 3. Home care. I. Título.

CDD 615.1

Carmem Rita Sampaio De Sousa Neri

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO
DOMICILIAR NOS HOSPITAIS ESTADUAIS LOCALIZADOS EM FORTALEZA-
CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Mestrado acadêmico de Saúde Pública do Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre. Área de concentração: : Políticas, Gestão, Avaliação e Educação em Saúde

Orientadora: Profa. Dr^a Maria Vaudelice Mota

Co-orientadora: Profa. Dr^a Maria Socorro de Sousa

Aprovada em: ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr^a. Maria Socorro de Sousa (Co-Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Marcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

A Deus, por ter me sustentado até aqui.

Ao meu esposo Titico e as minhas filhas: Ana Livia, Lorena e Lais, pela compreensão e por ser meus maiores incentivadores e motivadores

Aos meus pais , Edisio e Fátima , pelo amor incondicional e apoio incontestável

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus , e a Nossa Senhora de Fátima, por ter me sustentado, por ter me consolado nos dias de desespero, por ter me conduzido em dias escuros e sombrios, e por ter me fortalecido na fé, e é essa fé que nos motiva e nos eleva para a glória.

Ao meu esposo, Titico, por ser meu porto seguro, por sua compreensão, pelo seu cuidado, e por todo amor a mim dispensado.

As minhas filhas, Ana Livia, Lorena, Laís, por serem minhas maiores motivadoras e para quem eu quero ser o melhor exemplo.

Aos meus pais, Edisio e Fátima, por acreditarem em mim e me apoiarem em todas as minhas decisões, mesmo que não concordem muito. Agradecer por exercerem com excelência o papel de avós e cuidarem tão bem das minhas filhas nas minhas ausências.

A todos os membros da Família Sampaio , minha família , pelas palavras de apoio , pela motivação, e por acreditarem em mim.

A minha amiga, Natália Viviane, por ter sido a minha mentora , minha principal motivadora , e plantou em meu coração a possibilidade da realização desse sonho, após ter sido mãe.

As professoras, Vaudelice e Socorro, orientadora e coorientadora respectivamente, pela colaboração em meu crescimento profissional, e por todos os ensinamentos

Aos professores convidados que participaram das bancas de qualificação e defesa, Prof^a Marcia Machado e Prof. Odorico e Prof. José Maria por contribuírem com a pesquisa e me suscitarem novos aprendizados.

Aos professores do Mestrado de Saúde Pública da UFC, por todos os ensinamentos e contribuição na construção dos novos conhecimentos adquiridos. Agradecer também os funcionários, Dominik e Hemison, pelas ajudas administrativas no decorrer do mestrado.

Aos colegas de mestrado e doutorado, pelas trocas de conhecimento, de auxílio e de experiências na vida acadêmica e na vida pessoal. Amigos, nós venceremos!

Aos participantes dessa pesquisa, Gestores e Profissionais, por terem aceito o convite da participação dessa pesquisa, pelo acolhimento e pela possibilidade de troca de experiência e vivência nos serviços de atenção domiciliar.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos, vizinhos e colegas de trabalho, que não nomearei pela possibilidade de esquecer alguém que sempre acreditaram na realização desse sonho, e pelas palavras de fortalecimento que muitas vezes me fizeram seguir em frente.

“Para tudo há um tempo, para cada coisa há um momento debaixo dos céus:

Tempo para nascer, tempo para morrer;

Tempo para plantar , tempo para arrancar o que foi plantado;

Tempo para matar e tempo para sarar;

Tempo para demolir e tempo para construir;

Tempo para chorar e tempo para rir;

Tempo para gemer e tempo para dançar;

Tempo para atirar pedras e tempo para ajuntá-las;

Tempo para dar abraços e tempo para apartar-se;

Tempo para procurar e tempo para perder;

Tempo para guardar e tempo para jogar fora;

Tempo para rasgar e tempo para costurar;

Tempo para calar e tempo para falar

Tempo para amar e tempo para odiar;

Tempo para paz e tempo para guerra”

(ECLESIASTES 3, 1-8)

RESUMO

Em tempos de crises econômicas, políticas e sociais que a população brasileira vem vivenciando, percebe-se a importância dos serviços de saúde pública encontrar subsídios para a melhoria da assistência ao paciente crônico. Diante disso, a Atenção Domiciliar (AD) vem ganhando destaque como alternativa para a continuidade da assistência, tendo diversos benefícios e necessidade de gestão e acompanhamento, para garantir o objetivo a que essa se propõe na qualidade de vida do usuário. O objeto dessa pesquisa parte do desconhecimento da implementação da atenção domiciliar na rede de atenção à saúde em caráter substitutivo a internação hospitalar, sendo o objetivo principal será avaliar a resposta a essa pergunta. É um estudo qualitativo, que tangencia o campo da avaliação de políticas públicas, tendo pressuposto teórico-metodológico a análise narrativa para construção dos resultados. Foram realizados 17 entrevistas semiestruturada com gestores e profissionais de saúde dos Programas de Atenção Domiciliar vinculados aos hospitais terciários da rede estadual do Estado do Ceará situados em Fortaleza, além da observação sistemática das práticas e busca e análise de documentos de gestão entre os meses de abril a outubro de 2019. Os principais resultados obtidos nessa pesquisa compreende o detalhamento do processo de implantação dos Programas de Atenção Domiciliar, a definição do processo de admissão dos usuários e os critérios de elegibilidade, além do desligamento, a realização dos cuidados paliativos e a percepção da judicialização da saúde. Foram elucidados ainda pela narrativa dos participantes da pesquisa questões sobre a operacionalização dos Serviços de Atenção Domiciliar, a rede de atenção à saúde em que a AD está inserida e os fatores facilitadores e dificultadores na implementação da AD. Essa investigação nos mostrou de forma complexa o que é a Atenção Domiciliar e como está sendo a sua implementação dentro do cenário de saúde atual do nosso Estado. Aprendemos que a concepção e as práticas da AD estão entrelaçadas, mas no entanto, busca a aprimoração e adequação baseada nas necessidades da população e dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar. Assistência domiciliar. Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

In times of economic, political and social crises that the Brazilian population has been experiencing, one realizes the importance of public health services to find subsidies to improve care for chronic patients. Therefore, Home Care (HC) has been gaining prominence as an alternative for the continuity of assistance, with several benefits and the need for management and monitoring, to guarantee the objective that it proposes in the user's quality of life. The object of this research starts from the lack of knowledge about the implementation of home care in the health care network as a substitute for hospitalization, the main objective being to evaluate the answer to this question. It is a qualitative study, which touches the field of public policy evaluation, having a theoretical-methodological assumption in the narrative analysis for the construction of results. 17 semi-structured interviews were conducted with managers and health professionals from Home Care Programs linked to tertiary hospitals in the state of Ceará in Fortaleza, in addition to systematic observation of practices and search and analysis of management documents between the months of April to October 2019. The main results obtained in this research comprise the detailing of the process of implantation of Home Care Programs, the definition of the users' admission process and the eligibility criteria, in addition to dismissal, the performance of palliative care and the perception judicialization of health. Questions about the operationalization of Home Care Services, the health care network in which AD is inserted and the factors that facilitate and hinder the implementation of AD were elucidated by the narrative of the research participants. This investigation showed us in a complex way what Home Care is and how it is being implemented within the current health scenario of our State. We learned that the concept and practices of DA are intertwined, but nevertheless, it seeks improvement and adaptation based on the needs of the population and services.

KEYWORDS: Home Care. Home care. Hospital Home Care Services. Public Health Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho do processo de implementação da Atenção Domiciliar realizada pelos SAD	85
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, quanto as atividades exercidas, categoria profissional e vínculo empregatício.....	29
Tabela 2 – Caracterização dos PAD quanto ao número de vagas, número de pacientes em atendimento, composição da equipe multiprofissional e periodicidade das visitas domiciliares	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Assistência Domiciliar tipo 1
AD2	Assistência Domiciliar tipo 2
AD3	Assistência Domiciliar tipo 3
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
AS	Assistente Social
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
enf.	Enfermeiro
ESF	Equipe Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
fisio.	Fisioterapeuta
FSEP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
HGCC	Hospital Geral César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HGWA	Hospital Geral Waldemar de Alcântara
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HM	Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar

LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
med.	Médico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PAVD	Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar
PSF	Programa Saúde da Família
psico.	Psicólogo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPE	Unidade de Pacientes Especiais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	25
3	PERCURSO METODOLÓGICO	26
3.1	Abordagem metodológica.....	26
3.2	Local da pesquisa.....	27
3.3	Sujeitos participantes da pesquisa.....	28
3.4	Técnicas de levantamento de informações.....	30
3.5	Tratamento das informações.....	33
3.6	Aspectos éticos	34
4	REFERENCIAL TEÓRICO	37
4.1	Surgimento da Atenção Domiciliar e conceitos.....	37
4.2	Atenção Domiciliar como política de saúde.....	40
4.3	Implementação da Atenção Domiciliar no mundo.....	46
4.4	Atenção Domiciliar no Brasil.....	48
4.5	Avaliação de Políticas Públicas.....	53
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES: COMPREENDENDO A ATENÇÃO DOMICILIAR QUANTO A CONCEPÇÃO, A IMPLEMENTAÇÃO E A DIVERSIDADE	56
5.1	Processo de implantação dos Programas de Atenção Domiciliar.....	56
5.2	Implementação da Atenção Domiciliar.....	61
5.2.1	Composição da equipe multiprofissional	61
5.2.2	Processo de Admissão no Programa de Atenção Domiciliar e critérios de elegibilidade	67
5.2.3	A família e cuidador como protagonista da Atenção Domiciliar	72
5.2.4	O papel do Estado na Atenção Domiciliar e aa judicialização da saúde.....	77
5.2.5	Desligamento dos pacientes dos programas e os cuidados paliativos no domicilio	80
6.	OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: DADOS GERENCIAIS	86
7.	A ATENÇÃO DOMICILIAR INSERIDA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: SOB OS OLHARES DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA	89

8.	FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	94
8.1	Fatores facilitadores da Atenção Domiciliar	94
8.2	Dificultadores para implementação da Atenção Domiciliar.....	98
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
	ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	114
	ANEXO 2- PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DE PESQUISA	117
	APÊNDICE A- ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA BUSCA DE DOCUMENTOS	122
	APÊNDICE B- ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA AOS GESTORES DOS PAD	123
	APÊNDICE C- ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS PAD.....	124
	APÊNDICE D- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA ..	125

1. INTRODUÇÃO

Em tempos de crises econômicas, políticas e sociais que a população brasileira vem vivenciando, percebe-se a importância dos serviços de saúde pública encontrar subsídios para a melhoria da assistência ao paciente crônico. Diante disso, a Atenção Domiciliar (AD) vem ganhando destaque como alternativa para a continuidade da assistência, tendo diversos benefícios e necessidade de gestão e acompanhamento, para garantir o objetivo a que essa se propõe na qualidade de vida do usuário.

A prática da assistência domiciliar tem acompanhado a evolução do conhecimento científico, as tecnologias disponíveis e as mudanças socioeconômicas dos diferentes países. O processo de industrialização aliado às descobertas científicas teve repercussões diretas sobre o local e a forma de prestação dos cuidados aos indivíduos doentes, destacando os hospitais como locais de alta densidade tecnológica e escolha preferencial para os cuidados curativos. Entretanto, o crescente custo das práticas médicas, a mudança no perfil de morbidade e mortalidade e o envelhecimento populacional têm resgatado e valorizado o espaço domiciliar como ambiente terapêutico, numa perspectiva de humanização das práticas de saúde. (OLIVEIRA *et al.*,2012).

A Atenção Domiciliar (AD) é definida pelo Ministério da Saúde, como o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio. Diante dessa definição ampla, podemos verificar que contempla vários estágios da assistência, como primária a terciária, tendo como objetivo principal assegurar a integralidade do paciente em seu ambiente domiciliar. E como uma categoria das ações da AD, define como Assistência Domiciliar o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, onde é de suma importância a parceria entre o serviço e a família (BRASIL, 2006)

Ao longo do tempo, observa-se a assistência domiciliar presente no âmbito da saúde. A mais remota referência em Medicina dos cuidados domiciliares e hospitalares se refere a um médico egípcio chamado Imhotem, que atendia os faraós nas dependências do palácio, com prioridade da realeza e sua família. Na Grécia Antiga, outra referência foi o deus-herói, Asklépios, que possuía a natureza humana e divina e detinha o poder da cura, reconhecendo a importância do cuidado individualizado (JOANILHO E JOANILHO,2008 ; KOCH, 2011).

No século V (a.C), Hipocrates descreve em *Tratado sobre ares, as águas e os lugares*, a eficiência de atender no domicílio, pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações (JOANILHO E JOANILHO,2008).

Ao final do século VII, o fundador da homeopatia, Samuel Hanneman, permanecia junto aos leitos de seus doentes, no domicílio, a maior parte do tempo possível, pois acreditava que “o médico é o homem que vai atrás dos enfermos, sem descanso, os busca, luta desesperadamente contra a enfermidade, se instala à cabeceira do enfermo, de todos os enfermos, do maior número deles.” (TAVOLARI *et al.*, 2000)

Observam-se as práticas de assistência domiciliar envolvida com o desenvolvimento da profissão Enfermagem, que surgiu nos primórdios do Cristianismo, mas só se profissionalizou na segunda metade do século XIX, quando foi fundada a Escola de Enfermagem Florence Nithingale, na Inglaterra. A Enfermagem como sendo responsável pelo cuidado ao doente, com suas práticas assistencialista e principalmente a promoção e prevenção de agravos, se assemelha diretamente com as práticas dos cuidados domiciliares (DESLANDES, 2013)

A forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) tem como primeira referência o Dispensário de Boston no ano de 1796, hoje: New England Medical Center. Em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde denominou-se Public Health Nurse (AMARAL, *et al.*, 2001)

Ainda no século XIX, em contrapartida ao desenvolvimento da Enfermagem, o hospital começou a ser organizado e medicalizado, havendo um declínio da assistência domiciliar, onde essa passou a ser vista como possibilidade de prevenção de doenças, onde os doentes acometidos por doenças infecto-contagiosas, passavam a ser excluídos do convívio da sociedade, evitando a disseminação (BRASIL, 1965).

Somente em meados dos anos 60, foi que houve o ressurgimento da assistência domiciliar nos EUA, movido pelo questionamento sobre onde os pacientes deveriam receber seus cuidados médicos, considerando que o tratamento baseado no hospital havia se tornado muito caro para os Planos de Saúde. Paralelamente com a progressão no custo da hospitalização, um aumento na taxa de patologias crônicas e uma população rapidamente atingindo a terceira idade, o Home Care reassumiu seu papel como uma modalidade de menor custo e adequada ao

fornecimento de serviços de saúde. Durante este período, o Home Care se desenvolveu com três tipos de bases: Home Care baseado no hospital, Home Care baseado na comunidade e terceiro os serviços de apoio ao lar. Geralmente sob a responsabilidade dos serviços sociais de apoio à família. Muito antes da criação do Medicare (Sistema de Saúde Pública, nos EUA), o crescimento no número de usuários enfermos crônicos e debilitados elevou também a procura por serviços na área de Home Care.(FEVERWERKER e MERHY, 2008)

No Brasil, os primeiros sistemas de assistência domiciliar foram: o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), organizado para os assegurados e beneficiários dos institutos e caixas de aposentadorias e pensões, vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; e o serviço de atendimento domiciliar criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. (BRASIL, 1965) (FEUERWERKER; MERHY, 2008) (REHEM; TRAD, 2005) (FABRÍCIO, *et al.*, 2004)(AMARAL, *et al.*, 2001).

Ressalta-se ainda a experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que realizava atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de riscos em visitas no domicílio e na comunidade, realizada por visitadores (REHEM; TRAD,2005).

A partir de 2006, a assistência domiciliar ganha novo impulso com o advento da Estratégia Saúde da Família, como a estratégia da atenção básica, que propõe uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção das doenças, promoção e assistência à saúde, visando à produção de novos modos de cuidado, a Equipe Saúde da Família (ESF) propõe a visita domiciliar (VD) como instrumento central no processo de trabalho das equipes, garantindo interação da equipe com usuário, conhecimento acerca do ambiente em que está inserido, e proporcionando uma assistência baseada na integralidade (ALBUQUERQUE E BOSI, 2009; CUNHA E SÁ, 2013).

A partir dessa possibilidade do domicílio se tornar um ambiente terapêutico, o Ministério da Saúde (MS), vigora a Portaria nº 2527, em 27 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como forma de regulamentar os serviços de Atenção Domiciliar, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 26 de janeiro de 2006,

que detalha conceitos técnicos importantes ao funcionamento dos serviços que ofertaram as práticas domiciliares (BRASIL,2006).

Através da Portaria nº2029 de 24 de agosto de 2011, foi modificado o termo de internação domiciliar para atenção domiciliar , e instituído o Programa Melhor em Casa que tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.(BRASIL, 2006; BRASIL, 2011)

O atendimento do Melhor em Casa deverá ser organizado em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos: Assistência Domiciliar Tipo 1 (AD1): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, com a prestação da assistência realizada pelas equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês; Assistência Domiciliar tipo 2 (AD2): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção; e a Assistência Domiciliar tipo 3(AD3): destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade. (BRASIL, 2011)

Os benefícios esperados com esse programa foram: melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família; redução dos riscos de contaminação e infecção; rotatividade dos leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos

hospitais; redução de custos hospitalares, em vista, que a estimativa da Atenção Domiciliar obtém-se economia de até 80% nos custos de um paciente, quando comparado ao custo desse mesmo paciente internado em um hospital (BRASIL,2011).

Através de alguns estudos, podemos avaliar a efetividade e a eficiência da Atenção Domiciliar no Brasil. Silva *et al.* (2017), estudou a otimização dos leitos e a humanização do serviço aos pacientes em cuidados paliativos domiciliar, e concluiu a equipe multiprofissional consegue estar mais próxima ao paciente e família, através do cuidado humanizado, além da otimização dos leitos hospitalares.

A qualidade de vida em pacientes assistidos por assistência domiciliar multiprofissional com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) foi avaliada por Oliveira et al (2017) e concluiu a melhora da qualidade de vida dos pacientes assistidos nessa modalidade assistência, através do acompanhamento dos profissionais envolvidos no cuidado, e monitoramento de agravos.

No Estado do Ceará, quanto as publicações científicas acerca da Atenção Domiciliar em caráter substitutivo da internação hospitalar, encontramos um estudo realizado por Oliveira et al (2013), que objetivou compreender a concepção de mães sobre os cuidados a criança com distrofia muscular e que devido a dependência de tecnologia imposta por essas doenças graves cita o desenvolvimento da rede de assistência domiciliar, que é o Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar, criado em 2005, cuja a finalidade foi de auxiliar e manter as crianças que são dependentes de tecnologias no âmbito familiar, reduzindo as infecções e otimizando as orientações dos cuidados.

Outro estudo que merece destaque foi o realizado por Silva e Benevides (2015), que abordou o processo de desospitalização do idoso com doença crônica não-degenerativa, através do programa de atendimento domiciliar do Hospital Geral de Fortaleza. Este foi instituído por decisão político-institucional tanto com orientação racionalizadora, buscando a diminuição de custos, quanto voltada à reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados na atenção básica e hospitalar. Conclui-se que o Programa de Atendimento Domiciliar é importante para desospitalização do idoso com doença crônica não transmissível, no gerenciamento dos leitos hospitalares, na gestão eficiente de custos e no atendimento aos pacientes, cuidadores e familiares de forma humanizada e, conseqüentemente, na promoção da qualidade na gestão do cuidado. Para esse fim, é necessário um forte controle sobre os resultados, visando um

aperfeiçoamento do programa, bem como uma rede integrada da atenção básica, serviço de urgência e hospital de referência, que dê suporte para a manutenção e permanência do paciente no domicílio.

Na vertente que os serviços de atenção domiciliar reduzem os custos da internação hospitalar, pode citar o estudo realizado por Marques e Amaral (2006), que analisou o custo do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) em um hospital público do Estado do Ceará, comparando com os custos relativos a internação hospitalar, concluindo que o custo da assistência domiciliar é em torno de 30% do valor gasto com assistência hospitalar para o tratamento de patologias equivalentes, considerando que a tecnologia utilizada na área médica encarece muito o sistema, além da longa permanência das internações.

Este mesmo estudo mostrou que a assistência domiciliar tem se mostrado eficaz, apresentando resultados satisfatórios e baixos custos, evitando as reinternações hospitalares e proporcionando ao paciente um acompanhamento adequado, reduzindo a necessidade dos cuidados médicos integrais e aumentando a oferta de leitos. Afirma ainda que esse PAD obteve tamanho êxito, que motivou a Secretária do Estado do Ceará (SESA) a implantá-lo em todas as suas unidades hospitalares.

Em vista que a data deste estudo é de 2006 e aliado ao dado que Ceará, no ano de 2017, registrou no Departamento de Informática do SUS (Datasus) 36.380 internações, com um valor total de R\$ 39.770.957,35, com o valor médio de internamento de média e alta complexidade de R\$ 1.093,21, inquietou-me a avaliar como está implementado esses programas de atenção domiciliar no contexto de redução de custos e da integralidade desse cuidado, favorecendo a rotatividade de leitos. (BRASIL, 2019; FORTALEZA, 2018)

Aliado a isso, o meu interesse acerca da Atenção Domiciliar surgiu ao trabalhar como enfermeira em um serviço de home care na saúde suplementar, no município de Fortaleza, onde a população-alvo desse serviço eram os usuários do plano de saúde e que apresentavam critérios de elegibilidade para a modalidade de assistência domiciliar. Quanto aos critérios de elegibilidade, eram levados em consideração o tempo de internação, o número de internações no último ano, nível de consciência, estado de locomoção, uso de sondas, dependência de oxigenioterapia ou ventilação invasiva, estado nutricional, integridade da pele e eliminações fisiológicas, além da necessidade de procedimentos invasivos, como antibioticoterapia endovenosa e aspiração endotraqueal. Se o paciente apresentasse o nível de dependência de

cuidados elevados segundo esses critérios, passaria a ser acompanhado pelo serviço de home care.

Minha atividade constituía inicialmente avaliar esses critérios para definir a complexidade do acompanhamento domiciliar, a sensibilização da família para aceitação da alta hospitalar e início do preparo do domicílio para a continuidade do cuidado. Eram atendidos os pacientes dos mais diversos ciclos de vida, desde de crianças aos idosos, com as mais diversas morbidades e suas sequelas, cabendo a sensibilidade da pesquisadora para a individualidade do cuidado a ser prestado em cada fase da vida. As atividades que ficavam sobre a minha responsabilidade para que a desospitalização fosse feita de forma segura eram providenciar todas as necessidades de cuidados para o domicílio, desde de equipamentos e insumo a capacitação dos familiares e cuidadores referentes aos cuidados que seriam prestados no domicílio na individualidade de cada paciente . A apreensão que permeava este momento eram o despreparo para a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar pelos cuidadores e familiares, ou por não haver estrutura física adequada, além dos meios para arcar com custos materiais e medicamentos pertinentes à prestação de cuidados, caracterizavam entraves para a adaptação à nova realidade do paciente e de toda a família.

No entanto, ressalto que durante a minha prática profissional na saúde suplementar, observo a Atenção Domiciliar como alternativa eficaz na redução de custo com internações prologadas, da redução de uso de medicamentos de alto custo, de tecnologias excessivas, da realização de exames complementares, devido à exposição ao ambiente intra-hospitalar, além da rotatividade de leitos hospitalares. Aos pacientes e familiares, é ofertado um melhor conforto, segurança e disponibilidade da continuidade da assistência, e acompanhamento de agravos, evitando internações recorrentes, e reforçando o cuidado integral e humanizado, com participação efetiva da família.

Buscando dar continuidade e contribuir com essa discussão no contexto brasileiro, em especial no âmbito do SUS, no Estado do Ceará como projeto para dissertação do Curso de Mestrado, almejei abordar a Atenção Domiciliar inserida no modelo assistencial, diante da necessidade de responder às novas demandas em saúde e à estruturação, organização e coordenação do cuidado, em especial nos serviços de atenção domiciliares vinculados aos hospitais estaduais terciários desse Estado.

Considerando a legislação vigente sobre atenção domiciliar e os desafios estruturais e conjunturais do sistema público brasileiro, algumas questões de pesquisa surgiram:

- (i) Quais políticas e programas públicos, incluindo os incentivos financeiros embutidos, permeiam a prestação da assistência no domicílio no Estado do Ceará?
- (ii) Qual a oferta dessa modalidade de cuidado por nível de complexidade nos diferentes ciclos da vida?
- (iii) Como se dá a implementação da Atenção domiciliar em modalidade substitutiva a internação hospitalar no Estado do Ceará?

Diante do descrito acima detalho que o objeto dessa pesquisa parte do desconhecimento da implementação da atenção domiciliar na rede de atenção em saúde em caráter substitutivo a internação hospitalar, sendo o objetivo principal será avaliar a resposta a essa pergunta.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar a implementação dos Programas de Atenção Domiciliar (PAD) nos hospitais estaduais localizado no município de Fortaleza

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar análise documental nos principais documentos de implantação dos Programas de Atenção Domiciliar
 - Compreender a implementação dos Programas de Atenção Domiciliar nos diferentes ciclos de vida da população
 - Identificar a operacionalização dos Programas de Atenção Domiciliar a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde
 - Avaliar a rede de atenção à saúde em que os Programas de Atenção Domiciliar estão inseridos
 - Analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação da Atenção Domiciliar estudada

3 .PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Devido à identificação da complexidade e profundidade do objeto escolhido, optou-se por realizar uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem metodológica qualitativa, considerando que ela acontece da noção de uma construção social da realidade com interesse nas perspectivas dos atores envolvidos, nas práticas e no conhecimento do dia-a-dia relacionadas à questão em estudo; não objetiva somente produzir conhecimento ou fazer descobertas com propósitos científicos, mas, deseja também mudar a questão em estudo ou produzir conhecimento relevante em termos práticos (FLICK, 2009).

A pesquisa qualitativa fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. (BOSI; UCHIMURA, 2006). Ela é útil para apreensão de características situacionais, significados, motivações, aspirações, valores, crenças, atitudes que acontecem numa situação natural, focalizada numa realidade contextualizada, fornecendo dados descritivos ricos; e, é bastante utilizada como indicadores do funcionamento das estruturas e organizações complexas (LAKATOS ,MARCONI, , 2010).

O fenômeno em questão nesta pesquisa foi investigado em seu meio natural, considerando o significado que as pessoas a ele conferem. Para Bosi et al. (2011), as abordagens qualitativas e suas técnicas são mais adequadas a uma aproximação a objetos complexos que se transformam ao longo da experiência e vão se constituindo conforme as percepções dos agentes sociais, o repertório e as possibilidades de representação presentes no contexto das relações sociais.

Outro pressuposto do enfoque qualitativo que foi importante para a construção dessa pesquisa, é não neutralidade do pesquisador. O observador está sempre implicado na experiência de conhecer. Este conhecimento é sempre construído, não existindo verdades universais, nem uma realidade em si, mas as interpretações têm lugar na construção da(s) realidade(s), sendo o conhecimento científico, portanto, resultado de relações sociais (MERCADO-MARTÍNEZ &BOSI, 2007).

3.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nos hospitais estaduais localizados no município de Fortaleza, que possuem o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) já implantados e funcionantes, e que atendam pacientes nos diferentes ciclos de vida e com modalidade de assistência domiciliar tipos 2 e 3.

A fim de atingir seu objetivo, a investigação foi realizada inicialmente, através de uma visita exploratória, para aproximação inicial do objeto, a Secretária Estadual de Saúde, onde fomos surpreendidos pela falta de informação devido ao afastamento da gestora imediata por motivos de aposentadoria e o cargo ainda não foi substituído. Nesse primeiro contato, recebemos a informação que os Serviços de Atenção Domiciliares que estão em funcionamento foram constituídos por iniciativa própria de cada instituição hospitalar, em parceria com o Estado. Foi avaliado os PAD pertencente aos hospitais estaduais, que são eles: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Geral César Cals e Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, Hospital São José de Doenças Infecciosas.

Diante da pluralidade da população-alvo destes PAD, que contempla desde a criança ao idoso, aliado a diversidade das clínica médicas e suas necessidades para o domicílio, justifico a abrangência desses locais de pesquisa.

Ao iniciar a pesquisa, foi constatado que o PAD do Hospital Geral de Fortaleza – HGF foi extinto no ano de 2015, por decisão da Secretária Estadual de Saúde, que decidiu unificar esse serviço com o do Hospital Waldemar de Alcantara. Foi constatado também uma médica e uma enfermeira no HGF realizam o parecer a respeito do quadro clínico dos pacientes que necessitam da assistência domiciliar após a alta hospitalar e encaminham para inclusão no PAD do Waldemar de Alcantara.

Após essa descoberta, a pesquisa foi realizada efetivamente nos PAD dos seguintes hospitais: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Geral César Cals e Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, Hospital São José de Doenças Infecciosas.

3.3. SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As informações necessárias para a compreensão do objeto investigado foram construídas com os principais atores envolvidos citados no referencial teórico: gestor local de cada PAD e os profissionais de saúde dos serviços.

Após o momento de elucidação dos objetivos propostos pelo estudo e o convite para a sua participação, inicialmente aos gestores dos PAD e posteriormente os profissionais que aceitavam participar deste estudo, eram realizado o levantamento das informações com cada profissional, através de entrevista individualizada, percebendo a importância da singularidade do momento.

Quanto aos gestores dos programas, as entrevistas foram favoráveis, pela disponibilidade de contato prévio para agendamentos do momento da coleta de dados além do fato dos mesmos possuíam horários fixos na sede dos programas, permitindo uma melhor programação. No entanto, para a coleta de dados com os profissionais de saúde, devido rotina dinâmica do seu turno de trabalho, onde os mesmos só estavam presentes na sede do programa no início ou no final do expediente, a pesquisadora teve que se adequar a disponibilidade deles, tendo realizado visitas domiciliares com a equipe e que permitisse a realização da entrevista. Fato esse, que enriqueceu a observação da pesquisadora quanto a dinâmica da assistência domiciliar, as dificuldades enfrentadas e a receptividade das famílias, além das orientações e cuidados dispensados no domicílio.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissional de saúde ou de gestão do programa; estar trabalhando no serviço por pelo menos seis meses; ter interesse em participar do estudo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Em contrapartida, os critérios de exclusão se deu aos profissionais e gestores que estavam afastados do trabalho, e os que optaram em não participar da pesquisa.

Outra ponto relevante percebido nos sujeitos da pesquisa, foi que a maioria dos gestores exerciam funções gerenciais e assistenciais concomitantemente, e para estes foram adaptados os formulários que contemplasse os dados de ambas as atividades.

A amostra foi intencional, mediante as descobertas no campo, fazendo uma inclusão progressiva de sujeitos, tentando colher o máximo de informações possíveis para refletir a

totalidade das dimensões envolvidas do objeto e sendo definida em seu total por meio da saturação de informações (MINAYO, 2010).

Essa pesquisa foi constituída pelos seguintes participantes: ao total, foram 17 entrevistados, sendo 2 gestores exclusivos de atividades gerenciais 6 gestores que exerciam atividades assistenciais, e 9 profissionais de saúde. Quanto a categoria profissional, participaram 7 enfermeiras, 5 médicos, 2 fisioterapeutas, 2 assistente social e uma psicóloga. Quanto ao tempo em exercício nos PAD, foi observado que os gestores estão desde a implantação do serviço, em salva a gestora do SAD do HGCC que estava no cargo apenas há 4 meses. Entre os entrevistados foi observado uma composição mista quanto ao regime do vínculo trabalhistas, pois haviam 5 terceirizados /cooperados, 5 em regime Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e 7 concursados, demonstrado na tabela abaixo:

PAD	ENTREVISTADOS	CATEGORIA PROFISSIONAL	VINCULO TRABALHISTA
HGCC	3 assistenciais e 1 gestor e assistencial	1 enfermeira; 1 psicóloga; 1 fisioterapeuta e 1 médica	1 concursado e 3 cooperados
HGWA	3 profissionais e 2 gestores	3 enfermeiras; 1 fisioterapeuta; 1 médica	5 com vinculo de CLT
HIAS	4 gestores e assistenciais	2 enfermeiras e 2 médicas	2 concursados e 2 cooperados
HM	3 gestores e profissionais	1 enfermeira; 1 assistente social e 1 médica	3 concursados
HSJ	1 gestor e assistencial	1 assistente social	Concursado

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa, quanto as atividades exercidas, categoria profissional e vínculo empregatício. Elaboração própria

Na garantia do anonimato dos entrevistados, foram nomeados pela ordem em que a entrevista aconteceu , seguido pela categoria profissional que pertencia, para identificar o contexto e a prática que o profissional está inserido e seu ponto de visão

3.4. TÉCNICAS DE LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

O caminho de pesquisa passou por duas etapas: a de revisão de literatura e a de campo. A revisão de literatura teve início ainda no ano 2018, em março, com o ingresso no Mestrado em Saúde Pública, sendo apenas finalizada ao final do relatório da pesquisa, em janeiro de 2020. Esta ocorreu por meio de busca nas plataformas digitais: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal da CAPES), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medline. Essa revisão de literatura resultou na publicação de artigo em uma revista científica B2, a Revista Brasileira de Promoção da Saúde, cujo o artigo foi intitulado de “ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE NO BRASIL: VISÃO DESSA POLÍTICA POR UMA REVISÃO INTEGRATIVA”.

A entrada em campo só pôde ocorrer após a qualificação do projeto na universidade, que se deu em abril de 2019, a anuência dos Comitês de Ética de cada instituição participante da pesquisa, além do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UFC, recebida no mês de agosto de 2019.

Na análise documental, que tinha como intuito a descrição das leis e regimentos da implantação dos PAD, ressalta a dificuldade de acesso a documentos nos vários órgãos dos poderes estadual, e individualmente em cada PAD pesquisado. Como já elucidado anteriormente, no momento da pesquisa, o governo estadual passava por uma reestruturação, o que impediu o acesso a quaisquer instrumentos de gestão de forma direta, sendo que alguns dos documentos encontrados da esfera estadual foram provenientes de uma busca por informações no Portal da Transparência do Estado.

No momento das visitas aos PAD eram questionados acerca de documentos de implantação dos programas, leis estaduais, orientações de funcionamento e demais deliberações da Secretaria do Estado as unidades, no entanto conseguimos poucos documentos, confirmando a fragilidade da gestão dessa política pelo Estado. Os documentos analisados traziam poucas referências da gestão da Política da Atenção Domiciliar na esfera estadual e eram constituídas basicamente por projetos baseados nas leis federais discutidas anteriormente e em concordância e adequação a cada hospital da esfera estadual. Os pontos que foram avaliados dos documentos disponíveis encontra-se demonstrados no Apêndice A.

Para o segundo momento, foram utilizados os instrumentos considerando a complexidade do objeto de estudo e flexibilidade permitida na pesquisa qualitativa. Portanto, utilizou-se o roteiro de entrevista semiestruturada e a observação direta.

Segundo Minayo (2010) a entrevista deve ser usada como uma técnica facilitadora visando responder questões que: encaminhem a dar forma e conteúdo ao objeto; amplie e aprofunde a comunicação; contribua para emergir a visão; o juízo e as relevâncias a respeito dos fatos e relações que compõem o objeto; do ponto de vista dos interlocutores.

Uma forte característica desse instrumento semiestruturado é poder permear, de forma flexível, novas questões levantadas provocadas pelas narrativas das vivências dos entrevistados que sejam relevantes para os objetivos da pesquisa.

A pesquisadora optou por realizar entrevista individual, pois esta explora em profundidade o mundo da vida do indivíduo quando o tópico-guia se refere a experiências individuais detalhadas e particulares e, quando os entrevistados são difíceis de recrutar, como pessoas doentes (GASKELL, 2002).

O roteiro de entrevista aos gestores dos PAD constou de questões relacionadas a 4 tópicos descritos abaixo e que foi demonstrado no apêndice B:

1. Processo de implantação do PAD— antecedentes, motivações, contexto político-institucional, posicionamento de atores no momento da implantação e situação atual, estratégias utilizadas e etapas de implantação;
2. Organização e gestão do PAD – coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação;
3. Integração à rede assistencial - mecanismos de referência e contra-referência, resultados da experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários para a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde.
4. Fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado do PAD – condições relacionadas à capacidade institucional (gerencial, estrutura física e recursos humanos), perspectivas e condições necessária para a expansão dos PADs, avaliação do entrevistado sobre dificuldades atuais para efetivação do programa, aspectos positivos da implantação e impacto da implementação do PAD

Para analisar os significados dos itens de implementação na percepção dos profissionais de saúde executores do PAD, nas modalidades de assistência AD2 e AD3, foi elaborada pela pesquisadora um modelo lógico preliminar construído a partir das normas do Ministério da Saúde, que avaliado tanto na entrevista individualizada quanto na observação direta, sendo considerado os seguintes pontos, descritos no apêndice C:

- A infraestrutura do SAD: Sede física, transportes de equipes e logística de atendimento;
- Pactuação da rede de atenção à saúde, como a Atenção Básica, hospitais de retaguarda, Unidade de Pronto- Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), e sistema de regulação e contra-regulação; com a assistência farmacêutica garantindo o acesso a medicamentos; do fluxo para garantir insumos e equipamentos (aspiradores, inaladores, ventiladores mecânicos, oxigenioterapia, cama, curativos, sondas e outros; e do fluxo de transporte dos pacientes em caráter eletivo e de urgência;
 - Garantia da realização de exames complementares;
 - Fluxo da assistência nutricional com fornecimento de dieta especiais;
 - Determinação do fluxo de inclusão do pacientes e os perfis de elegibilidade para ser acompanhados pelos serviços avaliados;
 - Determinação do acesso da população e dos serviços de saúde aos PAD;
 - Territorialização e divisão das equipes para assistência;
 - Determinação dos fluxos de alta, transferências e óbitos;
 - Educação Permanente dos profissionais.

As entrevistas foram organizadas em sessões. Cada uma delas tinham ementas gerais para conduzir o diálogo. Mesmo assim, deixava-o aberto para a narrativa dos profissionais ganhar corpo na sua própria condução. Essas ementas foram cruciais para as informações obtidas, dando à pesquisa contornos mais amplos em relação os objetivos inicialmente pretendidos. Mesmo que essa organização convidasse ao diálogo mais aberto, ela tinha o objetivo de focalizar questões centrais para a pesquisa: o processo de implementação da atenção domiciliar, o funcionamento do programa e as percepções dos entrevistados acerca da assistência domiciliar.

As dezessete entrevistas foram realizadas e transcritas pela pesquisadora principal, sendo realizadas nos serviços, pela conveniência dos participantes, e gravadas com o consentimento dos mesmos, totalizando 42 horas, 18 minutos e 8 segundos de gravação. As entrevistas tinham em média 30 minutos.

Outro método utilizado pela pesquisadora foi a observação, realizada de maneira descritiva e livre, sendo uma técnica geralmente utilizada de forma a complementar outros instrumentos de pesquisa. Busca observar o que a entrevista não exprime, os processos das relações que acontecem na prática, os sinais, fatos significativos para os objetivos, descrições do contexto (MINAYO, 2010) (MARCONI; LAKATOS, 2010). Favorece ainda, o levantamento de outras questões possíveis de estudo posteriormente. Nesse tipo de observação o pesquisador assume uma posição espectadora, não interativa com a situação (GIL, 2008).

Baseada nos conceitos descritos acima, a pesquisadora se beneficiou dessa técnica, por ter tido a oportunidade de participar e observar a dinâmica do dia- a- dia dos profissionais, participar de reuniões de equipes assistenciais e de realizar visitas domiciliares junto a estas, participando e observando as peculiaridades envolvidas na assistência domiciliar. Nesse momento, foram apreendidas informações valiosas e que não constavam nas falas dos entrevistados, além de sentir a prática desse cuidado. As observações foram registradas em um diário de campo, por todo o percurso do levantamento das informações. Aspectos relacionados a espaço físico e ambiência, os sentimentos e percepções da pesquisadora foram relatados nesse instrumento, sendo muito utilizado nas análises. Nele, foi relatado o desenrolar da pesquisa e as mudanças que surgiram no processo. Assim tornou a observação mais rica e ampla, abrindo as análises para as situações inesperadas que o campo trouxe. No apêndice D está descrito o roteiro de observação.

Para manter o sigilo das instituições que foram avaliadas, foi renomeados pela ordem em que foram visitados.

3.5. TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Para tal, durante e após o levantamento das informações, foi realizada a transcrição e análise do conteúdo a fim de reunir as informações importantes à compreensão e interpretação do objeto estudado.

Os materiais referentes às falas dos entrevistados foram transcritos na íntegra, buscando manter a fidedignidade das falas; os registros de observações do grupo do diário de campo foram digitados e arquivados em pastas específicas.

O manejo com o material transcrito (entrevistas) e a análise do material discursivo (descrições) foi baseado na proposta de Minayo (2010), envolveu as seguintes etapas do método de análise qualitativa:

- Ordenação dos dados e transcrição: consiste em organizar os textos teóricos balizadores do projeto que precisam ser complementados; o material de observação contido no diário de campo; os documentos geográficos, históricos, estatísticos e institucionais que porventura existam que foram pesquisados e que devem ajudar na contextualização do objeto.

- Leitura individualizada de todas as entrevistas, a fim de apreender o sentido de todo sem buscar, ainda, qualquer interpretação;

- Após leitura e releituras exaustivas de todas as descrições, com o propósito de apreender as primeiras unidades de significação, pelo recurso da “impregnação”, pôde constituir de um “corpus” que contém representações específicas, formando assim categorias analíticas (estruturas que reúnem um conjunto de informações evidenciadas nas informações levantadas que revelam um sentido significativo da realidade contida no recorte do objeto da pesquisa) permeando por eixos temáticos (unidades de significação e reagrupadas em quatro ou cinco tópicos).

- O último passo da análise qualitativa do material foi a articulação entre as categorias empíricas e os pressupostos teóricos, delineados, aqui, pela perspectiva interdisciplinar.

Os resultados foram organizados em grandes temáticas que emergiram das narrativas dos sujeitos e dos nossos insights. Os próximos capítulos representam esses motivos, que mostram o diálogo entre a literatura, as narrativas e as observações obtidas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa pode revelar-se como poderoso instrumento de transformação voltado para produção de conhecimento. A escolha de um tema ou objeto de estudo está relacionada a uma trajetória de vida singular, em que a todo o momento o pesquisador deve se perguntar como

compatibilizar a constituição da atitude ética em relação aos pesquisados, com seus desejos, sonhos, curiosidades e expectativas (SILVA; MENDES; NAKAMURA, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos e manejo de informações referidas pelos mesmos, a pesquisa cumpriu as diretrizes e normas previstas na resolução nº 466/12 no Código de Ética de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012).

Os sujeitos convidados foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo ,sendo garantida a eles, a autonomia, a decisão de participar ou não e a desistência em qualquer etapa da pesquisa. O respeito ao participante foi valorizado em todo o percurso do estudo e a privacidade lhe foi assegurada.

Previamente ao início da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (ANEXO 1) foi entregue e assinado pelos participantes e todas as dúvidas em relação à pesquisa esclarecidas.

A seleção dos entrevistados assim como todas as etapas do levantamento das informações, foi feita exclusivamente pela pesquisadora, buscando dessa forma uma uniformidade no processo e confidencialidade, sendo as informações compartilhadas somente com pessoas que estivessem envolvidas diretamente na pesquisa, a citar: técnicos auxiliares na transcrição do material empírico; técnicos no manejo da área da informática e orientador do estudo.

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos sujeitos e foi garantida a fidedignidade dos relatos.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e parecer do Comitê de Ética da instituição de ensino vinculada a este estudo, bem como os comitês de éticas dos hospitais selecionados a serem locais dessa pesquisa. No entanto, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), pelo parecer da CONEP nº 3.520.872, com a CAAE nº17995019.7.0000.5054, por meio da Plataforma Brasil, demonstrado no ANEXO 2.

O material obtido pela pesquisa subsidiou a construção dos resultados da mesma. Tornam-se públicos por meio desta dissertação, bem como através de artigos submetidos para publicação em periódicos científicos. Em respeito ético, foi realizado um retorno presencial

para apresentação dos resultados, a fim de devolver ao mesmo, o conhecimento produzido e promover reflexões naquela realidade.

4.REFERENCIAL TEÓRICO

Para entendermos melhor a construção da Atenção Domiciliar no âmbito da saúde pública, se faz necessário realizarmos uma explanação o surgimento da Assistência Domiciliar, de como foi construída a política de saúde da Atenção Domiciliar, os principais conceitos dessa atenção e quais os focos estudados na literatura atual. De forma complementar, será explanado a rede de atenção à saúde e avaliação das políticas públicas.

4.1. SURGIMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR E CONCEITOS

Há uma polissemia de termos utilizados no Brasil, encontrados na literatura para esses conceitos, devido a ser um modelo recente e traduzido do inglês “home care” ou “home health care”. Os mesmos estão dentro do contexto de assistência no domicílio, que consideram o domicílio, o usuário, o cuidador, a família e a equipe de profissional, porém se distinguem em suas práticas.

Os termos comumente encontrados são: atenção domiciliar, assistência domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar e *home care*. Parte disso deve - se há algumas dessas nomenclaturas serem encontradas em documentos oficiais como classificação da atenção domiciliar à saúde, todas regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006).

Definem-se:

Atenção Domiciliar: conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Assistência Domiciliar: Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, prestadas, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio, tem como sinônimos, atendimento domiciliar e cuidado domiciliar (STEFANON, 2010) (LACERDA *et al.*, 2006).

Visita Domiciliar: Contatos pontuais e programados, dos profissionais no domicílio para levantamento de informações e desenvolvimentos de ações de educação e orientações (LACERDA *et al.*, 2006).

Home Care: Termo muito utilizado por serviços privados para a internação domiciliar (STEFANON, 2010).

Internação Domiciliar: Conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que podem ser assistidas em casa de forma integral e contínua, mas que requerem cuidados mais intensos, com oferta de tecnologias, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos (BRASIL, 2006) (LACERDA *et al*, 2006).

A internação domiciliar é uma das mais específicas e realizadas de acordo com sua definição; Consiste em um modelo de mini - hospital em casa. Apresenta-se como uma alternativa segura, eficiente e mais humanizada de atendimento por multiprofissionais para indivíduos clinicamente estáveis que necessitem de cuidados intensos, mas que possam ser mantidos em casa(MARTELLI *et al*, 2011).

Entre os fatores que estimulam essa assistência estão: a transição demográfica, com envelhecimento da população, aumento doenças crônicas- não transmissíveis, os custos elevados do sistema hospitalar, o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, maior exigência nos cuidados em saúde, novas áreas de atuação dos profissionais, busca de maior humanização da assistência, assim como a integralidade do cuidado (DUARTE E DIOGO, 2000)

Os serviços prestados no domicílio têm o seu pioneirismo nos Estados Unidos, com a associação de enfermeiras visitadoras, ligadas a empresas privadas. Na Inglaterra, Florence Nathingale teve uma grande influência, formando a criação das Visiting Nurses Association, em 1885, que congregava prestação de serviços no domicílio (SALDANHA, 2008) (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

O Movimento do Home Care, no sentido de desospitalização precoce, surgiu no Período Pós- Guerra, em 1947, com o Hospital de Montefiori, no Bronx, em Nova York, como alternativa à superlotação dos leitos hospitalares em consequências da Guerra. Devido à necessidade de mais instituições que prestassem esse cuidado, surgiram também nessa época, as Nursing Home, atendimento realizado principalmente por enfermeiras e direcionado para o idoso crônico terminal. No entanto a demanda para atender outros tipos de pacientes com diversas patologias era grande (STEFANON, 2010) (FABRÍCIO *et al.*, 2004) (FALCÃO, 1999).

O *Home Care* teve uma grande importância também a partir de 1980 com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Atualmente continua em grande expansão, com mais de 20 mil empresas, estando em 2º lugar entre as

maiores indústrias dos Estados Unidos, perdendo somente para Informática. (STEFANON, 2010) (FABRÍCIO *et al.*, 2004) (FALCÃO, 1999).

Na Europa, como primeira experiência formal, foi criado o Santé Service, em 1957, em Paris e França, para assistência sócio sanitária a pacientes crônicos e terminais, como também ao envelhecimento, elevação de custos e novas políticas em cuidados à saúde. Esse existe até hoje (REHÉM; TRAD, 2005) (FABRÍCIO *et al.*, 2004) (LÓPES PERONA, 2003).

Na Espanha, a primeira unidade foi criada em 1981, como alternativa à internação hospitalar convencional. Atualmente, são mais de 40 unidades ativas. Seu crescimento tem-se dado pela demanda dos usuários do Sistema Público de Saúde por uma atenção mais humanizada e dos gestores, considerando os recursos limitados, na busca de diminuir os gastos com a assistência no hospital (REHÉM;TRAD, 2005) (FABRÍCIO *et al.*, 2004) (LÓPES PERONA, 2003).

No continente europeu, a maioria dos países possui sistemas de assistência domiciliar, com destaque para o programa francês ANTADIR direcionado aos pacientes com doenças respiratórias e dependentes de oxigenoterapia (AMARAL *et al.*, 2001).

No Canadá, de acordo com Stefanon (2010) e Rehm e Trad (2005), os serviços de assistência no domicílio funcionam desde os anos 60, para alta precoce de pacientes cirúrgicos, portadores de câncer e de doenças crônicas. Em 1987, foi realizada uma experiência em três hospitais de Montreal para serviços a pacientes clínicos agudos, com foco na administração de antibióticos parenterais.

No Brasil, o cuidado ao doente no domicílio foi predominante até o início do século XX, com destaque para a criação do curso de Enfermeiras visitadoras na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro, com foco sanitaria (SALDANHA, 2008) (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

A primeira forma organizada deu-se em 1949, com a criação do SAMDU –Serviço de Assistência Médica de Urgência - ligado ao Ministério do Trabalho e incorporada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967; surgindo também nesse período no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, a fim de assistir portadores de doenças crônicas, como respostas às exigências dos sindicatos de trabalhadores insatisfeitos com o vigente atendimento de urgência(FEUERWERKER; MERHY, 2008) (REHEM; TRAD, 2005) (FABRÍCIO *et al.*, 2004)(AMARAL *et al.*, 2001).

Ressalta-se ainda a experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que realizava atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de riscos em visitas no domicílio e na comunidade, realizada por visitantes (REHEM; TRAD,2005).

As atividades domiciliares eram fortemente exercidas no setor privado, ocorrendo sua expansão no setor público somente no final da década de 1980 e início dos anos 90, com a incorporação ao Sistema único de Saúde (REHEM; TRAD,2005) (AMARAL *et al.*, 2001).

A seguir será descrito a construção da Atenção Domiciliar como Política Pública de Saúde no Brasil.

4.2. ATENÇÃO DOMICILIAR COMO POLÍTICA DE SAÚDE

Iniciaremos com as definições da Constituição Federal da República e o Sistema Único de Saúde institui a saúde e regulamenta o seu funcionamento no âmbito federal.

A Constituição Federal da Republica do Brasil de 1988, institui pelo artigos 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No entanto, no artigo 199, determina que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, definida no Parágrafo 1º que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 2016).

A partir dessa Lei Federal, o Governo, sancionou a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe a Lei Orgânica de Saúde que resolve sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. De acordo com essa Lei, no seu artigo 7º, que estabelece os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS),descritos a seguir(BRASIL, 1990):

- I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Baseado nessas determinações, Meneses et al (2013) mostra que os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro, ou seja, a universalidade, a integralidade e a equidade, bem como as diretrizes que operacionalizam o referido sistema – descentralização, hierarquização e participação comunitária –, não têm sido suficientes para garantir a universalização da saúde em virtude de seu caráter dual, no qual a maior parte dos recursos públicos é direcionada aos serviços privados. Persiste uma reprodução de dois mundos desiguais: o dos pobres, que recorrem somente ao SUS, e o dos que possuem planos de saúde ou pagam os serviços diretamente, mas que também são usuários do sistema público. Há hospitais e clínicas para todos os níveis: para os pobres que só dispõem do SUS; para pobres que pagam planos de saúde de baixo custo; para pessoas com renda média, que contratam planos ou seguros de saúde de custo maior; e para os ricos que frequentam os maiores centros médicos de ponta ou vão se tratar nos países de primeiro mundo (MENESES et al., 2013).

No Brasil a origem do PSF remonta criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar

as ações de prevenção e promoção da saúde. Com esse programa iniciou as ações desenvolvidas diretamente no domicílio de cada família realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde, através do desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e agravos por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domiciliares e na comunidade e promoção da saúde. (BRASIL, 2011).

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, igualdade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (BRASIL, 2006). Em 2011 a portaria GM N°2.488/2011 revogou a portaria GM N° 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

Nessa Portaria foi definida , dentro do processo de trabalho da equipe de atenção básica de saúde , realizar atenção à saúde entre outros lugares, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.), além realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL,2011).

No mesmo ano de publicação da Portaria n° 648, de 28 de março de 2006, que retratou o domicílio como ambiente de intervenções de promoção a saúde , a Agência Nacional de Vigilância Sanitária instituiu a Resolução n° 11 de 22 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico do funcionamento de serviços, tanto público ou privado, que prestam atenção domiciliar, considerando a necessidade de propor os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar (BRASIL, 2006).

Visando o crescimento dos serviços de Atenção Domiciliar, o Ministério da Saúde , em 2006, vigora a Portaria nº 2527 , em 27 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, mas foi revogada pela Portaria nº2029 de 24 de agosto de 2011, modificando o termo de internação domiciliar para atenção domiciliar , e instituindo o Programa Melhor em Casa que tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.(BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Portaria nº2029, foi revogada pela Portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, e posteriormente pela Portaria 1533, de 16 de Julho de 2012, que altera e acrescenta dispositivos a Portaria anterior, redefinindo, mais uma vez a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, modificando os artigos: 7º(que define os requisitos para que os municípios tenham Serviço de Atenção Domiciliar) , 8º (a organização da Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar), 15º (a composição mínima da equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar) , 16º(a carga horária de cada membro da equipe), 23º(As situações para a inclusão dos pacientes na modalidade de Assistência Domiciliar tipo 2), 26º(os critérios de inclusão na Modalidade de Atendimento tipo 3) e 40º (o cadastro do SAD), o parágrafo único do art. 43 e o inciso IV do art. 45 (que foram revogados) (BRASIL,2011; BRASIL,2012).

Segundo Brasil (2013), a portaria descrita anteriormente foi revogada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine mais uma vez a Atenção Domiciliar, considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção Básica, determinando como o serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Ainda segundo essa Portaria, institui a Atenção Domiciliar deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;

III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

Ainda sobre a Portaria em questão, define as modalidades de Assistência Domiciliar em tipo I, destina aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, esse atendimento ficará sob a responsabilidade da equipe de atenção básica. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional Assistência Domiciliar e da Equipe Multiprofissional Apoio, ambas designadas para esta finalidade (Brasil, 2013).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde, lançou a Portaria nº1208, em 18 de junho, Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. A integração da Atenção Domiciliar com o Programa SOS Emergências tem como objetivos: evitar internações hospitalares desnecessárias de pacientes atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências; proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, possibilitando ampliação dos leitos de retaguarda para as Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências; humanizar o cuidado aos pacientes em internação hospitalar e atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o

Programa SOS Emergências, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) (BRASIL,2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa abrange 135 municípios, com 433 equipes implantadas, e liberou cerca de 3,5 mil leitos hospitalares por dia para outros pacientes do SUS. Dos pacientes atualmente atendidos em domicílio por equipes do programa, quase 70% têm 60 anos ou mais, dos quais quase metade (31%) têm 80 anos ou mais. São portadores de doenças crônicas com dificuldade de locomoção até os serviços de saúde, usuários de sondas, traqueostomias ou dependentes de ventilação mecânica ou oxigenioterapia, pacientes em processo de reabilitação motora ou respiratória, os que precisam de curativos complexos, em pré ou pós operatório, recém-nascidos com baixo peso, entre outros. O alívio que o programa representou para pacientes e seus familiares foi demonstrado em uma pesquisa de satisfação dos usuários, realizada pela Ouvidoria do SUS, com mais de 2 mil pacientes ou cuidadores entrevistados. De acordo com o levantamento, 93,9% dos entrevistados atribuíram nota entre 7 e 10 ao atendimento prestado pelas equipes, sendo que 70% deram nota 10, e 95,9% disseram que recomendariam o serviço a amigos e familiares(BRASIL, 2018).

A efetividade do Programa Melhor em Casa, foi encontrado em três artigos. Castro *et al.*, (2018), realizou um estudo multicêntrico com abordagem qualitativa, para compreender os modos de organização da Atenção Domiciliar no contexto da saúde ofertada nos municípios que aderiram o Programa Melhor em Casa, no estado de Minas Gerais e detectou que o surgimento de um modo de organização da oferta da AD coerente com as demandas da gestão, com os modos de organização mediados pelas necessidade dos usuários e com o perfil de saúde local.

Através de um estudo de inspiração genealógica, Oliveira e Kruse (2017), problematizaram a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa e concluíram que a casa constitui um lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica próximo a família, sem risco de infecção hospitalar e recebendo atendimento de equipe que propiciara a tecnologia necessária.

Silva *et al.*, (2017), através de um estudo qualitativo, que objetivou analisar as perspectivas dos usuários sobre os atendimentos de suas necessidades pelo serviço de Atenção Domiciliar. Os resultados indicaram que o perfil da população atendida é majoritariamente de

idosos; os motivos de admissão são diversos e remetem à cronicidade; as equipes buscam realizar as atividades considerando as necessidades naturais e radicais dos usuários. Concluindo o atendimento no domicílio é apresentado como melhor opção pelo conforto do lar, vínculo com a família e com a equipe, e pela superação quanto às barreiras de acesso a outros pontos da rede de atenção à saúde. Foi possível compreender que, na perspectiva dos usuários, o cuidar em casa apresenta novas relações que ampliam o acesso, a autonomia e a qualidade de vida do usuário.

4.3. IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNDO

Ao explicar a literatura existente sobre a temática da atenção domiciliar no mundo, no Brasil e no Estado do Ceará, no âmbito de substituição da internação hospitalar a pacientes crônicos e que necessitam de acompanhamento após a alta hospitalar, podemos constatar a pequena produção científica a respeito disto.

Ainda que cada país apresente diferenças e particularidades importantes no que concerne à assistência domiciliar, a crescente demanda por essa modalidade de atenção parece ser um fenômeno comum à maior parte dos países ocidentais. Esse aumento reflete mudanças em diversos aspectos das sociedades: demográficos, epidemiológicos, socioculturais e políticos. Essas mudanças, embora presentes em âmbito mundial, apresentam particularidades quanto às suas características e intensidade nos diferentes países.

Na Arábia Saudita, Al-Sumiri *et al.* (2019), concluíram em seu estudo que os pacientes crônicos assistidos pelo home care tem a sua qualidade de vida aumentada, devido a monitorização e ação de medidas que aprimoram os fatores influenciadores da qualidade de vida e seus domínios.

Através de um estudo de revisão e meta-análise de estudos publicados entre os anos de 2016 a 2018, na Inglaterra, com objetivo investigar o impacto da disponibilidade e oferta de assistência social na utilização de serviços de saúde por idosos, e concluiu que os serviços mais utilizados por essa faixa etária são os cuidados realizados no domicílio, que estão associados a menos reinternações, menor número de atrasos, menor tempo de internação e menos gastos com serviços secundários de saúde, tendo pouco registro a respeito do uso da atenção básica por essa população (SPIERS *et al.*, 2018)

No Canadá, Gilmour (2018), através de um inquerito populacional, cujo objetivo era avaliar o perfil dos cuidados ofertados no domicílio mostra que a assistência domiciliar tem sido associada a diminuição da mortalidade, melhorias da qualidade de vida e redução das hospitalizações e os custos com saúde.

Ao analisar um ano após a implantação da hospitalização domiciliária associada a uma unidade hospitalar, em Portugal, Cunha *et al* (2017), concluiu que as vantagens deste modelo era a maior disponibilidade dos profissionais para o doente, maior envolvimento do doente e da família nos cuidados, mais educação para a saúde, menor deterioração do estado funcional, melhor articulação com os cuidados de saúde primários e maior satisfação dos profissionais de saúde.

No estudo de Lee *et al* (2018), comparou pacientes atendidos em hospitais dias e os que estavam em atendimento domiciliar, e percebeu que os que estavam no primeiro grupo citado tinham a deteriorização nas funções cognitivas e físicas semelhantes aos assistidos em domicílio, no entanto, possuíam alterações comportamentais mais acentuadas, concluindo que a presença da família no cotidiano do doente possui influencia no comportamento do doente

Ainda caracterizando a Atenção Domiciliar no âmbito mundial, Hernández *et al* (2018), avaliou a implementação e 10 anos de acompanhamento da Hospitalização Domiciliar e Alta Precoce como um serviço de atendimento integrado em um distrito de saúde urbana em Barcelona, na Espanha, e concluiu que O serviço domiciliar liberou uma média de 6 dias de internação por paciente, facilitando a rotatividade dos leitos. O programa mostrou a redução de geração de valor, bem como potencial para sinergias com serviços integrados de assistência baseados na comunidade.

Na Alemanha, a produção científica encontrada acerca da Atenção Domiciliar foi caracterizada pela importância do papel do cuidador dentro do domicílio para efetividade do cuidado assumindo considerável responsabilidade pela segurança do paciente em atendimento domiciliar por estar ativamente e constantemente comprometido com o trabalho de segurança e necessitando do acompanhamento e capacitação pelos profissionais que também prestam esses cuidados (SCHAEPE e EWERS, 2018).

Na América Latina, pelo estudo realizado por Simão e Miotto (2016), com o objetivo de analisar a assistência domiciliar nos três países com maiores gastos em saúde, que foram o

Brasil, Uruguai e Argentina, mostrou que o advento desse tipo de modalidade de assistência está associado as transformações sociodemográficas ocorridas na sociedade latino americana, envolvendo o envelhecimento populacional; a posição da mulher na sociedade latino-americana , que evidenciam a tendência crescente de inserção das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição da dedicação exclusiva ao trabalho de cuidado na família; a organização social do cuidado, com maiores trabalhadores inativos; e a presença de pessoas em situação de pobreza, resultando no papel do Estado como formentor de assistência e a família que deveram se responsabilizar pelo cuidado aos seus familiares.

4.4. ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

Devemos destacar que a revisão de literatura apresenta um limite importante para a análise das experiências, uma vez que somente alguns dos serviços do país tiveram seus resultados ou relatos publicados em periódicos ou outras fontes científicas que permitissem sua indexação nas bases de dados consultadas.

Mesmo sabendo desse limite, observa-se uma concentração de estudos que retratam serviços nas Regiões Sudeste e Sul do país, com experiências sistematizadas e reconhecidas no campo da formulação de políticas, entretanto há poucos relatos de serviços de Atenção Domiciliar nas demais regiões do Brasil.

Os achados permitem concluir que a Atenção Domiciliar no Brasil tem sido implantada primordialmente como estratégia para desospitalização, como justificativa para reduzir o elevado custo da assistência. O tema da desospitalização foi trazido por Silva *et al* (2010), que analisou que a implantação da atenção domiciliar em um hospital filantrópico de Belo Horizonte, Minas Gerais, foi procedida por decisão político- institucional tanto com orientação racionalizadora , buscando a redução de custos, quanto com vista á reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados. Essa desospitalização vem acompanhada pela rotatividade de leitos, prevenção de infecções, evitando assim, custos com exames complementares e novos esquemas terapêuticos. No entanto, não foi encontrado estudos que compararem a efetividade desses custos entre a assistência hospitalar e domiciliar.

Outro estudo, também realizado em Minas Gerais por Silva *et al* (2017), ao analisar o processo de desospitalização de um hospital público geral , percebeu a fragilidade nesse processo em questões que envolvem a de implementação, sistematização, reorganização

interna e continuidade após a desospitalização. Assim, as estratégias utilizadas para a desospitalização nesse hospital foram insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio, sendo necessárias adaptações físicas no domicílio, a construção da rede de apoio social e as alterações no cotidiano que são construídas para efetivar a desospitalização

Ainda permitindo a explanação referente a custos, outros autores, em seus estudos, reforçaram a importância da parceria da família com o Estado na continuidade do cuidado. Neves, Castro e Costa (2016), verificaram que é papel do Estado a ampliação do acesso à AD, com a prestação de cuidados de qualidade, de forma que não seja transferida aos cuidadores toda a responsabilidade pelo paciente, tanto na execução dos cuidados quanto na transferência de gastos. Os gastos elevados com serviços de AD, realizados pelos próprios familiares, podem ameaçar a economia da família e o bem-estar do paciente. Para a resolubilidade destes cuidados, os familiares enfrentam burocracias e o que chamam de “falhas” do SUS, evidenciadas por falta de apoio profissional no âmbito domiciliar, indisponibilidade de materiais e de equipamentos. Para a obtenção, alguns usuários lançam mão do mandato judicial.

A atenção domiciliar é entendida por Pazzoli e Cecilio (2017), como má possibilidade de organização de serviço de saúde que colabora para preservar a autonomia da pessoa dependente de cuidado de longo prazo e vivencia de perto a vulnerabilidade humana. A falta de apoio do setor saúde sobrecarrega a família em relação ao cuidado. Muitos processos judiciais ocorrem devido ao desespero familiar com a falta de efetivo apoio aos cuidadores, pois não há serviços de apoio social domiciliar.

Outro elemento a ser considerado na Atenção Domiciliar, foi a integralidade do cuidado, obedecendo os princípios do Sistema Único de Saúde, além da humanização e do cuidado individualizado, autonomia da família e a importância do cuidado multidisciplinar. Kerber, Kirchhof e Cezar- Vaz (2010), percebem a saúde como direito do cidadão, e atenção domiciliar busca por resolutividade no primeiro contato, presta atenção contínua e longitudinal, tem território definido, promove as relações interpessoais (trabalhadores e usuários) e atua visando um cuidado humanizado proporcionando ações mais integrais ao indivíduo e à família e, uma integração entre os diversos serviços de saúde.

A Atenção Domiciliar foi concluída por Gallassi *et al* (2014) como um modelo de atenção complementar de grande potencial para a organização, para a qualificação e para o

ganho de eficiência, efetividade e eficácia por parte dos processos de cuidado em saúde na atenção básica, particularmente na ESF.

A Atenção Domiciliar constitui importante estratégia para o alcance de práticas pautadas na integralidade em três sentidos: No sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral e ampliado. A integralidade no sentido horizontal, na qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas por meio do primeiro ou único contato com o sistema de saúde. O terceiro sentido remete a incorporação de um caráter transversal à integralidade. AD propicia a atenção voltada para condições que não são, por vezes, valorizadas no âmbito hospitalar(BRITO et al, 2013)

A efetivação da Atenção domiciliar dentro da rede de atenção em saúde foi um ponto discutido por Andrade *et al* (2013), concluindo que o trabalho desenvolvido no Programa de Atenção Domiciliar possui interface com outros pontos da rede de atenção à saúde, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Completando a visão do estudo citado acima, deve-se esclarecer a importância da Atenção Domiciliar integrada à rede de atenção à saúde, potencializando a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, para isso, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ter estabelecido e pactuado fluxos e protocolos com o conjunto dos pontos de atenção dessa rede (BRASIL, 2012).

Entende-se como Rede de Atenção à Saúde (RAS), segundo Brasil (2010), são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Segundo Mendes (2011), a organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. Economia de escala,

qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS. A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior eficiência e competitividade. A integração vertical, nas redes de atenção à saúde significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a Atenção Primária de Saúde (APS) à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes.

Ainda segundo o mesmo autor, os processos de substituição são importantes para que se possa alcançar o objetivo das RAS de prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo, sendo a substituição é definida como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Outro conceito fundamental na construção das redes de atenção à saúde é o de nível de atenção à saúde. Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

Na Atenção Domiciliar, as RAS, devem ser estabelecidas, com protocolos e fluxograma, objetivando a segurança do paciente, visando a integralidade da assistência. Sendo assim, integrando-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) à Atenção Domiciliar, torna-se um dispositivo potente na produção de cuidados efetivos por meio de práticas inovadoras em espaços não convencionais (o domicílio), possibilitando, dessa forma, um olhar diferenciado sobre as necessidades dos sujeitos. Nesse contexto, visa à mudança do modelo assistencial, com o cuidado continuado, responsabilizando-se por determinada população e, assim como os outros pontos de atenção, devendo responder às condições agudas e crônicas da população (BRASIL, 2012).

A existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção facilita o funcionamento da rede e, conseqüentemente, o fortalecimento perante as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho, como o fluxo restrito de informação sobre os pacientes entre os pontos de atenção ou a falta de responsabilização entre os níveis assistenciais no cuidado ao paciente (ANDRADE *et al*, 2013).

Segundo Ministério da Saúde , como exemplos de mecanismos de coordenação assistencial, podemos destacar (BRASIL, 2012),:

- Definição de perfis assistenciais;
- Existência de protocolos clínicos definidos e linhas de cuidado;
- Uso de itinerários terapêuticos do paciente (análise do percurso terapêutico empreendido pelo paciente);
- Matriciamento entre profissionais;
- Uso de ferramentas de gestão da clínica (gestão de casos, telemedicina e telessaúde, gestão de lista de espera, entre outros);
- Registro eletrônico de saúde etc.

O cotidiano das equipes de Atenção Básica e AD deve vislumbrar incentivo às parcerias, à integração, à comunicação, à adequação e à flexibilidade entre os diferentes serviços que compõem a RAS, refletindo proporcionalmente na redução do número de consultas, internações, riscos e custos, bem como promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

No Ceará, a produção científica encontrada se refere muito a visita domiciliar na perspectiva da atenção básica, como modalidade de atividades de promoção e orientação de agravos no domicílio. Ressalta-se que o interesse desse estudo é a atenção domiciliar como modalidade substitutiva a internação hospitalar, que foram encontrados os estudos descritos posteriormente.

Através de uma pesquisa documental, Silva *et al.*, (2018), caracterizou o perfil socioeconômico e clínico dos usuários do Programa Melhor em casa, na modalidade de assistência tipo 1 , implantado no município de Sobral, Ceará, no ano de 2013, e constatou que a população era 60 % feminina, com a faixa etária de 62 a 90 anos, e a morbidade mais prevalente eram a seqüela de acidente vascular cerebral , seguidas de doença de Alzheimer.

Em outra perspectiva, Santos e Franco (2018), avaliou o serviço de atenção domiciliar do município de Maranguape, Ceará, na ótica dos gestores, profissionais de saúde e usuários,

constatarem que o recurso AD não estava sendo capaz de reverter o cenário da desospitalização e o da resolutividade devido a problemas de financiamento e gestão, além da fragilidade da rede de atenção à saúde.

Diante do exposto acima, algumas lacunas que inserem na implementação da atenção Domiciliar não foram supridas pela literatura científica existente, sendo um tema de ampla discussão, necessitando de maior produção científica para a sua caracterização.

4.5. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas são definidas como a área de intervenção em que o Estado se torna o autor principal de mobilização, de transformação desse território, da população inserida, da cultura, das constituições físicas, genéticas, culturais, educacionais, de todas as dimensões humanas. É um campo de ação que se volta para reconstruir ou desenvolver um conceito polêmico, mas sem limites indefinidos. (Costa, 2015).

No Brasil, o desenvolvimento das políticas públicas é muito mais tardio, devido um processo de construção do Estado Nacional complexo, retardatário, como a maioria dos países em desenvolvimento. A própria questão da consolidação do poder territorial nacional, não está completamente realizada, tendo um duplo papel do Estado como construtor da sociedade, como estabilizador de certos padrões de relações civilizada na sociedade. Aliado a isso, deve-se destacar a natureza extremamente heterogênea das Políticas Públicas quando é avaliado o território brasileiro, para a sociedade brasileira, isto é, que em cada região do Brasil, a população tem necessidades e realidades diferentes.(COSTA,2015).

Outro grande desafio na construção das políticas públicas no Brasil é que são operadas pelo Estado nacional, mas implementadas nos territórios dos governos subnacionais, e políticas organizadas no nível subnacional de forma mais ou menos autônomas, não conseguindo a implementação efetiva dessa política de forma equitativa. Ressalta a importância de citar também a questão da multidimensionalidade dessas políticas, onde deve-se desenvolver inúmeras concepções de análise de política que deem conta dessa dimensão múltipla e contraditória das sociedades (COSTA, 2015).

Perfazendo o campo das políticas públicas, desde os anos 80, há um interesse crescente na avaliação das políticas implementadas pelo Estado. Isso se deve a dois motivos

principais: o que foca a sua atenção nos gastos públicos, e estabelece que na esteira do agravamento da crise fiscal se amplia a escassez de recursos para atender as demandas crescentes da população afetada pelas reformas estruturais – abertura de mercados, desestatização; e o segundo motivo está centralizado nas mudanças que a sociedade moderna vem passando, com a efetiva necessidade de participação na inovação dos programas governamentais (SEIBEL e GELINKY, 2012)

Reforçando o conceito e a importância da avaliação das políticas públicas, Mendes et al (2010) define a avaliação como uma forma de consciência prática, ferramenta indispensável para os atores sociais, com potencial de mobilização interna, no sentido da coordenação de esforços de todos os participantes e também externa, destinada a conquistar espaços de visibilidade e credibilidade para as ações.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. O julgamento “é o conceito operativo central da avaliação”, que por sua vez, é o que vai diferenciar de fato, a pesquisa avaliativa de qualquer outro tipo de pesquisa. O julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou da elaboração, a partir de um procedimento científico, (pesquisa avaliativa). Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação. Podemos buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas critérios. Trata-se, então, de uma avaliação normativa. E podemos examiná-la, por um procedimento científico, buscando as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se, então, de uma pesquisa avaliativa (FELICIANO, 2010)

As sucessivas crises dos serviços de saúde geradas pela tensão entre a expectativa de atender as necessidades da população e o controle de gastos públicos são desafios que exigem constantes reformulações e novas tecnologias, adequando o sistema de saúde. Segundo Seibel e Gelinky (2012), é imprescindível que as decisões dos gestores sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas. A avaliação, como pesquisa, é uma atividade útil para o estabelecimento de políticas, mas nunca é suficiente para estabelecer políticas.

Ao desenvolver uma abordagem da avaliação, levando em consideração a formulação e implementação dos programas de saúde inclui na sua definição: a) coleta sistemática de informações sobre as atividades desenvolvidas, suas características e os resultados alcançados

pelo programa; b) que o propósito da avaliação seja ou fazer julgamentos sobre os programas, ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações (MENDES et al, 2010)

Nesse contexto de avaliação de políticas públicas, se faz necessário mencionar a avaliação da implementação, por considerar a natureza das decisões, os mecanismos e procedimentos institucionais, o contexto político-cultural e os interesses, prioridades, referências e comportamentos dos atores políticos (MENDES E SORDI, 2013)

Esses mesmos autores mencionam que os estudiosos de implementação de políticas devem levar em consideração os problemas durante o processo de sua elaboração, tendo em vista que estas poderiam ser melhores se quem as elabora pensasse na viabilidade de sua execução. Destaca a necessidade de as análises dos estudos avaliativos contribuírem mais para os planejadores na tomada de decisão ao elaborarem uma política. No entanto, isso depende da escolha do marco analítico adotado em detrimento de outros. Aponta que há, pelo menos, dois enfoques de análise de implementação de políticas, quais sejam: “[...] o diseño prospectivo (*forward mapping*) e o diseño retrospectivo (*backward mapping*)”.

A lógica do *Diseño prospectivo* contempla: planejamento de um objetivo; elaboração de um conjunto, cada vez mais específico, de etapas para o cumprimento desse objetivo; determinação de um resultado que permita medir o êxito ou o fracasso da política. Contrapondo-se a essa lógica, o *diseño retrospectivo* questiona o pressuposto de que quem elabora a política deveria exercer, ou tem exercido, uma influência decisiva sobre o que ocorre durante o processo de implementação (MENDES E SORDI, 2013)

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES : COMPREENDENDO A ATENÇÃO DOMICILIAR QUANTO A CONCEPÇÃO, A IMPLEMENTAÇÃO E DIVERSIDADE DESSA POLÍTICA

O trabalho de campo foi muito proveitoso e uma grande oportunidade de esclarecimento, aquisição de novos conhecimentos e compartilhamento de experiências, através dos diálogos com os atores envolvidos e da imersão profunda no cotidiano das práticas dos PAD. Então a melhor maneira de expor essa grande experiência é contando a história e dando falas aos atores envolvidos para que consigamos ter maior compreensão desse momento.

Será construído a partir desse capítulo uma narrativa da avaliação da Atenção Domiciliar implementada no Estado do Ceará em suas várias dimensões, mostrando aspectos de gestão, de concepções e práticas pelos profissionais de saúde e gestores, pela minha própria visão (de pesquisadora de campo) e pelos documentos de gestão que conseguimos ter acesso.

5.1- PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

No sentido de caracterizar cada serviço, se faz necessário descrever a percepção da pesquisadora, juntamente com as características elucidadas pelos entrevistados. De acordo com os resultados da pesquisa, o primeiro PAD implantado no Estado do Ceará foi o do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM), em 1996, baseado em iniciativa própria do gestor da época e que tinha atitudes empreendedoras e inovadoras e teve como base casos de sucesso ocorridos em outros Estado. No entanto, com essa iniciativa particular, a Secretária de saúde do Estado do Ceará estendeu essa iniciativa para os demais hospitais da rede estadual

No HM, o PAD atende a pacientes pneumopatas que saem para ao acompanhamento domiciliar, portadores de insuficiência respiratória crônica, dependentes de oxigênio domiciliar, contínua e/ou ventilação não-invasiva., e os portadores de cardiopatia, portadores de insuficiência cardíaca, com classe funcional grave ou portadores de insuficiência coronariana grave, sem condição de cirurgia e com instabilidade clínica. No momento da pesquisa, totalizavam 210 pacientes em atendimento, sem determinação de capacidade máxima.

No Hospital Geral Cezar Cals (HGCC), o PAD foi implantado em 2000, com a missão de proporcionar uma melhor assistência aos pacientes que necessitavam da continuidade de

assistência em seu domicílio, e que no início foi priorizada as pacientes que estavam em gravidez de risco, mas diante da necessidade do hospital foi redefinido aos pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas e/ou em fase terminal. No momento da realização desta pesquisa, o PAD disponibilizava de 20 vagas, e que estavam preenchidas 16 vagas.

No Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) , o PAD foi implantado em 2000, com o intuito de desospitalizar os pacientes crônicos e com alto tempo de permanência no âmbito hospitalar. No entanto, em 2004, por iniciativa de uma usuária e a médica assistente, em parceria com a gestão do hospital, foi criado o Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD), destinado a pacientes que necessitariam do suporte ventilatória, essencial a vida , para o domicílio. Nisso, o referido hospital possui os dois serviços : o PAD, destinado a pacientes dependentes de cuidados e o PAVD , que além dos cuidados, o paciente necessita de equipamentos para manter a vida. Respectivamente, o PAD possuía 45 pacientes , e o PAVD possuía 23 pacientes, onde a capacidade máxima é de 25 pacientes.

O Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA), possui modelo de gestão de Organização Social, regida pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), aprofundando-se a compreensão da importância deste hospital pela assistência oferecida, bem como do impacto social positivo de um modelo de gestão e atendimento que prioriza a qualidade, tendo por premissa a relação custo versus benefício. Baseado nisso, e visando a desospitalização com a garantia do cuidado especializado, a otimização dos recursos disponíveis e a humanização do cuidado, foi criado pelo o HGWA, o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) em junho de 2003. No momento da pesquisa, estavam em atendimentos 210 pacientes, divididos entre 5 equipes assistenciais.

No Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), o PAD foi implantada em momento em que a Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), estava em elevada epidemia, e devido a impossibilidade de tratamento, a mortalidade estava alta e com essa problemática, o PAD se fortaleceu a partir da necessidade das familiares de quererem que seus entes queridos tivessem o óbito no seu âmbito domiciliar. Atualmente, a perfil se estendeu para pacientes com sequelas de doenças infecciosas em geral, e até mesmo pacientes em acompanhamento por condições crônicas degenerativas , No momento da pesquisa, haviam 20 pacientes em atendimento.

Iniciaremos a partir da implantação dessa política , percebida e retratada pelos atores envolvidos como uma iniciativa individual de cada hospital , sendo que o Hospital de Messejana se destacou pela iniciativa, pelo desbravamento da implantação e por servir de exemplo para os demais PAD que foram implantados posteriormente. No momento dessa implantação percebe que o surgimento do PAD coincide com a implantação do Sistema Único de Saúde, trazendo a inovações dos princípios doutrinários, como descentralização, universalidade e integralidade, conforme a narrativa de umas das entrevistadas:

O nascimento do PAD se deu num contexto de abertura política favorável a questão das políticas públicas mesmo. Aqui no Hospital de Messejana, a gestão da época dizia que já tinha ouvido falar dessa iniciativa em São Paulo, e como gestor ele gostava da implantação de programas e de projetos, gestor empreendedor e cheio de iniciativas. Então, ele acreditou que poderia dar certo aqui no Hospital de Messejana, por ser um hospital terciário , a missão do hospital é acolher pacientes crônicos com doenças cardiopulmonares e com cenário de demanda exacerbada pelos corredores do hospital , ai ele resolveu que essa iniciativa poderia dar certo. Agente também entende que esse cenário na época confluir com o contexto de implementação do sistema único de saúde, a gente vinha da política centralizadora, para a política descentralizadora , onde na época, era tudo restrito, onde todo esse poder estava reservado ao governo federal ,mas com a política do SUS isso tudo foi descentralizado e foi favorecendo, mas ao mesmo tempo que foi favorecendo isso, a gente começou a ver que com a universalização os hospitais foram ficando cheios de pacientes , os corredores lotados, e o gestor público implementou o programa na época, que se chamava de programa de internamento domiciliar (Entrevistado 16, AS).

Após essa iniciativa de sucesso , outros hospitais da rede estadual foram incentivados pela Secretária Estadual de Saúde a implantar o PAD em seu funcionamento, no contexto de problemas como superlotação nos corredores dos hospitais, pacientes com doenças crônicas impossibilitados de alta devido a dependência de cuidados. Foi o caso do SAD do Hospital Waldemar de Alcantara , que viu na Atenção Domiciliar a possibilidade de desospitalizar o paciente dependentes de cuidados para o domicilio com a assistência de uma equipe multiprofissional, conforme relato:

O hospital Waldemar de Alcantara foi inaugurado em dezembro de 2002, e um dos objetivos do hospital era a internação clínica dos hospitais de emergência , especificamente o HGF, que sempre houve lotação, e o hospital foi visto como resolução desse problema . Então, tivemos basicamente internação clínica de pacientes e desde o início trabalhávamos com meta de tempo de internação , que em média eram 10 dias , e daí identificamos que um dos problemas , e umas das dificuldades para atender essa meta foi os pacientes crônicos , que internaram e ficavam dependentes de muito cuidados ,e fica inviável desospitalizar esses pacientes sem assistência. Ai

começamos a trabalhar com esse perfil de pacientes crônicos e com atendimento especial aos pacientes sequelados de AVC, a gente viu que a dificuldade não era apenas a condição clínica do paciente, mas as condições da casa de receber esse paciente e as condições dos cuidados para casa. Em 2003, planejamos e começamos a realizar a desospitalização pelo SAD. (Entrevistada 6, Med)

A experiência do Hospital Infantil Albert Sabin, nesse processo de implantação, foi diferenciada devido que, segundo o relato da médica idealizadora do programa, a iniciativa foi de uma mãe usuária dos serviços hospitalares, onde seu filho era portador de uma doença neurodegenerativa e que após anos de internação hospitalar, obteve a alta com o acompanhamento domiciliar por um serviço de home care da rede particular. Diante de sua experiência positiva, essa mãe junto com a médica que continuou a assistência em domicílio, vislumbraram a possibilidade dessa assistência para demais usuários do serviço público de saúde, na mesma condição de dependência de cuidados após a alta hospitalar, levando o projeto idealizador da assistência domiciliar para os órgãos responsáveis, como a direção do hospital e a gestão de saúde estadual. Percebe-se através desse relato transcrito abaixo, o poder que a participação popular tem na implantação das políticas públicas.

Todo serviço se baseia muito nas pessoas e esse aqui não foi diferente. Esse aqui é assim. Na época, tínhamos 5 crianças morando aqui no SABIN, em 2004. O Lucas, saiu do hospital em 2002, e eu continuei cuidando dele em casa. E a mãe dele tinha uma relação de amizade com as outras mães que estavam aqui, e como ela saiu daqui ela sabia que tinha outras crianças morando aqui. Então ela trouxe a ideia para a direção do hospital, as mães queriam levar seus filhos para casa. E como ela já tinha tocado a direção do hospital, e eu acompanhava o Lucas em casa, ela me propôs implantar no SABIN. Ela também fez uma articulação política, com o secretário de saúde do Estado, e numa reunião aqui no SABIN, eu levei a ideia para frente, como médica. Nessa ocasião, propôs a criação uma assistência domiciliar do SABIN, já que no serviço privado ela já funcionava e o primeiro paciente, que era o Lucas, ele tinha saído do SABIN. Nessa reunião resultou na formulação do projeto e levar para apreciação pelo secretário de saúde e a direção do hospital abraçou a ideia. E aí, as coisas começaram a fluir. (Entrevistada 10, Med).

A cada visita aos PAD participantes desse estudo, a cada escuta dos processos de implantação, notava-se a importância dessa política para a sociedade, para as instituições e principalmente, para os pacientes assistidos. Outro caso é o do Hospital de Doenças Infecciosas São José, onde o fato motivador era a alta mortalidade proveniente da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA), com o seu prognóstico conservador, onde as

famílias desejavam que seus entes queridos adoecidos tivessem a sua finitude em domicílio. Segue relato:

(...), o nosso só começou a funcionar em 2000, porque com o advento da AIDS, a crise aumentou com pacientes que faleciam constantemente devido a falta dos retrovirais, porque não tinha tratamento, então a AIDS, ela fez com que os programas domiciliares, principalmente o nosso, se fortalecesse, porque as famílias queriam que seus pacientes falecessem em casa, então alguns deles foram para casa sob a responsabilidade da família e faleceram em casa. Então, o surgimento do PAD veio a partir dessa problemática, do aids não ter prognóstico, então agente emergiu a partir dessa demanda. Cada pad constituído nessa época tinha a sua especificidade, nossa maior demanda eram os pacientes com HIV. Na construção, o nosso maior objetivo eram as medicações que esses pacientes necessitavam tomar e eles tomavam em casa, como antifúngicos, antibióticos, e posteriormente os retrovirais (...). (Entrevistado 16, AS).

Através das falas dos entrevistados, foi notório a percepção dos principais objetivos que desejavam alcançar com a implantação da política de Atenção Domiciliar, como a rotatividade de leitos, desospitalização com a continuidade de assistência para o domicílio, redução de custos, a individualidade e a humanização do cuidado. Segue mais relatos:

Temos como finalidade desospitalizar para vagar leitos hospitalares, e em casa, o custo é muito menor e é mais humanizado. (Entrevistado 12, Med)

O objetivo de desafogar o leitos, rodiziar e otimizar os leitos hospitalares, então esse foi o discurso. (...)na intenção de desobstruir esse volume de pacientes nos corredores, eles mandavam com certa frequência (Entrevistado 16, as)

Diante desse descrição do processo de implantação dos PAD, pode-se perceber que a implantação dessa configuração da atenção domiciliar foi procedida de decisão política-institucional no sentido de assumi-la como estratégia de organização tecnoassistencial em saúde do Estado do Ceará, objetivando simultaneamente a rotatividade dos leitos hospitalares e a redução de custos através da desospitalização, além da humanização do cuidado.

De acordo com a literatura científica dos anos de 2000 a 2008, acerca da implantação, percebe-se a diferença da nomenclatura utilizada aqui em nosso Estado, de Programa de Atenção Domiciliar, para determinar o que a Lei n. 825/2016, chama de Serviço de Atenção Domiciliar, que é 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) (BRASIL,2016).

As publicações do período de implantação da Política da Atenção Domiciliar, em concordância com o período que os PAD foram instituídos aqui no Ceará, percebe-se que esses serviços, vinculados a hospitais tiveram como motivação a desospitalização de pacientes em situação de cronicidade, permitindo a rotatividade dos leitos; diminuição de custos da internação hospitalar; prevenção de riscos, como complicações oriundas de infecção hospitalares ou outros eventos adversos que podem ocorrer no hospital; e principalmente a humanização da assistência permitindo um cuidado individualizado e autônomo, de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias; integralidade da atenção; o interesse de evitar a internação hospitalar, sendo possível uma otimização dos leitos hospitalares para os usuários que deles precisam (SILVA et al, 2010; BRAGA et al, 2016).

A implantação dos SAD, torna-se um desafio para o sistema de saúde, tanto pela necessidade de integrar as necessidades da gestão às assistenciais a fim de se tornarem resolutivas, bem como devido o deslocamento do cenário assistencial para o domicílio, em vista a complexidade do cuidado ofertado fora das instituições hospitalares.

5.2- IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Após a saciedade da curiosidade do processo de implantação da AD nos hospitais estaduais, partiremos para a descrição de como essa política está sendo implementada a partir das falas dos atores envolvidos.

5.2.1- COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O cuidado domiciliar possui peculiaridades importantes, pois será realizado no contexto da vida privada do indivíduo, e com presença das relações intrafamiliares, onde requer mudanças complexas, com desprendimento de práticas tradicionais e o desenvolvimento de novas habilidades, necessitando de um profissional que saiba lidar com a singularidade e a subjetividade que circunda o processo de cuidar no domicílio (CASTRO et al, 2018).

A multidisciplinariedade da equipe assistencial na assistência domiciliar , visa propiciar que vários profissionais , com suas áreas de conhecimento e diferentes proposta de trabalho e de atuação, possam agir em conjunto , sem estabelecimento de hierarquia, impulsionando o desenvolvimento , difusão e a produção da diversidade na assistência à saúde. (AMARAL et al, 2001).

Nos serviços avaliados, segundo o diário de campo, os entrevistados em sua grande maioria, eram profissionais que exerciam funções assistenciais e gerenciais, concomitantemente, o que facilitou a percepção transmitidas por eles desses dois aspectos na avaliação da política. Assim, pode-se discutir as formas de planejamento, compreender as interfaces que permeiam a organização dos PAD em seus aspectos macro e microestruturais para a efetividade esperada as ações que oferta.

No primeiro momento da entrevistas, os atores desse estudo foram questionados de como iniciaram o exercício profissional na AD, e percebe-se que os conhecimentos foram adquiridos com a prática da assistencial no domicílio, relatando que não possuíam a percepção da grandiosidade, da particularidade de tal assistência, e a contribuição para a excelência e o aprimoramento de suas atividades profissionais. Segue alguns relato:

(...) gosto desse atendimento mais próximo a população, pois é uma experiência nova, onde todos os dias você tem um conhecimento novo do paciente e uma demanda nova, não sendo aquela rotina de ser sempre a mesma coisa (...). (Entrevista 1, Enf)

O cuidado domiciliar tem suas particularidades, suas dificuldades e seus encantamentos. Exerço a minha função com muita maestria, e tento fornece o meu apoio, carinho e atenção, pois nesse caso, não e só doente o paciente, a família também se torna doente, pelo comprometimento da saúde de um ente querido, as preocupações exageradas que o cuidado domiciliar possui e a reponsabilidade que cada decisão envolve. (Entrevista 2, psico)

(...) quando fui convidada fiquei com medo , porque trabalhava como enfermeira assistencial há muito tempo, e aqui no PAD ia trabalhar sem a proteção do hospital, a retaguarda do hospital e eu ia ter que saber fazer tudo no domicilio do paciente (Entrevistada 15, enf)

(...) nós estávamos construindo a experiência, (...) os profissionais não tinham a dimensão desse cuidado em casa, não tinham construído a forma de fazer , de como fazer esse cuidado no domicilio (...). (Entrevistada 16, AS).

De acordo com as observações descritas no diário de campo, após a alta hospitalar, o cuidado domiciliar se inicia com as visitas programadas de todos os membros da equipe multiprofissional para determinação das intervenções de cada categoria profissional, além da periodicidade das visitas, e reforço das orientações aos familiares/cuidadores. O que modifica em cada PAD é a quantidade de vagas de pacientes para o acompanhamento domiciliar, o número de pacientes, a periodicidade das visitas e a composição da equipe. Isso será descrito na tabela descrita abaixo:

PAD	QUANTIDADE DE VAGAS	NÚMERO DE PACIENTES EM ATENDIMENTO	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	PERIODICIDADE DE VISITAS
HGCC	20 vagas	16 pacientes em atendimento	uma médica, um enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, um fonoaudióloga, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de enfermagem.	Visitas mensais e diante de intercorrências
HGWA	210 vagas	Todas as vagas estavam preenchidas no período da pesquisa	5 enfermeiros, 5 médicos, 11 fisioterapeutas, 3 Assistentes sociais, 1 fonoaudióloga, 1 Nutricionista, 1 dentista, 1 terapeuta ocupacional, 1 farmacêutico, 1 psicólogo e 2 secretarias que são técnicas de enfermagem	Visitas mensais e diárias intercorrências
HIAS	PAVD- 25 vagas PAD- sem determinação de vagas	PAVD-23 pacientes em atendimento PAD- 45 pacientes em atendimento	PAVD- 3 enfermeiros assistenciais, 4 fisioterapeuta e 2 médicos, 1 nutricionista, 1 assistente social PAD- 3 médicos, 2 enfermeiros, 1 nutricionista e 6 fisioterapeuta .	PAVD: enfermeira visita semanal; medico, quinzenal; e três a duas vezes por semana fisioterapeuta, de acordo com a gravidade da criança; cirurgião de três em três meses para troca de tqt e de seis em seis meses para troca de sonda de gtt,

				nutricionista, mensal, e assistente social sempre que necessário. PAD- visita mensal
HSJ	22 vagas	21 pacientes em atendimento	por um médico, dois fisioterapeutas, uma assistente social, um técnico de enfermagem e um enfermeiro, e estamos aguardando uma nutricionista pela cooperativa.	Duas visitas semanais de cada profissional
HM	Sem determinação de vagas	300 pacientes, no entanto apenas 150 pacientes são visitados mensalmente	1 AS, 3 enfermeiras, 2 fisioterapeutas, 2 cardiologista e 6 pneumologista, 1 nutricionista, 2 secretaria	Visitas mensais

Tabela 2 - Caracterização dos PAD quanto ao número de vagas, número de pacientes em atendimento, composição da equipe multiprofissional e periodicidade das visitas domiciliares

Fonte: Elaboração própria

Percebe-se que a composição da equipe multiprofissional dos SAD avaliados, alguns trabalhando com a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) em sua composição mínima: médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem, enquanto outros além da equipe EMAD, possuem profissionais que contempla a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), como nutricionista, fonoaudiólogos, assistente social e psicólogos. Complementando, observamos que as técnicas de enfermagem presentes nos serviços realizam atendimento administrativo, como orientações telefônicas, organização e programação de visitas.

No entanto, foi observado que muitas equipes têm nova dinâmica de trabalho, mostram-se coesas e compartilham saberes. Há respeito mútuo e constroem-se formas de interagir as especificidades de cada profissional como essenciais para um cuidado de qualidade no cotidiano do trabalho. Começa a se constituir uma superação de um modelo de produção em saúde centrado em procedimentos e organizadas na lógica médico-hegemônica para um trabalho modelado pelo reconhecimento da prática de outros profissionais de saúde.

Pelas falas dos gestores, a alocação dos profissionais tem se mostrado uma preocupação para a gestão dos recursos humanos nos serviços avaliados, e as decisões quanto

ao número , as especializações são influenciadas pelo planejamento estratégico de cada hospital, em que o serviço esta inserido. Isso repercute na dinâmica das atividades, dos cuidados, e as demandas do usuário e famílias , por vezes, não são contempladas.

(...) hoje não consigo efetivar um cuidado mais detalhado, pois disponibilizo de apenas uma equipe multiprofissional, onde os profissionais são cedidos um turno para o PAD e o que compromete a eficiência da assistência. . Toda equipe não é exclusiva para o PAD (Entrevistada 3, fisio)

(...)equipe ainda não e completa, sentimos falta de profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, e fonaudilogos. (Entrevistada 16, med)

(...)não disponibilizamos de assistente social (Entrevistada 13, enf)

Ainda sobre os profissionais que compõem as equipes assistenciais foi informado que muitos são concursados e concluem a carga horária exigida nos PAD , não sendo exclusivo para essa função, ou são profissionais que trabalham por cooperativas. Todos esses profissionais são ligados a folha de pagamento do hospital que o serviço está vinculado.

A grande maioria desses profissionais são concursados e complementam a carga horaria aqui no PAD. (Entrevista 1, enf)

exceto eu e a AS que somos concursadas, o restante é todo terceirizado. (Entrevistada 10, med)

Nossos profissionais são da casa e completam a escala pela cooperativa . (Entrevista 14, AS)

Segundo o relato da entrevistada 11, pode- se perceber que a falta de vínculo empregatício dos profissionais , torna difícil a permanência desses nos serviços , resultando em uma maior rotatividade e quebrando um dos princípios básicos da assistência domiciliar que é o vínculo de confiança , de respeito e até de carinho entre a equipe e usuário/família, além da quebra do plano de cuidados realizado pelo profissional anterior:

Falta de valorização do profissional, o que resulta numa maior rotatividade , comprometendo o acompanhamento. Temos também a dificuldade de encontrar profissionais que tenham o perfil para a atendimento domiciliar, pois o mesmo valor que eles ganham atendendo no hospital, eles ganham atendendo em casa, e por isso muitos preferem ficar no hospital.(Entrevistada 11, enf)

Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Castro et al (2018) que os profissionais trabalhadores da AD estudada, identificava-se a existência de contratação por

diferentes regimes jurídicos, como os contratos temporários ou a alocação de profissionais concursados já existente na rede, comprometendo a organização do trabalho, acometendo a solidificação do sistema público de saúde. Quanto a rotatividade significativa de trabalhadores colocam em risco a qualidade do cuidados aos usuários , por romper vínculos, a continuidade e a inviabilidade de planos de cuidados interprofissionais.

Esse deverá ser um dos pontos que a Atenção Domiciliar no Estado do Ceará necessitará ser fortalecida, com o olhar que engloba os esforços do SUS, com intuito de reduzir fragmentação das ações por meio do fortalecimento dessa política.

A visita domiciliar , definida como um instrumento central produção de novos modos de cuidado, modificando o processo de trabalho das equipes para o exercício da multidisciplinariedade, advém de uma orientação para a ruptura da dinâmica médico- centrada. Estudos apontam acerca do importante papel da visita domiciliar no estabelecimento de vínculo com a população, bem como seu caráter estratégico para a integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população , de sua vida social e familiar (CUNHA e SÁ, 2013).

Na implementação do cuidado em domicilio, as visitas dos membros da equipe multidisciplinar são compreendidas como um momento singular para fornecimento de orientações, saciamento de dúvidas, realização de procedimentos conforme a necessidade do paciente, e avaliação e controle quanto a dispensação de insumos e medicamentos disponibilizados pelos programas, conforme os relatos descritos abaixo:

As visitas são de realização de procedimentos, de supervisão de material que é dispensado pelo serviço, de reforço de orientações e cuidados. (Entrevistada 11, enf)

Nossas visitas são de acompanhamento clinico em cada área de atuação dos profissionais, são reforçados os cuidados, orientamos novamente. (Entrevistada 13, enf)

Nossas visitas, oferecemos orientação, e supervisão do cuidado ofertado pelo cuidador, nós somos o suporte deles. (Entrevistada 14, AS) .

Nisso, pode-se descrever a observação da pesquisadora, no momento das visitas domiciliares em que pode acompanhar, que a pessoa doente é a receptadora das ações e familiar/cuidador utilizado como mediador e/ou informante dos desvios fisiopatológicos do

doente. No cuidado domiciliar , a empatia e estabelecimento de vínculos como ferramentas importantes para obter a colaboração da pessoa doente e de seus familiares no enfrentamento dos problemas de saúde, considerando a clínica e as demandas familiares.

Para ilustrar o papel profissional no domicílio citaremos Puschel, Costardi Ide e Chaves (2006):

Sintonizar os enfoques teóricos-metodológicos, os programas de atenção, as metas, as concepções , os padrões de ação e de avaliação , enfim , o código prescritivo para as necessidades, expectativas e possibilidades do indivíduo e da família na perspectiva de compor um projeto compartilhado da melhor saúde possível, naquele momento de vida , naquela condição humana. (p.226).

Essa temática dos profissionais de saúde que executam a atenção domiciliar , que é necessário sensibilizar os gestores dos serviços sobre uma programa específico de educação continuada para os profissionais que atuam na assistência domiciliar , com a finalidade de ofertar aos usuários uma assistência de qualidade, científica, e sensível as peculiaridade do cuidado domiciliar

5.2.2- PROCESSO DE ADMISSÃO NO PAD E OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

O processo de admissão dos pacientes nos PAD, onde foi extraído pelas falas dos atores envolvidos e pela observação no campo da pesquisa, constitui um processo individualizado de cada serviço, no entanto com alguns pontos e critérios comuns a todos. Em todos os serviços, os pacientes são encaminhados pela equipe assistencial da internação hospitalar, que percebe a presença de necessidades exigindo a continuidade de alguns cuidados para o domicílio. Diante dessa rotina , indaguei a inexistência de uma buscativa por parte dos próprios serviços, mas logo me deparei com a impossibilidade dessa prática devido a escassez de profissionais pertencentes aos programas em geral.

Percebe-se ai, o acesso à atenção domiciliar restringe-se à demanda dos hospitais em que os serviços estão inserido, comprometendo os princípios do SUS, como universalidade, equidade e integralidade, além do fato de que os serviços, em sua maioria , possuem vagas limitadas de pacientes em acompanhamento, indo na adversidade dos objetivos de sua

implantação motivados pela desospitalização, a rotatividade de leitos e a redução de custos nas internações hospitalares.

Assim, levando em consideração o que foi dito por Silva et al (2010) , o acesso a atenção domiciliar deveria partir das três possibilidades de organização, frente as seguintes portas de entradas: demanda advinda da equipe Saúde da Família; demanda advinda da instituição hospitalar e demanda advinda das unidades de pronto-atendimento. Essa abertura criaria uma oportunidade para a atenção domiciliar ser efetivamente pautada pelas necessidades dos usuários, configurando-se como alternativa de eleição para certos tipos de situação clínica, constituindo-se uma modalidade efetivamente substitutiva.

Continuando, após a percepção da equipe assistencial da internação hospitalar, é realizado um relatório por esta equipe, constando a condição clínica do paciente e todas as necessidades de cuidados para o domicílio, para avaliação pela equipe assistencial dos PAD. Ao serem notificados pela relatório da equipe assistencial do hospital, essa avaliação inicial é realizada prioritariamente pela enfermeira, médica e assistente social , mas alguns PAD adotam a estratégia de qualquer profissional está apto a realizar essa avaliação inicial, tendo a sensibilidade de avaliar algumas condições de outras áreas profissionais, caracterizando a interdisciplinaridade, um aspecto importante para efetividade da AD. Justifica-se a avaliação inicial ser realizada pela equipe multiprofissional pelo fato que cada profissional já determina o seu plano de cuidados, que são as intervenções e cuidados a serem realizados no domicílio. Isso é perceptível no diálogo com a entrevistada 3:

Estamos implementando também que qualquer dos profissionais do PAD estejam aptos a fazerem essa primeira avaliação, não sobrecarregando apenas uma categoria, no caso a enfermeira. No entanto, estamos trabalhando para que a indisciplinabilidade prevalece, pois tende a cada profissional ter o olhar voltado para a sua categoria. Pois temos que desenvolver a visão integral do paciente , onde possamos absorver a maior quantidade de informações que permita agregar a todas as categorias profissionais, envolvidas no cuidado domiciliar , para discussão posterior, alinhando o olhar da equipe como todo. (Entrevistada 3, fisio)

Diante da análise dos discursos a respeito da avaliação inicial para inclusão do pacientes nos PAD, a avaliação médica , de enfermagem e do serviço social foi muito destacada. A avaliação médica está focada no quadro clínico da paciente, na detecção de situações adversas para o domicílio, com risco de complicação e reinternações, uma visão biomédica da doença. Já a enfermagem contribui com determinação dos cuidados, essência das práticas profissionais

dessa categoria. E o serviço social fica responsável para determinar o perfil social em que o indivíduo está inserido, bem como a adequação do domicílio para o atendimento domiciliar.

(...) e ao recebermos a solicitação de inclusão, providenciamos uma visita ao leito , que na maioria das vezes é iniciada pela enfermeira, mas também vão visitar o médico e a assistente social. O enfermeiro avalia o perfil , seguindo as dependências (...) (Entrevistado 5- enf).

Ao recebermos, realizamos a avaliação previa no leito , conversa com a família, vai ate o domicílio , realizado pela enfermagem e pelo serviço social.(Entrevistada 14-AS)

Quando ele chega aqui, a enfermeira vai agilizando dentro do espectro de conhecimento dela , ela vai articulando o restante da equipe que precisa avaliar esse paciente e todo mundo foca no encaminhamento e realizamos a visita ao paciente. Como assistente social, realizo a visita no leito do paciente, o que me permite traduzir para o paciente e família o que é o programa, em linhas básicas e gerais , pois o funcionamento do programa vai sendo aprendido por ele de forma gradual e sistemática , e eles terão a percepção do que é o programa. (Entrevistada 16- AS)

Esse mesmo fluxo de avaliação inicial foi encontrado no estudo de Paiva et al (2016), ao descrever:

Anterior à admissão dos usuários aos serviços de atenção domiciliar, há uma avaliação de cada caso, geralmente feita em conjunto por enfermeiro e assistente social. A avaliação envolve compreender o caso em si, a estrutura do domicílio e a dinâmica familiar, possibilita também verificar a disposição e as possibilidades de execução do cuidado em casa (p.249)

Nessa avaliação inicial, alguns critérios são relevantes para que a admissão tenha um desfecho positivo com a desospitalização do paciente para seu domicílio. São os chamados critérios de elegibilidade, os fatores de dependência que o paciente possuem quanto a cuidados dentro do domicílio, além de condições socioeconômicas , territorial, e familiar que o indivíduo está inserido. No entanto, alguns deles são comuns em diversas experiências, apesar da heterogeneidade e das singularidades locais.

O consolidado dos critérios de elegibilidade levados em consideração nos PAD avaliados são:

- ✓ Estar internado nos hospitais em que o PAD está funcionando;
- ✓ Ter o consentimento da família para a alta hospitalar com o acompanhamento domiciliar;

- ✓ Residir no município de Fortaleza;
- ✓ Apresentar condições clínicas estáveis;
- ✓ Dispor de um cuidador capaz de colaborar e compreender as orientações;
- ✓ Possuir residência com condições favoráveis para a assistência domiciliar, como energia elétrica, água potável, saneamento básico, acesso seguro;
- ✓ Apresentar condição financeira para o sustento básico;
- ✓ Ter necessidades de cuidados em domicílio, como presença de dispositivos, necessidade de equipamentos para o suporte da vida, lesões por pressão e condições clínicas que impeçam o acesso aos serviços ambulatoriais, além dos cuidados paliativos.
- ✓ Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.

Diante de quaisquer adversidades a essas condições, o paciente fica impossibilitado de ter a alta hospitalar para o domicílio em acompanhamento dos programas.

A única impossibilidade do paciente não ir para casa assistido pelo PAD , e o caso que o paciente não tem condição de energia elétrica, falta de saneamento , com precariedade do ambiente domiciliar, e nos casos em que o paciente não tenha um acompanhante para ser o cuidados principal , tipo ele mora só e família não se responsabilizar pelo seu cuidado. Outro critério para acompanhamento domiciliar pelo PAD é o paciente residir em Fortaleza, não atendemos áreas metropolitanas. (Entrevista 1, enf).

O que mais impacta na desospitalização do paciente é a condição financeira , que eles não tem como se sustentar , infelizmente o paciente não sai do hospital. O SAD oferta insumos e equipamentos ,mas casa , comida e demais custos e de responsabilidade da família (Entrevista 5, enf)

Os critérios de inclusão são: residir em Fortaleza, possuir cuidador, paciente acamando , sem possibilidade de locomoção para atendimento ambulatorial ,ter condições familiares e socioeconômicos , ter acesso seguro para assistência domiciliar , porque diante da violência urbana precisamos estabelecer isso , apresentar estabilidade clínica , sem necessidade de medicação endovenoso e necessitar de cuidados que necessitam de supervisão da equipe, tais como, curativos, dieta enteral, reabilitação , suporte de o2 e vm, cuidados com ostomias , tratamento cuidados paliativos. (Entrevista 6, med).

Paiva et al (2016), complementam a análise realizada , ao descreverem os critérios de inclusão e de elegibilidade nos SAD. Os critérios de elegibilidade abrangem aspectos clínicos e administrativos. Os aspectos clínicos dizem respeito à situação do quadro do paciente, aos

procedimentos assistenciais e a frequência de visitas. Os aspectos administrativos referem-se às condições operacionais e legais para que o atendimento do paciente seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente. Os critérios de inclusão na AD estão relacionados aos aspectos administrativos, possuir domicílio com infraestrutura física compatível com a realização da AD (água, energia elétrica, fontes de comunicação, acesso para veículos, janelas e dimensão mínima para um leito e equipamentos).

No Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital Waldemar de Alcântara, é o que possui uma abrangência considerável da assistência domiciliar que presta aos usuários por uma equipe multiprofissional e atende aos diversos hospitais de instâncias municipais, estaduais em complementação dos PAD existentes, e da esfera federal, por isso não se limitam a atender apenas os pacientes internados no HGWC, conforme o relato a seguir:

Hoje o SAD não é mais exclusivo do Waldemar de Alcântara, agente atende aos maiores hospitais de Fortaleza, entre eles IJF, HGJ, Hospital das Clínicas, mas também ajudamos o hospital de Messejana, do São José e do Sabin, e do Cezar Cals. (Entrevista 6, med)

De acordo com a definição da Portaria 825/16 do Ministério da Saúde, define as seguintes modalidades de AD (BRASIL, 2016)

- ✓ AD 1, destinada ao 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. Essa modalidade deverá ser realizada pelas equipes da atenção básica
- ✓ AD 2 destinada ao 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

- ✓ AD 3, aos usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, 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.

O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD. De fato, a população assistida pelos serviços avaliados e observados no campo da pesquisa constitui de quadro clínico diversos, com patologias diversificadas, sobressaindo as patologias neurodegenerativas e sequelas encefalopáticas , com necessidade de cuidados de complexidade média e alta, dependência de equipamentos a suporte de vida e dispositivos diversos, como traquéostomos, sonda alimentares , cateteres venosos e lesão por pressão. Quanto as idades dos pacientes em atendimento, há muito diversificado contemplando bebês a idosos.

O perfil dos pacientes em atendimento observados nos programas estudados , não difere do perfil assistencial descrito por Neves et al (2019), onde a maioria da população assistida por um serviço de atenção domiciliar era idosa, dependente de autocuidado, devido a doenças crônicas incapacitantes, como Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, doenças oncológicas, e demandavam de equipamentos para a saúde.

5.2.3- A FAMÍLIA E CUIDADOR COMO PROTAGONISTA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A família ou o representante legal do paciente, é a peça chave para a implementação do cuidado domiciliar, em vista que todo o processo de admissão no paciente no PAD só se inicia com o consentimento da família, através da aceitação da proposta da assistência domiciliar. Isso reflete uma relação de atenção e respeito do Estado para com o cidadão, como consequência de um elevado nível de consciência da população com relação aos seus direitos.

Antes da discussão dos fatos encontrados na pesquisa, cabe esclarecer alguns conceitos importantes nessa dimensão. A família é considerada o habitat natural do ser humano, podendo o indivíduo em seu contexto ser ele mesmo, agindo naturalmente, sem máscaras ou cobranças pelos defeitos ou qualidades que possuam. Ele exerce o papel que lhe cabe e responde pelo que é, e não pelo que tem, como acontece na sociedade. A família é a raiz da estrutura social (AMARAL et al, 2001)

O cuidador é um membro da família, amigos ou pessoa contratada para essa finalidade, cujo o papel principal é cuidar do paciente. É a peça fundamental para a implementação do cuidado no domicílio, pois irá gerir os cuidados, aliados a orientação e supervisão da equipe multiprofissional, que irá ensinar o cuidador a realizar diferentes tipos de manobras e procedimentos que precisarão ser efetuados diariamente, sem a presença dos profissionais.

Foi relevante nos relatos dos atores, a família como a peça fundamental para o sucesso desse cuidado, através da prática individualizada e diária dos cuidados, e o ponto chave para todas as informações, conhecimentos e práticas que serão orientadas pela equipe assistencial no domicílio. A presença do cuidador é fundamental para inclusão nos SAD, que será orientado a cuidar seguindo as técnicas ensinadas, e terá a autonomia desse cuidado.

e se não houvesse esse cuidador o paciente não seria admitido no PAD. (Entrevistada 1, enf)

(...) por que a gente quer dar autonomia a esse cuidador, cuidar do seu familiar e nós como suporte (...). (Entrevistada 3, fisio)

O cuidado domiciliar se baseia principalmente em orientações dadas a família, nosso programa está totalmente voltado para essas orientações, no intuito de evitar o reinternamento dos pacientes.(Entrevistada 7, enf)

Outro fator de exclusão é a família não seguir as orientações que são oferecidas pelo SAD, não há comprometimento pela família nos cuidados e nos seguimento .(Entrevistado 8, fisio)

No entanto, segundo dados observados no diário de pesquisa, o cuidador não é preparado adequadamente para assumir os cuidados domiciliares, pois não há treinamento prévio a alta, com as técnicas e os procedimentos realizados no domicílio, tendo o cuidador a responsabilidade de aprender e assimilar todas as orientações que são fornecidas pela equipe assistencial. As informações pertinentes aos cuidados domiciliares são fornecidas pela equipe da internação do hospital, de forma dinâmica, isolada e sem possibilidade de avaliação se as

informações foram assimiladas. Diante dessa realidade, foi relatado pelos atores envolvidos a presença de alguns conflitos com os cuidadores e a transferência de responsabilidades para o programa e até mesmo para o Estado.

O nosso PAD não trabalha com esse cuidador, ele sai do hospital já orientado pela equipe que assistiu o paciente durante o internamento, se for necessário o treinamento para um curativo, a enfermeira responsável pela unidade de internamento já orienta, determina os materiais que precisam ser providenciados para o domicílio. (Entrevistada 1, enf)

(...) porque a família compreende que por ter vínculo com a instituição hospitalar terciária, que devemos funcionar da mesma forma que o hospital, eles acham que as visitas domiciliares tem que ocorrer todos os dias, deveria ter a prestação de serviço da fisioterapia, da fonoaudióloga, da enfermeira e da médica em todos os dias e em todos os turnos, daí temos tentando conscientizar o cuidador, e que ele saia daqui com o entendimento que é o programa, porque muitos cuidadores não tinham esse entendimento, gerando conflito com a equipe. (Entrevistada 3, fisio)

Ele tem o treinamento na unidade de internação, no leito, porque a gente faz um treinamento teórico, porque não temos o paciente, o intuito é que esse cuidador seja treinado no leito, com o paciente, para quando ele chegar aqui tenha noção do que estamos falando no treinamento teórico. Essa orientação é realizada apenas pela enfermeira (Entrevistada 7, enf)

Infelizmente a família não é treinada sobre os cuidados para o domicílio, nós não conseguimos fazer esse treinamento. E o hospital também não consegue. O que acontece é que a equipe que vai para o domicílio é quem acaba dando as orientações e resolvendo as dúvidas que o cuidador tem (...) (Entrevistada 15, enf).

Essa transferência dos cuidados para o cuidador, instiga a percepção de ser um campo sensível, pois o cuidador aprende e reproduz, mas também tem opinião em suas decisões, não levando em consideração apenas os aspectos técnicos, mas também muitos outros elementos da vida (afetivos, culturais, religiosos, materiais), personalizando a sua prática dos cuidados. E isso deve ser considerado pela equipe multiprofissional, respeitando os valores, e as necessidades trazidas pelas famílias.

Isso é descrito por Feuerwerker e Merhy (2008), a seguir:

Como a família assume a principal responsabilidade na execução dos atos de cuidados no âmbito do domicílio, ela dispõe de um grau significativo de liberdade na composição das tecnologias de cuidado efetivamente utilizadas. Ou seja, existe, necessariamente, uma combinação de repertórios de tecnologias de cuidado operando no âmbito domiciliar, que é de autoria da família, particularmente do

cuidador. Portanto, mesmo quando as equipe de saúde pretendem “transferir” o cuidado hospitalar para o espaço do domicílio, propondo a reprodução das práticas de assistência operadas no hospital, configura-se uma disputa de projetos terapêuticos em que as famílias têm papel definidor. A ampliação da autonomia das famílias torna indispensável a negociação dos projetos terapêuticos por parte das equipes e traz para a sua agenda um universo de questões, problemas e circunstâncias que ultrapassam os aspectos biológicos das situações patológicas que se propõem sejam cuidadas no domicílios (p.185)

Ainda sobre os cuidadores , outro ponto abordado nas falas dos entrevistados foi acerca da sobrecarga de reponsabilidade, o cansaço dos cuidados diários retratados pelo estresse, e as vezes, repercutindo em ocorrência de agravos e complicações no estado clínico dos pacientes. Durante a oportunidade de presenciar e vivenciar as visitas domiciliares pela equipe assistencial , percebi que a grande maioria dos cuidadores são membros da família, que abdicaram da suas atividades profissionais para se dedicarem ao cuidado do seu familiar, repercutindo nas condições financeiras da família. Segue relatos:

Agente percebe tanto pelo relato deles, como percebe no próprio paciente , como por exemplo , paciente que tinha a pele integra e de repente rompe lesão por pressão , começamos a perceber os problemas que circundam esses cuidados, além da diminuição do cuidado pelo cansaço . (Entrevistada 7, enf)

Percebemos desfalques nessas orientações ,mas é aceitável por ser tratar de um cuidador que foi designado a fazer um papel que ele nunca foi treinado efetivamente, porque a instituição reconhece isso informalmente, ele está sendo usado, ele não está sendo pago para aquele papel. (Entrevistada 15, AS)

(..)não e só doente o paciente, a família também se torna doente, pelo comprometimento da saúde de um ente querido, as preocupações exageradas que o cuidado domiciliar possui e a reponsabilidade que cada decisão envolve (Entrevistada 2 , psico)

Temos a sensibilidade quanto ao cuidador , pois sabemos do adoecimento deste cuidador, do estresse e da sobrecarga de trabalho e responsabilidades e sabemos que o cuidado tem esse cansaço, pois eles são muito sozinhos e estamos tentando estratégias que reduzam esse estresse. (Entrevistada, 14, AS)

Essas características dos cuidadores foram encontrados em diversos estudos que alicerçam essa pesquisa. Pozzoli e Cecílio (2017), ao evidenciar as experiências do cuidar e do ser cuidado nos SAD, os cuidadores participantes do estudo ressalta a dificuldade de se ausentar

do cuidado para a promoção da saúde mental. Pires et al (2013), demonstra a vulnerabilidade do cuidador, seja física, social ou emocional, tornando-o igualmente dependente da AD pelas equipes de saúde, o que aumenta a complexidade das abordagens necessárias por parte dos profissionais, induzindo-os ao trabalho interdisciplinar em rede.

O PAVD do Hospital Infantil Albert Sabin adotou para treinamento com o cuidador responsável, que na maioria das vezes é a figura materna. O serviço faz a exigência de possuir dois cuidadores por paciente, que além da mãe, poderia ser qualquer outro membro da família ou mesmo cuidador contratado pela família. A rotina de desospitalização das crianças dependentes de ventilação invasiva inicia com a sensibilização da família acerca da assistência domiciliar, e no caso da família acatar a possibilidade da alta hospitalar, a criança é transferida da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a unidade de transição chamada de Unidade de Pacientes Especiais (UPE). Nessa unidade, a família e os cuidadores são treinados para os cuidados domiciliares, assumindo a dinâmica dos cuidados, para irem assimilando a rotina a ser realizada no domicílio. A equipe de enfermagem dessa unidade participa de forma supervisora e complementar. E quando se aproxima o momento da alta hospitalar, a enfermeira do SAD realiza treinamento juntamente ao paciente, para garantir que os cuidados domiciliares serão executados com maestria. A seguir, estão os discursos da médica coordenadora e da enfermeira do PAVD, relatando o que foi descrito acima:

A UPE é o nosso apoio principal de saída para o domicílio e de retorno para o hospital, quando for necessário, então se o paciente está estável na UTI e tem indicação de ir para casa, ele vai para UPE para iniciarmos a transição do cuidado. Isso porque vimos a necessidade de prepararmos esses pacientes para o domicílio, que inclui o treinamento do cuidador, que sempre é a mãe, mas agora treinamos sempre dois cuidadores, mãe e pai, e a preparação da criança para adaptação ao respirador, antes de levarmos para casa isso é feito dentro do hospital. (Entrevistada 10, med).

Após isso, eu entro com o treinamento dos cuidadores, que contempla todos os cuidados para o domicílio, e todas as necessidades que o paciente possa vir necessitar no domicílio. Daí treino os cuidadores separadamente, pois assim eles ficam mais soltos para saciar as dúvidas. Treino com as práticas no boneco, e banho e aspiração na criança. Eles já assumem os cuidados de forma parcial ainda na UPE para que possamos ter a supervisão desses cuidados. (Entrevistada 11, enf)

Sobre a importância desse treinamento do cuidador, a habilitação da autonomia, para os indivíduos e familiares terem condições para desenvolverem o cuidado no domicílio numa

situação de adoecimento, é a possibilidade de estar capacitado a realizar um cuidado com ajuda do sistema de saúde, com profissionais que ensinem, orientem e acompanhem.

Um bom treinamento é essencial ao cuidador, mas para assegurar que este trabalho seja eficaz e de qualidade para o doente, a equipe que treinou deve supervisioná-lo rotineiramente e também pela evolução do estado do paciente é possível verificar a efetividade do cuidado realizado (LACERDA, 2010)

5.2.4- O PAPEL DO ESTADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR E JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

Pela observação e análise das entrevistas, ficou claro que a assistência domiciliar não se restringe apenas as visitas da equipe multiprofissional, em geral também ocorre o fornecimento de materiais médico-hospitalares, medicamentos conforme prescrição médica, dieta enteral, equipamentos de suporte a vida, como concentradores de oxigênio, cilindros de oxigênio, ventiladores mecânicos, aspiradores de secreções e oxímetro de pulso. No entanto, cabe mostrar que esses materiais serão dispensados aos pacientes enquanto estiverem ligados ao programa , e no momento que ocorre a dispensação por meios de liminares judiciais, em outras palavras, através da judicialização da saúde, os programas encerram a dispensação .

Além das visitas multidisciplinares, o PAD também fornece os equipamentos necessários a vida, no caso dos pacientes de DPOC , que são o concentrador de oxigênio e o cilindro. Outro item disponibilizado pelo PAD são as medicações prescritas pela médica do serviço. (Entrevistada 1, enf)

Após a admissão no PAD, todos os insumos que o paciente necessita é ofertado pelo PAD, desde que seja possível a disponibilidade pelo programa, tais como medicação, materiais e oxigenioterapia. (Entrevista 3, fisio)

No entanto, é perceptível nas falas dos entrevistados , que a família também disponibiliza de custos para a efetivação do cuidado domiciliar, o que acaba comprometendo a renda familiar , muitas vezes já comprometida, por serem famílias abastadas, que sobrevivem por meios de auxílio social do governo.

Nesse tocante, é importante descrever aqui que o problema da judicialização da saúde permeia a Atenção Domiciliar, tanto quanto na obrigatoriedade através de liminares judiciais da oferta da assistência domiciliar, quanto a dispensação dos mais diversos insumos e equipamentos, tais como fraldas , cama hospitalares e etc. Outro ponto importante dessa problemática, é que os próprios SAD direcionam a busca pelas liminares judiciais , ofertando relatórios e sensibilizando a família, no intuito de reduzir os custos financeiros referentes ao

programa, além de abolir pontos de vinculação permanente do paciente ao serviço. Segue relatos:

No nosso caso, a judicialização entra na possibilidade dos pacientes conseguirem insumos, dietas enterais (Entrevistado 5, enf) .

O que percebe é que as pessoas tem procurado com mais frequência a justiça, mas isso não muda o nosso atendimento (Entrevistado 7, enf)

Essa problemática, sentimos quando a família coloca na justiça é para receber medicações, insumos e dieta, e uma vez recebendo através de liminar judicial, ela não recebe por nós, e sim pela secretária do Estado. (Entrevistada 11, enf).

Hoje a nossa alta depende do despacho da procuradoria do Estado, com as liminares judiciais.(Entrevistado 12, med)

Hoje trabalhamos constantemente com essa problemática de liminares judiciais que vem para o fornecimento de equipamentos, mas que abrange o acompanhamento pelos profissionais (Entrevistada 15, enf)

Ainda sobre a judicialização da saúde , pode-se perceber que os profissionais da saúde entendem isso como uma imposição da justiça sobre a necessidade real do paciente, no que se refere a obrigatoriedade da oferta da assistência domiciliar, perpassando pela autonomia dos profissionais de saúde. E a família, em alguns casos sinalizados conscientes dos direitos adquiridos, oprime a equipe assistencial para a alta do programa. Para isso, se faz necessário a intersetorialidade dos mais diversos órgãos públicos. Descrevo abaixo alguns relatos acerca dessa problemática:

A liminar ela acaba coagindo a assistência da equipe, pois precisamos possuir instrumentos e participação de outros órgãos para conseguirmos reverter, caso haja a necessidade. No nosso caso, a liminar que acompanhamos, ao sinalizar a alta do serviço pois o paciente não possui mais a necessidade do acompanhamento , a família foi logo sinalizando que no outro dia entrava novamente na justiça , isso interfere no serviço e na rotatividade. (Entrevista 3, fisio)

Temos recebidos com frequência e nós avaliamos, caso não tenha perfil, respondemos ao Ministério Público (Entrevistada 6, med)

Percebo isso como um grande problema para a saúde pública, pois nos passar dos anos, vimos e sentimos o poder judiciário decidindo sobre a saúde da população, e os serviços que pagam o pato ne? (Entrevistada 10,med)

Mas hoje o processo de judicialização existe devido ao desconhecimento dos profissionais que compõe a rede a o população angustiada pela resolução do seu problema, recorre a via que acha mais rápido, que é o poder público. Mesmo chegando pela secretaria, com decisão judicial, vamos ponderando , fomos pontuando, fomos dizendo que o juiz ele pode, mas não pode tanto, porque tem um profissional de saúde da ponta que ele tem o conhecimento sobre isso, existe protocolo para essa inclusão , então quando ele aponta que o paciente precisa ser incluído, a gente não desatende a ele, agente apenas diz “espera ai juiz”, agente atende nessas condições .

Realizamos a avaliação do paciente, e se tiver o perfil ele entra, pronto. Se não, a medica faz o relatório explicando os motivos que não contemplam o perfil para o atendimento. O juiz também não vai desacatar, porque ele não foi desatendido, ele foi ensinado a empoderar a batida do martelo dele no sentido de conhecer que o profissionais faz. (Entrevistada 15, AS)

A judicialização de saúde é um processo intersistêmico, o qual interfere no relacionamento do Executivo e Judiciário, entre o sistema político e jurídico, acarretando inegável impacto nas contas públicas e dificultando a consecução dos princípios organizacionais do SUS. (NUNES E JUNIOR, 2016). Ainda se baseando nesses autores, no Estado do Ceará , em 2011, tramitavam mais de 8 mil processos de saúde e atualmente esse número triplicou. E quanto a espécie do bem requerido, medicamentos , insumos , alimentação e internamento domiciliar, estavam entre os itens. Isso, demonstra que a atenção domiciliar , entre outras demandas , tem-se desenhado sem efetividade e sem planejamento no cenário do Estado do Ceará.

Ao considerarmos a Atenção Domiciliar, deve-se esclarecer que o Estado como provedor de saúde, tem seus deveres relacionados a promoção da saúde, fator que gera responsabilidade e participação também no que é de sua competência, de modo a não sobrecarregar a família nem transferir para ela esse ônus simplesmente enviando o paciente para o domicílio, sem sustentar algumas necessidades, sejam elas materiais, humanas ou outras.

Diante a realização dessa pesquisa, nesse contexto, percebe-se lacunas no sistema de saúde, pois ao mesmo tempo em que ocorre a desospitalização, cria-se uma nova demanda da população , a de suprir as necessidades de cuidados agora existentes no domicílio. Porém, não houve progressos nem estrutura de base, nos quesitos recursos humanos, materiais e organizativos, para alicerçar a Atenção Domiciliar.

5.2.5- DESLIGAMENTO DOS PACIENTES DOS PROGRAMAS E OS CUIDADOS PALIATIVOS NO DOMICILIO.

Após termos entendido como está desenhado atualmente a implementação do cuidado domiciliar, um ponto que merece destaque é o desligamento do paciente dos referidos programas. Percebi que a população usuária desses programas contempla portadores de doenças crônicas degenerativas, com prognóstico conservador, sem possibilidades de reabilitação, ou de reabilitação parcial, com a dependência de cuidados e de suporte de equipamentos essenciais a vida, e daí surge a inquietação de como ser possível o desligamento desse pacientes do

programa que auxilia em sua sobrevivência? E essa inquietação foi respondida ao constatar que os SAD possuem baixíssimas taxas de desligamento, devido a dependência dos pacientes, a falta de estrutura da Atenção Básica que absorva o contingente de pacientes dependentes dessa assistência. Isso levou a constatar que a rotatividade das vagas dos SAD não existem e que a permanência desses pacientes nos programas é até a sua finitude. Diante disso tudo, cabe ressaltar a insegurança da família diante do desligamento, gerando conflitos.

Muitos foram as falas que retrataram a dificuldade do desligamento:

As formas de desligamento é através da alta melhorada, óbito e transferência para as UBS. No entanto não estamos conseguindo transferir para as UBS, (...)pois temos paciente com perfil de alta, perfil para acompanhamento pela atenção básica, daí não conseguimos dar alta para esse paciente porque sabemos que esse paciente vai ficar largado, sem assistência. . Essas transferências tem sido motivo de grandes conflitos, onde as UBS afirmam não ter estrutura para admitir os pacientes., e ainda possuem o posicionamento contra a nossa alta, instigando a família a processar o programa, caso tenham alta. (Entrevistada 3, fisio)

Quanto a alta, temos um grande problema de dar essa alta, porque hoje estamos sem estratégia de saúde da família, né? São poucas as unidades que prestam serviço na territorialização . O ideal seria nós (PAD) estabilizar o paciente , e retornar a atenção básica para esse acompanhamento, No entanto , não é isso que acontece Em alguns pacientes, conseguimos dar a alta , e tem os casos dos pacientes que saem e ficam perdidos, porque a atenção básica não assume. Em resumo a nossa alta se dá por alta melhorada, depois da reabilitação; pelo óbito esperado. E ai vamos ficando com o paciente , porque não temos a válvula de escape desses pacientes (Entrevistada 5, enf).

No entanto temos a dificuldade de dar continuidade pela atenção básica, melhoramos a comunicação ,mas continua muito difícil porque eles estão desfalcados , onde a atenção básica não existe . (Entrevistada 6, med) .

No entanto percebemos uma luta diária quanto a participação das UBS e as famílias reclamam muito quanto ao funcionamento e o acompanhamento do posto, pela falta de medico e falta de medicações. A família fica muito angustiada quando sinalizamos a alta devido ao sentimento de ficar solto , desassistidos, porque acham que o posto não vai assistir da mesma forma , presta a mesma assistência ao serviço. (Entrevistado 8, fisio)

A alta (o desligamento do programa) não é fácil, e um processo dinâmico e as vezes conflituoso. (Entrevistado 12,med)

Essa é a parte mais difícil , porque o sistema não ajuda, não absorve a criança e os cuidados, sem fornecer o que é a necessário. Até julgamos que a família fica sob o guarda-chuva do PAD, mas infelizmente são famílias carentes que necessitam de tudo, e muitas vezes não são conhecedoras de seus direitos. (..) E muitas vezes recebemos o retorno das UBS que não tem como absorver o paciente com o perfil , e ai seguramos a criança no pad. Na nossa rotina, conseguimos dar pouquíssimas altas. (Entrevistada 13, enf)

Não conseguimos transferir o paciente para atenção básica não, é muito difícil (Entrevistada 15, enf).

No entanto, te informo que o paciente entra no programa e fica até a sua finitude, cursando para óbito.(Entrevistada 16, AS).

Então, pelos discursos dos entrevistados, o desligamento dos pacientes se dá nas seguintes ocasiões:

- ✓ alta melhorada, quando o paciente consegue reabilitar as dependências adquiridas na internação hospitalar;
- ✓ alta por evasão, quando o paciente vai residir em outra localidade fora dos limites do município de Fortaleza;
- ✓ e o óbito.

Outra possibilidade de desligamento é o reinternamento hospitalar, pois diante de uma intercorrência clínica, onde exista a necessidade do internamento hospitalar, a maioria dos SAD não possuem leitos de retaguarda nos hospitais que sediam, e daí o paciente é orientado a acionar os serviços de urgência e emergência móveis (SAMU), para serem levados aos serviços de pronto-atendimento da rede, e podendo ter a possibilidade de internar nos mais diversos hospitais que contemplam a rede hospitalar. Nisso, eles podem perder o contato com o SAD de origem, apesar de haver situações em que o próprio programa fica monitorando a condição do paciente junto a família e após a alta hospitalar retoma o acompanhamento domiciliar pelo SAD de origem. Conforme os discursos a seguir:

Então, pode acontecer do paciente internar em outro hospital, acabando com o acompanhamento pelo nosso PAD. Se o outro hospital não encaminhar, ou sinalizar o nosso PAD, acabamos perdendo o vínculo com o paciente.(entrevistada 1, enf)

Mesmo o paciente internando em outra instituição, quando ele tiver a alta hospitalar, ele retorna para agente, no entanto isso não deveria acontecer, pois isso é um critério de exclusão. (Entrevistada 3, fisio)

o pacientes retorna para o hospital, através de nossa intervenção junto ao leito hospitalar, junto com a regulação pela coordenação. No caso de não houver a vaga, orientamos a ida para UPA, os vão para outra unidade de internação. (Entrevistada 5, enf)

No caso de intercorrências no domicílio, orientamos, entrar em contato com o SAMU, e entram pela emergência aqui ou em outros hospitais, e a família entra em contato com agente. Quando eles estão de alta do outro hospital, o médico manda pela família um relatório informando a atual quadro clínico. E fazemos a reinclusão no domicílio do paciente.(Entrevistada 13, enf)

É necessário relatar a peculiaridade do desligamento dos pacientes dependentes de ventilação mecânica dos programas, pois conforme foi constatado, poucos são os casos em que o desmame é possível por se tratar de condições clínicas de encefalopatia crônica, doenças

neurodegenerativas , entre outras, impossibilitando a rotatividade desses pacientes. No caso das crianças dependentes de ventilação mecânica , foi constatado que ao se atingir a maioridade é realizado uma permuta com outros SAD, isso significa que a criança, agora maior de idade, será mantida em acompanhamento por outro SAD e este encaminha um paciente pediátrico em permuta. Nos casos dos pacientes adultos dependentes de ventilação, se conseguirem o desmame da ventilação, eles são transferidos para outra equipe do mesmo SAD. Segue discursos:

Hoje o desligamento só se dá por óbito ou por transferência de idade adulta, que vai para o SAD do Waldemar de Alcantara . Até hoje não conseguimos tirar nenhum paciente da ventilação invasiva (Entrevistada 10, med)

Realmente não existe alta, pois são pacientes que necessitam do suporte da ventilação mecânica para sobreviver. Temos transferência por idade, que vai para o PAD do Waldemar de Alcantara; ou por óbito; ou por transferência para o serviço particular. Também temos a possibilidade de permuta entre os PADs, como por exemplo, transferimos uma criança que atingiu a maioridade e recebemos uma criança do outro pad.(Entrevistada 11, enf)

(...)e no caso de intercorrência orientamos o contato com o samu para trazer para emergência, e que eles so tragam se for o caso de extrema necessidade (...) (Entrevistada 15, enf)

De acordo com as observações do diário de pesquisa, quanto a dinâmica de transferência de pacientes entre os SAD. Confesso que ao determinar o cenário dessa pesquisa, os locais de estudo, nutri uma expectativa de encontrar SAD distintos, onde cada um possui um perfil de atendimento de acordo com o perfil do hospital em que se situam, por exemplo, o SAD do HGCC seria destinado a gestantes, o SAD do HM, iria deter os pacientes cardiopatas e pneumopatas, o SAD do HIAS absorveria todas as crianças dependentes de cuidados domiciliares, no entanto, essa minha expectativa foi frustrada ao perceber que cada SAD possui o seu perfil de pacientes isoladamente , e que todos atendem a todas as condições clínicas, em ressalva as crianças que são exclusivas dos SAD do HIAS e do HGWA. Além disso, fiquei surpresa pela dificuldade de transferências de pacientes entre eles, justificadas pela superlotação dos serviços e poucas vagas disponibilizadas para o atendimento domiciliar por parte dos programas. Acredito, que nessa atual formulação dos programas , exista uma dificuldade de gestão por parte do Estado, e um comprometimento da assistência ofertada , e a utilização da rede de atenção à saúde, além de pouca rotatividade dos pacientes em acompanhamento, impossibilitando o acesso para mais pacientes que permanecem de alta hospitalar para a assistência domiciliar .

Quanto a transferência de pacientes entre os PADS, até fiz os contatos com outros PADs, mas devido a demanda deles também serem grandes, e há os casos de permuta entre PADs que são raras. Mas já percebi que só conseguiremos isso através de uma determinação superior, como a

secretaria do Estado ou através das direções dos hospitais, pois as tentativas de sensibilizar entre iguais não consegui sensibilizar, pois todos os programas tem os seus problemas, as suas dificuldades. (Entrevistada 3, fisio)

(...)a questão de permutas com outros pads ainda é muito incipiente , processo em evolução. (Entrevistada 16, AS).

Para finalizarmos a descrição da implementação dos cuidados domiciliares pelos Programas de Atenção Domiciliar, precisamos citar um assunto, que foi encontrado nos discursos dos entrevistados, se trata dos cuidados paliativos na assistência domiciliar, assunto pertinente devido a sua grandiosidade e intrínseca relação com a cronicidade dos quadro clínicos, característicos da AD.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), cuidados paliativos são um tipo de abordagem que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias diante do risco de morte associado a uma doença. E o domicílio é um ponto de atenção importante na prestação desse tipo de cuidado, desde que seja formalizada a referência entre os hospitais habilitados e as equipes. Além disso, a extensão das ações dos cuidados paliativos para os portadores de doenças crônicas- degenerativas com prognóstico conservador, e os pacientes oncológicos fortalece ainda mais a necessidade dessa abordagem na atenção domiciliar.

Foi percebido , através das falas, que os entrevistados empiricamente utilizam os conceitos dos cuidados paliativos, de forma incipiente, e em conjunto com a intervenção paliativista iniciado no hospital. Também foi ressaltado a dificuldade das famílias de absorverem e aceitarem tais condutas. Segue relatos:

Alguns pacientes já saem com a palição da internação hospitalar, para continuidade no domicílio, no entanto percebo que a palição precisa ser melhor trabalhada, pois alguns familiares saem da internação entendendo o significado dos cuidados paliativos, aceitam a dinâmica desses cuidados, no entanto, outros não possuem esse entendimento e chega a ser motivo de conflito com a equipe. (Entrevistada 1, enf)

Estamos fortalecendo o cuidado paliativo no domicílio e o que me incomodava e que muitos paciente que estavam no PAD há muito tempo, e o paciente e os cuidadores não tinham noção sobre o diagnóstico, e o prognóstico da doença. Então estamos trabalhando com as famílias sensibilizando quanto ao processo evolutivo da doença , os desfechos, e isso tem sido muito benéfico. Então nosso intuito e fortalecer essa visão, em vista que a maioria dos nosso pacientes já estão em cuidados paliativos. (entrevistada 3, fisio)

Temos uma equipe de palição no hospital que inicia esse trabalho e damos continuidade para o domicílio. Instituímos um protocolo, que deixa a família ciente do que a palição, as condutas e as medicações que serão realizadas , para que a família tome ciência . Mas na nossa experiencia,

temos caso de sucesso de palição, no entanto há pacientes que a família não suporta ver e ainda orientamos o internamento hospitalar. (Entrevistada 5, enf)

Tudo se inicia no hospital , e a família ao chegar em casa, entendendo o paliativo, ela dá o seguimento. Agente percebe essa diferença . quando a família não é bem preparada ela não aceita essa dinâmica no domicilio e interna por qualquer motivo. Não dá para iniciar o cuidados paliativos em casa.(Entrevistado 7, enf)

Isso é uma conduta bem recente e desde que surgiu para a gente tenta implementar , na verdade já fazíamos antes de saber e de dar o nome de cuidados paliativos, só em oferecer o domicilio como melhor estratégia , o melhor conforto no domicilio e o carinho da família estávamos oferecendo esses cuidados paliativos. Hoje já fazemos com mais conhecimentos técnico , aplicando as palavras corretas . (Entrevistada 9, enf)

Diante do quadro clínico dos pacientes , sabemos que todos estão em cuidados paliativos , e que a finitude da vida vira ainda na infância ou na adolescência, abordamos isso com a família, mas a aceitação da família e que não muito bem aceita (Entrevistada 10, med)

Os programas de Cuidados Paliativos em saúde com uso da atenção domiciliar é um dos focos da OMS, por essa ser uma modalidade assistencial vinculada como uma possibilidade em saúde e de cuidado integral. No entanto, preconizam critérios na sua utilização. Para maior controle dos riscos no ambiente domiciliar, são adotadas medidas de controle na hora de selecionar o paciente que será cercado dos cuidados paliativos na modalidade de assistência domiciliar, avaliando principalmente, o entorno familiar na predisposição para suportar as demandas . Quanto a equipe de profissionais recomendam-se capacidade técnica e habilidade na transmissão de conhecimento e informações essenciais ao grupo familiar, fortalecendo os cuidados paliativos, e a percepção da finitude da via com qualidade (SIMÃO e MIOTO, 2016).

Como uma forma de ilustrar , após a contemplação de como ocorre o processo de implementação da Atenção Domiciliar , representada nesse estudo pelo funcionamento dos

Serviços de Atenção Domiciliar , podemos sintetizar da seguinte maneira:

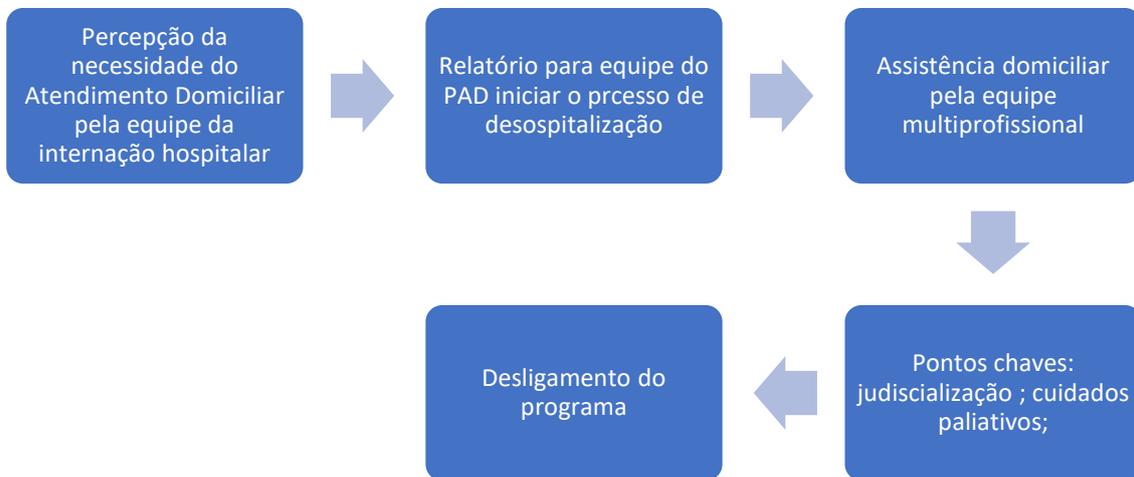


Figura 1- Desenho do processo de implementação da Atenção Domiciliar realizada pelos SAD

6. OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: DADOS GERENCIAIS.

Neste capítulo, será descrito os dados gerenciais observados e relatados pelos gestores dos serviços participantes desse estudo. Para início de discussão dos achados, cabe esclarecer que os SAD obedecem atualmente a Portaria nº 825/2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016), e esta será a portaria que será a base para avaliar os dados operacionais.

O primeiro ponto a ser dialogado é a infraestrutura dos SAD quanto a sede física, transportes de equipes e logística de atendimento. Através das minhas visitas aos serviços, pude constatar que estão inseridos dentro das estruturas físicas dos hospitais vinculados, sendo sempre salas pequenas nas áreas administrativas, com estruturas modestas, disponibilizando apenas de locais de trabalhos administrativos, com mobiliário de escritório, sem acomodações para realização de treinamentos de cuidadores, e reuniões com os familiares.

As equipes assistenciais se locomovem para as visitas domiciliares em carros disponibilizados pelos hospitais vinculados, identificados para tais fins, mas, que infelizmente não são exclusivo para o uso pelo SAD, intercalando o uso para assuntos administrativos do hospital, comprometendo assim, a realização das visitas domiciliares, conforme os discursos a seguir:

Temos também o desfalque dos carros alguns dias da semana, para resolução de demandas do hospital e comprometendo as visitas domiciliares. (Entrevistada 1, enf).

Disponibilizamos um carro para as visitas (Entrevistada 11, enf)

Diante dessa dificuldade de disponibilidade de transporte para a realização das visitas domiciliares, os SAD encontraram estratégias para que pudesse ter otimização da disponibilidade das visitas, tais como, todos utilizam do critério da territorialização para estabelecer as rotas, isto é, fazem a programação das visitas dos pacientes que residem em bairros próximos uns dos outros; alguns serviços, principalmente os que possuem o maior número de pacientes, realizam visitas domiciliares com profissionais diversos em conjunto, enquanto outros realizam visitas separadamente, um profissional por visita, alegando que dessa forma, a família recebe uma orientação de cada vez. Segue os relatos:

Não há visitas domiciliares conjugadas, cada profissional tem seu horário. Durante as visitas, cada profissional faz a sua avaliação e sinaliza demanda para os outros profissionais, caso seja necessários. Tentamos otimizar as nossas visitas através da territorialização das áreas, priorizando os pacientes que possuem bairros próximos entre si. (Entrevistada 1, enf).

normalmente com média de 5 visitas por dia , dividimos de acordo com o bairro em que moram. (Entrevistada 10, med)

Nossa rotas obedece a logística dos bairros mais próximos, e isso otimiza a nossa assistência, permitindo a permanência no domicilio de 40 minutos (Entrevistada 11, enf)

Na logística das visitas tentamos colocar os pacientes que residem em bairros próximos.(Entrevistada 13, enf)

(...)com rotas diárias para as visitas, que acontecem pela manhã e tarde, e traçamos as visitas por profissionais de acordo com o dia da semana. (Entrevistada 14, AS).

Ainda sobre a logística das visitas domiciliares , os entrevistados também relataram as dificuldades quanto ao trânsito e a questão da violência urbana que refletem na dinâmica da assistência domiciliar:

Além disso, levamos em consideração a violência urbana, pois bairros que são mais perigosos nós reduzimos as visitas, mas não excluimos o paciente por causa disso. (Entrevistada 11, enf)
pacientes que residem em áreas de risco devido a violência urbana, e dai indicamos a internação nas casas terapêuticas ou não realizamos visitas com tanta frequência. (Entrevista 14, AS)

Hoje temos uma média de visita, 6 visitas , não conseguimos fazer mais pois tem o transito que não facilita e tem a questão da violência urbana que impede estendermos o nosso horário. (Entrevistada 15, enf)

a questão da violência urbana que as vezes temos que suspender o atendimento em virtude dessa situação. (Entrevistada 16, med)

Seguindo com a avaliação da operacionalização, no tocante quanto ao fluxo de disponibilização de equipamentos, insumos e medicamentos, observa-se que os SAD tem como suporte o hospital ao qual está vinculado, fornecendo para o domicílio tudo que o hospital possui.

(..) todos os insumos que o paciente necessita é ofertado pelo PAD, desde que seja possível a disponibilidade pelo programa, tais como medicação, materiais e oxigenioterapia. (Entrevistada 3, fisio)

(...)as medicações padronizadas e quando estão disponível no hospital, além das bombinhas específicas para o tratamento pulmonar e que são muito caras , exames de laboratório, a dieta enteral, até dar entrada na Secretária do Estado, porque antes arcávamos com esse custo , e ai pesou demais e não conseguimos mais dar(Entrevistada 14, enf)

Em vista a isso, todo o custo financeiro dos SAD está expressado nos custos gerais dos hospitais vinculados. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais ou estaduais de saúde, incorporados ao Teto de Média e Alta Complexidade – MAC.

Vale ressaltar o SAD do HGWA que está vinculado ao Organização Social Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, que possui contrato com a Secretária de Saúde do Estado para a execução desses serviços.

Hoje o PAD entra como custo das despesas dentro do hospital, entrando como forma de assistência , mas com valor em paralelo devido a especificidade.(Entrevistada 3, fisio)

Temos o vínculo com a ISGH, que é uma OS, Organização Social, que possui um contrato de gestão com a SESA, no qual recebemos uma quantidade x por ano, que pagamos o pessoal, medicamentos e material, e funcionamento (Entrevistada 5, enf)

Na realidade , estamos incluídos dentro dos custos de Waldemar de Alcantara em contrato com ISGH , é incluída o atendimento domiciliar (Entrevistada 6, med)

Assim, observa-se que os SAD , mesmo diante de suas fragilidades e impossibilidades, caminham dentro das diretrizes nacionais, tentando se adequar a tais exigências e necessitando de olhares que os fortaleçam, tanto nos aspectos operacionais como descritos, como também os aspectos que serão discutidos nos capítulos a seguir.

7. A ATENÇÃO DOMICILIAR INSERIDA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: SOB OS OLHARES DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Nesse capítulo, será descrito os achados elucidados pelos entrevistados acerca de como a Atenção Domiciliar está inserida na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no atual cenário. Para início de discussão, se faz necessário esclarecer alguns conceitos importantes.

Estreando, a integralidade da assistência é definida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, segundo a Lei 8080/90. (BRASIL, 1990)

Com o advento do SUS, tendo a integralidade dentro dos seus princípios, o indivíduo passou a ser visto holisticamente, em todas as dimensões complexas da vida humana, e não ter apenas o adoecimento como foco de atenção, e sim, a determinação que o usuário seja tratado indivisivelmente, como um todo inserido na comunidade. Para isso, o Estado deve garantir serviços organizados para atendimento integral e intimamente relacionado à compreensão dos determinantes do processo saúde-doença.

Sob essa ótica, é fundamental estruturar a assistência em Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais o sistema de saúde passa a ter ações integradas, contribuindo para o acesso do usuário e a continuidade da assistência. Arelado a isso, a RAS, enquanto modelo organizativo, integra sistema de apoio técnico e de gestão que busca o aprimoramento do SUS e o uso racional dos recursos existentes para a integralidade do cuidado em saúde

Segundo Brasil (2012 c), a RAS é definida arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade e a continuidade de cuidados, tendo como pressupostos a centralidade nas necessidades em saúde individual e coletiva, as relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, o cuidado multiprofissional e com a diversidade de serviço, a Atenção básica bem estruturada, servindo como principal porta de entrada e ordenadora do cuidado nos demais serviços e o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos do território.

Assim, nesse contexto, a Atenção Domiciliar pode colaborar na mediação do diálogo entre os pontos de atenção , na análise do funcionamento da rede e na liberação de recursos tanto infra estruturais, quanto financeiros. No entanto, seu funcionamento adequado, depende da retaguarda da Atenção Básica, na rede de urgência e emergência e hospitalar.

Levando em consideração os pontos da rede que servem de retaguarda necessária para um funcionamento adequado da AD, será descrito , segundo as falas dos atores envolvidos como está o diálogo da AD com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Muitos foram os relatos que sinalizaram a importante participação desse serviço na prestação da assistência domiciliar, pois nos casos de intercorrências clínicas, os familiares/cuidadores são orientados a buscar o SAMU, para que seja ofertado as primeiras orientações telefônicas, e esse houver a necessidade de intervenções mais invasivas, garantir a remoção para os serviços de emergência, que o mais citado foi a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

(...)caso o paciente tenha alguma intercorrência clínica, o paciente é orientado a procurar um serviço de emergência (Entrevistada 3, fisio)

Em casos de intercorrência , e orientado a procurar o serviço de emergência através do SAMU.(Entrevistada 9, enf)

(...)a família e orientada a entrar em contato com o SAMU, que atendem à demanda e trazem para cá por temos a porta aberta para os pacientes do PAD. (Entrevistada 14, AS)

O que ficou esclarecido através dos discursos dos entrevistados , é que o paciente em assistência domiciliar tem o suporte do SAMU e dos serviços de emergência, dando continuidade a assistências e tendo uma resposta ao seu problema de saúde, no entanto, diante da necessidade de um reinternamento do paciente o SAD acaba perdendo a autonomia de assegurar a continuidade da assistência realizado por seus profissionais, por não conseguirem internamento nas unidades hospitalares de origem do acompanhamento, muitas vezes por não ter leitos de retaguarda desse serviço, ou pelos hospitais não terem serviços de emergência. Assim, o paciente pode internar em outra unidade hospitalar e perder o contato com o SAD de origem

Então, pode acontecer do paciente internar em outro hospital , acabando com o acompanhamento pelo nosso PAD. Se o outro hospital não encaminhar, ou sinalizar o nosso PAD, acabamos perdendo o vínculo com o paciente (Entrevistada 1, enf).

(...)pois o hospital não disponibiliza de serviço de emergência e não há leitos de retaguarda para o PAD. (Entrevista 3, fisio).

Sobre a assistência hospitalar de retaguarda para a AD, foi citado pelos atores que enquanto os pacientes estão ligados ao SAD, eles utilizam a estrutura dos serviços do hospital, como para realização de exames diversos, acompanhamento ambulatorial pertencente ao hospital. E devido a dificuldade de desligamento do programa, alguns SAD tiveram como alternativa para esse desligamento o acompanhamento ambulatorial do hospital, garantindo assim, o surgimento de vagas para assistência domiciliar e a seguridade de que diante de uma piora do quadro clínico o paciente consiga voltar para o acompanhamento do serviço

(...)mas tentamos fornecer os serviços necessários, como exames, transporte de ambulância , acompanhamento pelos especialistas, que é possível dentro do nosso hospital (Entrevistada 1, enf)

Outra forma que encontramos é que o paciente após a alta tem três meses para o ambulatório do SAD (Entrevista 5, enf)

Também temos o apoio do serviço ambulatorial do hospital , e quando precisamos de alguma avaliação de especialistas, agente remove para o ca para ser avaliado. (Entrevistada 10, med)

(...)mas teve alguns pacientes que conseguiram ter a alta, devido o desmame da oxigenioterapia, mas ai eles deixam as visitas no domicilio e passam a ficar só no ambulatório, agente não deixa esse paciente solto, sem ter nada. E ate surgir a vaga do ambulatório , que hoje está muito difícil, eu fico de olho nesse paciente , liberando a medicação e a pneumologista visita a cada três meses (Entrevistada 15, enf.)

Outro serviço de retaguarda da Atenção Domiciliar é a Atenção Básica , e essa foi muito citada e criticada nas falas dos entrevistados, principalmente devido ao fato de não conseguirem absorver os pacientes que apresentam perfil para o acompanhamento pela Equipes Saúde da Família, impossibilitando o desligamento dos pacientes dos SAD. Entre os profissionais entrevistados também é notório que eles possuem o entendimento da fragilidade da atual constituição da Atenção Básica , seus desfalques, suas dificuldades. Segue relatos:

Essas transferências tem sido motivo de grandes conflitos, onde as UBS afirmam não ter estrutura para admitir os pacientes., e ainda possuem o posicionamento contra a nossa alta,

instigando a família a processar o programa, caso tenham alta. São coisas absurdas! (Entrevistada 3, fisio)

Quanto a alta, temos um grande problema de dar essa alta, porque hoje estamos sem estratégia de saúde da família, ne? São poucas as unidades que prestam serviço na territorialização. O ideal seria nós (PAD) estabilizar o paciente, e retornar a atenção básica para esse acompanhamento, No entanto, não é isso que acontece. (Entrevistada 5, enf)

E muitas vezes recebemos o retorno das UBS que não tem como absorver o paciente com o perfil, e aí seguramos a criança no pad. (Entrevistada 13, enf)

E percebemos que a atenção básica tem sofrido com a violência urbana, reduzindo assim o número de visitas deles e comprometendo a continuidade. (Entrevistada 14, as)

Já tentamos o contato com UBS da área, mas não conseguimos muita coisa. (Entrevistada 15, enf)

Essa dificuldade de articulação com a Atenção Básica foi revelada em todos os serviços estudados, sendo uma preocupação para os profissionais das equipes de atenção domiciliar, que entendem que a dificuldade de articulação origina-se na impossibilidade das equipes de saúde da família absorverem mais essa demanda, frente ao intenso ritmo de trabalho na atenção básica.

A dificuldade de concretização da atenção domiciliar como estação da rede de cuidados em saúde pode estar relacionada ao “lugar” que essa modalidade assume nos serviços, como um programa especial das instituições, de pequenas proporções e, por isso, com pouca capacidade de absorver toda a demanda e impactar o modelo assistencial.

Na atenção primária de saúde (APS), a Estratégia Saúde Família é vista como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, tendo como princípio organizativo a territorialidade. O tipo de Atenção Domiciliar ofertada pela APS e a ofertada pelos SAD diferem entre si, não somente pelo processo de trabalho das equipes, mas também pela frequência e densidade tecnológica do cuidado. (CASTRO et al, 2018).

A Atenção domiciliar envolve todos os pontos de atenção à saúde e representa esforços de mudança para a organização dos serviços de saúde no que se diz respeito à centralização da assistência ao usuário em espaços de cuidado do seu domínio, pois busca superar o modelo

assistencial centrada nos cuidados hospitalares, embora se reconheça que esses são imprescindíveis em situações específicas (ANDRADE et al, 2013)

Retomando aos resultados, os profissionais revelam que percebem a RAS como uma configuração necessária para assegurar uma assistência integral e equânime, no entanto, eles percebem que a rede funciona adequadamente ao utilizar os serviços diversos da instituição em que se situam, no entanto, fora dos muros hospitalares, a rede está fragmentada, frágil, desarticulada, passando o entendimento que uma vez sendo acompanhado pelos PAD, o paciente não se torna mais integrante e usuário da rede como um todo. Aos relatos:

Percebo ainda muito precipitante, percebo que a rede de atenção para esses pacientes crônicos acaba sendo fragmentada em algum ponto, mas tentamos fornecer os serviços necessários, como exames, transporte de ambulância, acompanhamento pelos especialistas, que é possível dentro do nosso hospital. No entanto, quando temos a necessidade da rede de atenção externa ao hospital, começa aí a fragilidade. (Entrevista 1, enf)

Falta o entendimento que os outros serviços também são co-responsáveis pelo paciente. (...) por que o PAD não está sozinho, as redes estão aí e precisamos se comunicar. Mas não significa dizer que a partir do PAD ninguém mais tem a responsabilidade com o paciente. (Entrevistada 3, fisio)

porque o SAD não é eterno, um dia a gente precisa desligar. Acontece muito essa quebra na rede de atenção. (Entrevistada 7, enf)

Agente bate muito na tecla que o paciente não é só SAD, não só da atenção domiciliar, mas sim de toda a rede, e eles não podem esquecer de prestar a assistência a esses pacientes também. (Entrevistada 9, enf)

pois os outros serviços percebem que uma vez com o PAD, o paciente é só de responsabilidade do PAD, e acaba dificultando os serviços. (Entrevistada 11, enf)

A rede funciona de forma particular e pessoal, utilizamos muito mais as pessoas para conseguir chegar aos serviços. A assistência domiciliar faz parte da rede, o hospital é um ponto forte de rede, mas observamos a desarticulação entre esses e entre a rede. (Entrevistada 16, as).

Ao se questionar sobre a RAS, nas falas dos entrevistados foi percebido a sinalização da implementação do princípio da integralidade, dentro da atenção domiciliar, e como já foi elucidada a falha na RAS, logo se compromete também a integralidade. Acredita-se que ainda são necessárias estratégias que possibilitem a minimização ou superação das dificuldades enfrentadas para a concretização da RAS e da integralidade em saúde, tendo em vista a necessidade de continuidade e responsabilização assistencial.

8. FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR.

A implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas em domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeiro, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde.

Diante disso, para concluirmos a avaliação da Atenção Domiciliar no Estado do Ceará, inquietou-se o desconhecimento dos fatores facilitadores e dificultadores na implementação desse cuidado, a partir da ótica dos principais atores, os executores desse cuidado.

Como foi visto anteriormente, ao tentar expor aqui o processo de implementação da Atenção Domiciliar, nas falas dos atores desse estudo, é vista como uma estratégia para o cuidado, e não só como estratégia de atenção/gestão, e assim, os bons resultados obtidos com essa estratégia no dia-a-dia da assistência, como essa investigação nos mostra, ainda há desafios para a consolidação da mesma tanto no Estado do Ceará, como no Brasil.

8.1- FATORES FACILITADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Ao serem questionados sobre os pontos facilitadores que emergiram das falas dos entrevistados se estruturou três temáticas: Aspectos relacionados ao paciente/ família e a interação com a equipe; os objetivos do programa proporcionados pela implementação e por último as questões relacionadas com a operacionalização serviços de saúde.

Na primeira temática, se expressa em múltiplos significados revelados nos depoimentos dos sujeitos, emergindo palavras que traduzem sentimentos favoráveis à natureza da ação, tais como: satisfação profissional, humanização, gratidão, autonomia do cuidado

A família se torna agradecida por esse pouco de atenção que é dispensada e que eles e que recebem a mais em casa. Para mim, como profissional, me realizo (Entrevista 1, enf)

Consigo ver a humanização com algumas dificuldades, devido ao contexto mais biomédico, mas talvez seja o programa que mais tenha a ver com a humanização dentro da rede de saúde , talvez seja o que seja mais possível de fornecer isso. (Entrevistado 3, fisio)

além do contato com a família, a humanização do cuidado (Entrevistada 5, enf)

Fazer o diferencial na vida do paciente, é muito gratificante, ver o esforço da família, o interesse em aprender e executar da melhor maneira possível o que é orientado. Defino atenção domiciliar e a oportunidade de darmos uma atenção melhor ao paciente no sentido por ser o ambiente

domiciliar mais acolhedor , por sabermos que o hospital é um ambiente insalubre , além da autonomia da família (Entrevistada 7, enf)

Eu me sinto bastante realizada em estar prestando esse serviço tão importante para aquela família, sempre é melhor estar em casa, mesmo eles tendo muitas dificuldades e dúvidas, de ser o apoio no momento difícil para o paciente e família , estar junto, estar cuidando, até mesmo nos últimos momentos de vida da pessoa, estar cuidando, sem estar no hospital isolado e sim estar do lado da família (Entrevistada 9, med)

A partir dessa descrição, pode-se confirmar a empatia e o vínculo como elementos centrais na relação de cuidado, onde devem existir dois sujeitos em relação de troca e alternância de falas, sendo necessária uma sintonia entre ambos. A humanização se caracteriza por valorização e amor ao próximo, a possibilidade de empatia, no enfoque da qualidade de vida dos que são acometidos pela doença.

A Humanização se tornou uma peça chave na assistência prestada, desde de 2003, com o advento da Política Nacional de Humanização, que se desenhou para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, valorizando-os, oportunizando-os a uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.(BRASIL, 2018).

Junto com a humanização foi citado o termo empatia, ou pelo menos estava intrinsecamente envolvido nos significados, tendo a necessidade de trazermos o conceito desse termo, trazido por Puschel, Costardi Ide e Chaves:

A empatia é definida como habilidade cognitivo- afetiva de integração, agregando a capacidade de discriminar chave afetivas no outro, assumir perspectiva do outro, respondendo afetivamente ao seu sofrimento, transmitindo entendimento de tal maneira que este se sinta verdadeiramente compreendido e acolhido. A forma mais elaborada de empatizar promove: maior entendimento na interação, intensificação do afeto, alívio da angústia da outra pessoa , tornando o empatizador mais aceito e com auto-estima elevada.

(P.266)

Nesse conceito, a habilidade em construir vínculos com os membros da família e a habilidade em escutar e, com base na escuta, obter a colaboração da pessoa doente e de seus familiares na escolha dos problemas de saúde a serem trabalhados se tornam ferramentas importantes para que os profissionais executem o cuidado domiciliar com maestria.

O perfil dos profissionais de saúde que trabalham com o cuidado domiciliar deve ser diferenciado, com uma visão mais holística, pois o que diferencia é que o cuidado vai além da dimensão biológica e hierarquizada. Há a interação, autonomia e uma assistência contextualizada a cada caso. E é nessa perspectiva que se deve exercitar práticas inovadoras de saúde, salientando que ainda persiste o desafio de se aperfeiçoar a prática profissional, por ser algo novo para que ocorra de forma mais diferenciada possível do objetivo somente de desospitalização (AMARAL et al, 2001; ANDRADE et al, 2013).

No entanto, a formação dos profissionais de saúde pouco aponta para as questões do cuidado domiciliar, suas perspectivas, peculiaridades e o perfil necessário para um profissional trabalhar nessa área. No entanto, foi observado no campo de pesquisa, que apesar da formação ter deixado isso um pouco a desejar, os profissionais de saúde que elencaram este estudo teve a sua formação diretamente na prática do cuidado domiciliar, percebendo o domicílio, o indivíduo e sua família como integrantes de um conjunto de eventos e relações, com diferentes realidades, culturas, valores e crenças e uma totalidade e multidimensionalidade inerentes. (LACERDA, 2010).

Na segunda temática, os fatores facilitadores citados pelos atores dessa pesquisa que vão ao encontro dos objetivos da atenção domiciliar, como a desospitalização com a continuidade de assistência, a rotatividade de leitos, a diminuição de custos hospitalares, e a redução das infecções hospitalares.

(...)tirar o paciente de dentro de um hospital, onde você pode estar com uma doença e adquirir outra no ambiente hospitalar. (Entrevistada 1, enf)

Redução de custos para as unidades hospitalares, principalmente as terciárias, mas ganha tanto as instituições, quanto os pacientes (Entrevistada 3, fisio).

A rotatividade dos leitos, que favorece a dinâmica do hospital.(Entrevistada 11, enf)

Para mim, a atenção domiciliar é um canal de desospitalização (Entrevistada 14, as)

Ao aprofundar o estudo na gênese da atenção domiciliar no Brasil, podemos constatar que está nasceu como estratégia e tática de biopoder, para controlar, analisar e vigiar as pessoas em seus domicílios, tomando forma com a organização do Serviço de Profilaxia da Tuberculose em 1920. Foi uma estratégia que deu conta de determinadas necessidades pelo fato de controlar

a circulação das coisas, e dos elementos, isolar doentes em seus domicílios e hierarquizar os serviços de higiene e saúde pública. (OLIVEIRA E KRUSE, 2016)

Na atualidade, a utilização do domicílio como espaço de cuidados em saúde foi incrementado no cenário mundial acompanhado pelas mudanças demográficas e epidemiológicas, associadas ao cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, como a universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização (BRAGA et al, 2016)

Em vista as necessidades de cuidado em saúde devido ao aumento da demanda de pacientes com condição crônica, e que requerem novas modalidades de cuidado que possam efetivamente atender as necessidades de saúde que se apresentem, sendo a AD uma modalidade que tem em vista tanto aspectos econômicos, quanto questões que revelam uma preocupação com a qualidade de vida e do cuidado que é prestado no domicílio, indo em contrapartida a um modelo hegemônico, caracterizado pela centralidade no consumo de procedimentos, pela fragmentação e pelos altos custos.

A Política Nacional de Atenção Domiciliar foi valorizada enquanto modalidade assistencial substitutiva, quanto a desospitalização e continuidade dos cuidados em domicílio; com potencial para efetividade dos serviços, com a rotatividade de leitos, e redução dos custos com as internações hospitalares; redução da fragmentação e resolutividade das necessidades de saúde centrada no usuário. (CASTRO et al, 2018).

Dando continuidade a avaliação dos fatores facilitadores nas falas dos entrevistados, emerge os dados da terceira temática, quanto a operacionalização dos serviços de saúde envolvidos na AD, isto é, como os atores visualizam positivamente a AD no suporte proporcionado ao usuário e/ou familiares. Os relatos demonstram a importância dos insumos para o domicílio, o suporte que os programas proporcionam na efetividade da integralidade dentro da estrutura disponível, e suprimento da assistência domiciliar.

recebimento de insumo também é visto como um ponto positivo, em vista que nossa população são pessoas carentes financeiramente, por falta de recursos (Entrevistada 3, fisio).

Temos o apoio do serviço móvel, temos uma equipe boa e completa, estamos sempre em busca de novos conhecimentos. (Entrevistada 6, med)

O Recebimento de medicação também é uma comodidade. (Entrevistada 8, enf)

que tem os profissionais para ajudar em qualquer momento, a disponibilidade das medicações (Entrevistada 15, enf)

Quanto aos pontos fortes dos programas podemos falar sobre os recursos humanos porque contamos com uma equipe multiprofissional com profissionais especializados e com perfil para o atendimento em domicílio, comprometidos com senso de responsabilidade social e com

ambiente, ética profissional . A possibilidade de envio de equipamentos de oxigenioterapia para o domicílio. As visitas são programadas, cumprindo o agendamento. A distribuição de medicamentos também é um ponto forte. A uma interação entre o paciente e serviço, através de contato telefônico, com aconselhamento , no intuito de evitar internações (Entrevistada 17, med)

Para organização dos SAD, que usufruem da estrutura operacional fornecida pelo hospital sede, estes devem ter a sua estruturação e o seu planejamento de protocolos, que favoreçam a padronização de ações administrativas, assistenciais e de sistematização do serviço. A disponibilidade de insumos e medicamentos, vem ao encontro de que a AD é um modalidade de apoio compartilhado entre a instituição e a família, e esses insumos saem dos gastos dos hospitais, e tentam a redução da sobrecarga financeira que a família absorve com a alta hospitalar de um paciente crônico, dependente de cuidados.

8.2- DIFICULDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A mudança do modelo de atenção hegemônico, centrado no hospital, para um modelo centrado no usuário e família, como a AD se propõe , é um processo complexo e está condicionada à incorporação de alterações no processo de trabalho em saúde quanto aos seus propósitos, objetos, meios e principalmente nas relações dos profissionais e a população assistida.

Nesse contexto, e como possibilidade de conhecimento das situações que necessitam ser revistas e melhoradas, foram questionados aos entrevistados desse estudo quais as dificuldades , os pontos dificultadores que estavam envolvidos na implementação da atenção domiciliar. E daí surgiram alguns pontos que necessitam de discursão.

Os resultados do estudo permitiram a identificação da desarticulação dos SAD com os demais níveis assistenciais, principalmente a atenção básica, como já foi elucidado no capítulo anterior, ao discutirmos a rede de atenção à saúde da AD. Ademais, verifica-se a falta de normatização e regulamentação a fim de se definir fluxos de acesso e de continuidade da assistência.

E o desligamento do serviço para os pacientes, pois não podemos ficar com esse pacientes eternamente, preservando a rotatividade. (Entrevistada 5, enf0

Precisamos melhorar a retaguarda hospitalar e da atenção primária , porque temos dificuldade , pois quando ele precisa utilizar a rede, percebemos que o pacientes é do PAD e não da rede como um todo.(entrevistada 10, med)

Precisamos melhorar a utilização da rede , onde cada um pudesse absorver o que poderiam absorver , para que possamos ter uma rotatividade entre nossos pacientes , porque precisamos para conseguir desafogar o hospital, e dar uma qualidade de vida aos pacientes. (Entrevistada 13, enf).

Aqui cabe uma discussão sobre a necessidade dos aspectos referentes aos fatores relacionados à macropolítica como a organização e gestão dos serviços de saúde, visando a necessidade de construção de uma rede pautada na complementariedade e interdependência entre os diferentes pontos da rede, dificultadas nas desarticulação entre os serviços de saúde (CASTRO et al, 2018; ANDRAE et al, 2013)

Mesmo os SAD estarem inseridos dentro da estrutura dos hospitais que sediam, foram relatados dificuldades acerca da utilização dos serviços disponíveis , a inexistência de leitos disponíveis como retaguarda dos pacientes que estão em acompanhamento pelo SAD, além do desconhecimento dos próprios trabalhadores de outras linhas de cuidados dos hospitais acerca dos objetivos , acesso e complementariedade do SAD. Diante disso, se faz necessário intervir nos regimentos internos dos hospitais, incluindo os serviços de atenção domiciliar participante da rede de atenção. Os profissionais ressaltam que esta situação impede a consolidação de fato do trabalho em rede:

Um dos pontos que acho mais negativo e não ter a possibilidade de traze-los de volta ao hospital diante de uma piora do quadro clinico para começar o tratamento, não tendo a continuidade da assistência, tipo assim, eu internei aqui, sai com o PAd daqui , mas se eu passar mal em casa, vou ter que ir para a emergência. Nisso a integralidade da assistência é quebrada, perdemos o vínculo (Entrevista 1, enf)

E acho um programa muito pequeno, incipiente, mas acredito no fortalecimento do programa, para isso ele precisa ser visto e reconhecido, no entanto se faz necessário produzir trabalhos científicos que mostre a importância desse programa, mas nós profissionais da atenção domiciliar temos culpa, pois não divulgando o programa rebaixamos a inferioridade (Entrevistada 3, fisio)

Falta uma direcionamento do hospital , para que todos trabalhem entendendo que o paciente esta internado no domicilio, sob a responsabilidade do hospital. (Entrevistada 10, med)

Ainda , sobre a intersectoriedade e a rede de atenção, a impossibilidade de permuta entre os SAD, devido a vagas limitantes, a inexistência de perfis dos usuários pré-existentes nos Sad, não levando em consideração a especialidade que necessita, desenharam também as dificuldades relatadas pelos entrevistados.

. Outro ponto negativo, e impossibilidade de contato com outros PADs para permuta de pacientes. Além dos números de vagas limitantes e impossibilidade de alta, permanecendo o paciente em assistência até o óbito. (Entrevistada 1, enf).

Outro ponto de discussão se trata a respeito dos profissionais de saúde que compõem os SAD, tanto na questão de dimensionamento insuficiente para atender as demandas dos serviços, passando pela questão de desvalorização profissional, com salários semelhantes aos que são pagos para atender no hospital, sem a exposição aos riscos que o cuidado domiciliar expõe como as questões envolvendo a violência urbana. Isso repercute na rotatividade dos profissionais que compõem as equipes assistenciais, quebrando a confiança e o vínculo que é construído, com o familiar e usuário.

Falta de valorização do profissional, o que resulta numa maior rotatividade, comprometendo o acompanhamento. Temos também a dificuldade de encontrar profissionais que tenham o perfil para o atendimento domiciliar, pois o mesmo valor que eles ganham atendendo no hospital, eles ganham atendendo em casa, e por isso muitos preferem ficar no hospital. (Entrevista 11, enf)

A partir da descrição dessas dificuldades, na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam nos SAD, pode-se perceber que o trabalho desenvolvido nesse cenário possui a interface com outros pontos da RAS, das próprias estruturas dos hospitais sedes para efetivar os princípios doutrinários do SUS. Além disso, a questão dos profissionais que compõem a AD devem ser levados em consideração na organização dos serviços.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação nos mostrou de forma complexa o que é a Atenção Domiciliar e como está sendo a sua implementação dentro do cenário de saúde atual do nosso Estado. Aprendemos que a concepção e as práticas da AD estão entrelaçadas, mas no entanto, busca a aprimoração e adequação baseada nas necessidades da população e dos serviços.

Baseada , na avaliação da implementação da AD, os serviços estudados buscaram organizar-se de forma individual, de acordo com a necessidade do hospital, sem ter a sensibilidade de se estruturarem de forma complementar uns aos outros, em vista que estão inseridos na rede estadual de saúde, e que deveriam garantir maior acesso dos usuários , maior possibilidade de adesão aos objetivos que a AD se propõe, como maior rotatividade de leitos, através da desospitalização , com redução dos riscos de infecções hospitalares e dos custos com a internação hospitalar.

Na organização da oferta desses serviços , também fica evidenciado a importância de se repensar os critérios de para inclusão de pacientes na AD, uma vez que a compreensão de quais perfis de pacientes , permitisse a definição do plano de cuidados e garantisse a resolutividade de agravos, buscando a autonomia do indivíduo , e a continuidade da assistência pela rede de atenção à saúde e assim, redefinirmos a AD como modalidade complementar ou substitutiva dentro da rede de cuidados em saúde.

A implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde e de vida que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde. Torna-se fundamental a definição da organização política da atenção domiciliar, as atribuições das equipes e das famílias, além da construção de novas relações, mais articuladas e cooperativas, entre os diferentes tipos de equipamento de saúde. Nesse cenário, a família e o usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde.

Um dos questionamentos iniciais da criação do nosso problema era saber se a AD existia e como era operada nesse cenário de pesquisa para nos ajudar a compreender como estava o desenvolvimento da estratégia na assistência em saúde do município de Fortaleza, como uma forma de extrapolação dos resultados da investigação. Percebemos que a AD não só

existe no cotidiano de trabalho, mas que esses profissionais, em sua maioria, compreendem conceito de forma ampla, como as políticas do MS, bem como realizam as práticas de acordo com os princípios da AD, expostos nas políticas e na literatura sobre o assunto.

Embora não exista evidências de que as práticas de assistência domiciliar tenham sido fortalecidas em outras esferas dos serviços de saúde, especialmente pela ausência de documentos de gestão que nos apontem nessa direção, aprendemos com essa investigação que existem instituições que trabalham sob essa perspectiva, especialmente quando investigamos a rede estadual de saúde. Para um melhor aprofundamento de como a AD é desenvolvida no Estado de forma global, seria preciso dialogar com gestores e profissionais de outros equipamentos e, principalmente, conseguir acessar documentos de gestão, como planos e relatórios, o que não foi possível neste estudo e que apontamos como a principal limitação do mesmo.

Ademais, pudemos perceber que a assistência domiciliar está em um processo de fortalecimento em nosso Estado, percebendo a desarticulação entre os serviços e a necessidade de uma condução centralizadora para definir fluxos e processo de implementação, permitindo atingir os objetivos que a atenção domiciliar se propõe. Aqui nos cabe elucidar sobre a importância do fortalecimento da intersetorialidade em que a Atenção domiciliar deveria estar alinhada, almejando alcançar a integralidade do cuidado e da assistência.

Compreendemos a importância da formação dos profissionais desses SAD, especialmente a educação em serviço, para a construção das concepções e conseqüentemente das práticas assistenciais nesse contexto. A figura do Cuidado Domiciliar e a existência do cuidador integrado a esse cuidado foram fundamentais para o processo de formação transformadora, pelo qual os profissionais passaram, mudando seus preconceitos sobre a delegação das práticas assistenciais, a supervisão a distância do cuidado e a necessidade de capacitação do cuidador constantemente. Estes grupos configurou-se como o locus da consolidação da AD nos serviços, tanto por parte dos profissionais como dos usuários, sendo um espaço de construção e fortalecimento da autonomia dos sujeitos, onde eles encontravam, ainda, novas formas de subjetivação. Nesse contexto, os profissionais de saúde que exercem a suas funções dentro do domicílio precisam estar constantemente fortalecidos e reconhecidos, além de serem motivados a permanecerem a execução desse importante papel.

Percebemos a fragilidade da rede de atenção à saúde em que a AD está inserida em nosso Estado, segundo as perspectivas dos profissionais de saúde que atuam nos SAD, e que o

trabalho desenvolvido neste cenário possui interface com outros pontos da RAS para se efetivar os princípios doutrinários do SUS. Podemos conhecer as dificuldades e oportunidades que permeiam a construção de um trabalho em rede. Entre as dificuldades destaca-se principalmente a percepção que os demais serviços da rede tem que o paciente que é acompanhado pelo SAD é responsabilidade apenas do SAD, dificultando a inserção desse paciente nos demais pontos da rede, ferindo o princípio da integralidade. É importante ressaltar a necessidade de construção , articulação, comunicação e integração entre os pontos da rede de atenção.

Quanto aos pontos facilitadores e dificultadores, os atores envolvidos suscitaram muitos pontos respectivamente, já detalhados no capítulo referido a esse ponto de discussão. Existem muitos desafios para a consolidação da AD no estado do Ceará e no município de Fortaleza, como vimos. Além das novas políticas federais e o financiamento dos SAD pelo Governo do Estado, a gestão desestruturada da RAS em Fortaleza, a dificuldade de comunicação da rede municipal entre as unidades de saúde e com a rede estadual, os baixos salários e os vínculos empregatícios frágeis dos profissionais dos SAD, além da estrutura física precária dos equipamentos são dificuldades a serem superadas.

Não sabemos, portanto, como será o futuro da AD no que diz respeito às políticas de saúde, mas esta investigação evidenciou a potência da estratégia, seja como uma lógica de cuidado humanizada em uma tecnologia de cuidado, como política pública ou dentro de uma noção de gestão estratégica para a atenção integral aos usuários dependentes de cuidados crônicos em domicílio. Aprendemos que a AD tem um aspecto holístico e necessário para efetuar a integralidade da assistência.

Percebemos a fragilidade desse estudo por ter sido centrado nas perspectiva dos profissionais de saúde e gestores dos serviços já implantados, e deixamos aqui inquietações a serem respondidas posteriormente: A Atenção Domiciliar é uma estratégia barata? Ela reduz os custos? Como se dá a assistência domiciliar a partir das percepções dos usuários e dos familiares? Quais as estratégias a serem fortalecidas na RAS para uma implementação da AD otimizada? As respostas a essas questões são apenas suposições, sendo necessário um maior aprofundamento científico.

Como pesquisadora e profissional atuante na assistência domiciliar, acredito que essa estratégia tem a necessidade de fortalecimento, de reestruturação de todos os fluxos e processos de trabalho; precisa ser também sensibilizada ao usuário e familiares a partir da admissão hospitalar , onde o cuidador familiar já seja sensibilizado e treinado durante todo o internamento

hospitalar ; seja fortalecida e reestruturada a rede de atenção à saúde, além das ações que necessitam de uma intersectoriedade participativa e acolhedora; que se vista como uma ferramenta para os cuidados paliativos atuante, baseados nos princípios da humanização e autonomia do indivíduo; e não menos, que se alcance os objetivos que se propõe, permitindo uma otimização dos serviços de saúde.

Como já dizia um velho ditado popular, “onde se tem vontade, tem metade”, assim, temos a iniciativa já implementada, necessitamos, então, fortalecer e ampliar o seu alcance. Então, vamos avante!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de and BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.5, pp.1103-1112, Mai 2009. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500017>. Acesso em 13 agosto 2019

AL-SUMIRI, K.; AL-HARBI, I.; EL-METWALLY, A.; BRADI, M. Quality of life among home health care patients in Saudi Arabia: household- based survey. **Health Qual Life Outcomes**. [online]. v.17, n.21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1095-2>. Acesso em 13 agosto 2019

AMARAL, N. N.; CUNHA, M.C.B.; LABROCINI, R.H.D.D.; OLIVEIRA, A. S.B.; GABBAI, A.A. Assistência Domiciliar à Saúde (*Home Health Care*): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Rev. Neurociências**, São Paulo, v.9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>. Acesso em 13 agosto 2019

ANDRADE, A.M.; BRITO, M.J.M.; SILVA, K.L.; MONTENEGRO, L.C.; CAÇADOR, B.S.; FREITAS, L.F.C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.1, pag 111-117, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a14.pdf>. Acesso em 13 agosto 2019

BOSI, M. L. M.; PRADO, S.D.; LINDSAY, A.C.; MACHADO, M.M.T.; CARVALHO, M.C.V.S. O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1287-1296, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a06v21n4.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2019

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y.; Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org); **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde** – Enfoques Emergentes, Petrópolis, RJ, 2006.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; CASTRO, E.A.B.; ANDRADE, A.M.; SILVA, Y.C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, pag: 903-912, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisões de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais** . 2 ed. Rio de Janeiro, 1965.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acessado dia 27 setembro 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20.out.2006a. Seção I, p. 145-148.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n. 11. De 226 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico do Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 jan. 2006 b. Seção I, Supl. N. 21, p. 1 – 2.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html Acessada em 27 setembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 28. Out.2011a. seção I, p.44-46.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, de 24 de agosto de 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011_comp.html. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Portaria 2527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Serviço Único de Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012a. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. **Portaria 1533 de 16 de julho de 2012**. Altera e acrescenta dispositivos a Portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do

Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1208 de 18 de julho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 jun. 2013a. Seção I, p.37

BRASIL. **Portaria n.963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Portaria n. 1208 de 18 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 27 setembro 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2016a. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em 27 dezembro 2018

BRASIL. **Portaria 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 28 fevereiro 2020

BRASIL. **NOTA TÉCNICA Nº 1/2018-DAHU/DIVAD/DAHU/SAS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, publicada em 04/06/2018. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/02/NotaTecnicaMonitoramento-dos-SAD-2018.pdf>. Acesso em 27 setembro 2018.

BRASIL. **Municípios com o Melhor em Casa habilitado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br> Acesso em 27 setembro 2018.

BRITO, M.J.M.; ANDRADE, A.M.; CAÇADOR, B.S.; FREITAS, L.F.C.; PENNA, C.M.M. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.17, n.4, pp.603-610, 2013

CASTRO, E.A.B.; LEONE, D.R.R.; SANTOS, C.M.; NETA, F.C.C.G.; GONÇALVES, J.R.L.; CONTIM, D.; SILVA, K.L. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, mai 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2019

COSTA, Valeriano. Políticas Públicas no Brasil: uma agenda de pesquisa. **Idéias – Rev. Inst. Filos. Ciênc. Hum.** Campinas, v.6, n.2, p.135-166, jul/dez. 2015. Disponível em : <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/2163/1568>. Acesso em 21 agosto 2019

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface.** Botucatu, v. 17, n.44, pag. 61-73, jan-mar 2013. Disponível em : <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a06v17n44.pdf>. Acesso em 21 agosto 2019

CUNHA, V.; ESCARIGO, M.C.; NORTADAS, R.; AZEVEDO, P.C.; BEIRÃO,P.; GOMES, A.; DELERUE,F. Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. **Medicina Interna**, Lisboa, v.24, n.4, p. 290-295, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2017000400008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 27 setembro 2019

DELANDES, A.K.M.; AGUIAR,S.; NETO,M.; PORTO,F.R. A imagem do cuidado prestado pelas enfermeiras de saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.1, p. 412-418, jan/fev. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a17.pdf. Acesso em 27 setembro 2019

DOWS JR, G.R., MOHR, L.B. Conceptual issues in the study of innovation. **Administration Science Quarterly.** Canadá, v. 21, n. 4, pag. 700-714, 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2391725?seq=1>. Acesso em 27 setembro 2019

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p

FABRÍCIO, S. C. C.; WEHBE,G.; NASSUR, F.B.; ANDRADE, J.I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 721-726, set/out 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004. Acesso em 27 setembro 2019

FALCÃO, A. H. Home Care - uma alternativa ao atendimento da saúde. **Revista de Medicina**, Rio de Janeiro , v. 2, n. 7, jul a set, 1999. Disponível em: <http://www.medonline.com.br/med_ed/med7/homecar.htm>. Acesso em 27 setembro 2019

FELICIANO, K.V.O. Abordagem Qualitativa na avaliação em saúde. In: SAMICO, ISABELA et al. **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa.** Porto Alegre, Artmed, 2009.

FORTALEZA. Hospitalização em Fortaleza. **Boletim de Saúde de Fortaleza**, Fortaleza, v.15,n.2, jul-dez/2018. Disponível em: www.sms.fortaleza.ce.gov.br. Acesso em 27 setembro 2019

FOUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde , desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washigton, v.24,n.13, p.180-188, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/180-188/pt>. Acesso em: 11 fevereiro 2019

GALASSI, C.V.; RAMOS, D.F.H.; KINJO, J.Y.; SOUTO, B.G.A. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci**. São Paulo, v.39, n.3, pag. 177-183, 2014. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/shs/article/view/653>. Acesso em 19 setembro 2019

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAURER, M.W.; GASKLELL, G.(Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3ed. Petrópolis - RJ, Vozes, 2002

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo. 6ª Edição. Atlas, 2008.

GILMOUR, HEATHER. Formal home care use in Canada. **Statistics Canada**. Canadá, v.29, n.9, pag.3-9, 2018. Disponível em: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018009/article/00001-eng.htm>. Acesso em 11 fevereiro 2019

HARTZ,Z.M.A.; VIEIRA, L.M., Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à prática na Análise da Implantação de programas. **A Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

HERNÁNDEZ, C.; AIBAR,J.; SEIJAS, N.; PUIG, I.; ALONSO, A.; GARCIA-AYMERICH,J.; ROCA, J. Implementation of Home hospitalization and early discharge as na integrated care service: a ten years pragmatic assessment. **International Journal of Integrated Care**. [online] v.18, n,2, pag 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.3431/>. Acesso 11 fevereiro 2019.

IBGE. **Área territorial oficial**. 2018. Disponível em: www.ibge.gov.br.

JOANILHO, A.L.; JOANILHO,M.P.G. A genealogia e a História são cinzas. **Revista de História Regional**, Ponto Grossa, v.13, n.1, p.95- 108, 2008. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/2258>. Acesso em 02 fevereiro 2020.

KERBER, N.P.C; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ,M.R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 23, n.2, pag: 244-50, 201. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/15.pdf>. Acesso em 27 setembro 2019.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KOCH, SHEILA ROTONDARO. Asclépios, o deus-herói da cura: seu culto e seus templos. **Revista do museu de arqueologia e etnologia**. São Paulo supl. 12, pag 51-55, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revmaesupl/article/download/113567/111522/>. Acesso em 27 setembro 2019

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI,S.R.; TUPPEL, T.C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf>. Acesso em 27 setembro 2019

LACERDA, MARIA RIBEIRO. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família- na perspectiva da área pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v15, n.5, p 2621-2626, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2020

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. de A. **Fundamentos De Metodologia Científica**. São Paulo: 7ª Edição. Atlas, 2010

LEE, T.W.; YIM. E.S.; CHOI, H.S.; CHUNG, J. Day care vs home care: Effects on functional health outcomes among long-term care beneficiaries with dementia in Korea. **Int. Journal Geriatry Psychiatry**, Londres, v.1, n.9., 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.4992>. Acesso em 11 fevereiro 2020

LÓPES PERONA, F. Qué es la Unidad de Hospitalizacion Domiciliária y la Introduccion a su gestión. **Enfermaria Global: Revista Eletrônica Semestral de Enfermagem**, Europa, n. 3, Nov, 2003. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal>. Acesso 11 fevereiro 2020.

MARTELLI, D. R. B.; SILVA, M.S.; CARNEIRO,J.A.; BONAN, P.R.F.; RODRIGUES, L.H.C.; MARTELLI-JUNIOR,H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v.21, n.1, p.147-157, 2011.

MENDES. EUGÊNIO VILAÇA. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2011.

MENDES,G.S.C.V.; SORDI, M.R.L. Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. **EccoS- Revista Científica**. 2013: 30, p.93-111

MENESES, C. S.; ANDREAZZA, R.; ARAUJO, E.C.; CUGINOTTI, A.D.; CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 57-66, jan. 2013.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. & BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO-MARTÍNEZ (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo, Hucitec, 2010

NEVES, A.C.O.J.; CASTRO, E.A.B.; COSTA, S.R.D. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do sus. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 21, n.4, pag. 01-09, Oct/dec. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47708>. Acesso em 11 fevereiro 2020

NEVES, ACOJ; SEIXAS, CT; ANDRADE, AM; CASTRO,EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.29,n.2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n2/0103-7331-physis-29-02-e290214.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2020.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, L.G.D. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 997-1008, Jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/006.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2020

OLIVEIRA, S.G.; QUINTANA, A.M.; BUDO, M.L.D.; KRUSE, H.L.; BEUTER,M. Internação Domiciliar e Internação Hospitalar: Semelhanças e Diferenças no olhar do cuidador. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, p.591-599, mar. 2012

OLIVEIRA, SG; KRUSE, MHL. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 2, 2016 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160258553.pdf>. Acesso em 11 fevereiro 2020.

OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L. Melhor em casa: Dispositivo de segurança.**Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.1, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e2660015.pdf. Acesso em 27 setembro 2019.

PAIVA, PA; SILVA, YC; FRANCO, NFS; COSTA, MFRL; DIAS, OV; SILVA, KL. Serviço de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29, n.2, pag. 244-252, abr./jun., 2016

PATTON, M.Q. Os Desafios para tornar a Avaliação. . **Ciênc. Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 57-66, jan. 2002.

PIRES, MRGM; DUARTE, EC; GOTTEMS, LBD; FIGUEIREDO, NVF; SPAGNOL,CA. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.47; n.3, p 648-56, 2013

POZZOLI, S.M.L.; CECÍLIO, L.C.O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na Atenção Domiciliar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 115, p. 1116-1129, Dec. 2017.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, I. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência e Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, suplemento, p. 231- 242, 2005

SALDANHA, M. F. M. **A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN, 2008.

SCHAEPE,C.; EWERS, M. “I se myself as parto f the team”- family caregivers contribution to safety in advanced home care. **BMC Nursing**. [online]: v.17, n.40, 2017. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-018-0308-9>. Acesso 22 fevereiro 2020

SEIBEL E.J. e Gelinky Carmen Rosario Ortiz. Concepção de Estado e escolha de metodologia de políticas públicas. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Cien. Hum.**, Florianópolis, v.13, n.102, p.119-134 jan/jul 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/19848951.2012v13n102p119>. Acesso em 22 fevereiro 2020

SILVA, KENIA LARA; SENA, ROSENI ROSANGELA; SEIXAS,CLARISSE T.; FEWERWERKER, LAURA C.M; MERHY, EMERSON ELIAS. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. **Rev Saúde Pública** São Paulo, v.44, n.1,pag.166-176, 2010.

SILVA, C. R. C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saude Soc.**, São Paulo, v.21, n.1, p. 32-41, 2012.

SILVA, K.L.;SILVA, Y.C.; LAGE, E.G.; PAIVA,P.A.;DIAS, O.V. O por que é melhor em casa? A percepção de usuário e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.22, n.4, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660>. Acesso em 11 fevereiro 2019.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.38, n.4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400419&script=sci_arttext. Acesso em 22 setembro 2019

SILVA, C.K.A.; FREITAS,C.A.S.L.; GOYANNA,N.F. Caracterização dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral- Ceará. **Essentia**, Sobral, v.19, n.2, p.23-33, 2018. Disponível em: <https://essentia.uvanel.br/index.php/ESSENTIA/article/view/232>. Acesso em 27 setembro 2019

SIMÃO, V.M.; MIOTO, R.C.T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.108,pag156- 169, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00156.pdf>. Acesso em 27 março 2020

SPIERS, G.; MATTHEWS,F.E.; MOFFATT,S.; BARKER,R.O.; JARVIS,H.; STOW,D.; KINGSTON,A.; HONRATTY,B. Impact of social care supply of healthcare utilization by older adults: a systematic review and meta-analysis. Age and agein, Estados Unidos, v. 48, v. 1, pag. 57-60, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30247573/>. Acesso em 11 de fevereiro 2019.

STEFANON, L. C. **A Internação Domiciliar no Hospital Antônio Bezerra de Faria: uma nova alternativa de atenção humanizada e suas consequências, sob a perspectiva dos cuidadores.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TAVOLARI, C.E.L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do “home health care” no Brasil. **RAS**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, out-nov. 2000. Disponível em: www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=246&p_nanexo. Acesso em 27 setembro 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 5. Geneva: World Health Organization, 2007

ANEXO 1**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Informações do Participante da Pesquisa

Documento de Identidade (tipo):	Nº:
Sexo: () M () F	Data de Nascimento: / /
Endereço:	
Telefones:	

Informações do Responsável Legal

Carmem Rita Sampaio de Sousa
Endereço: Rua: Geraldo Soares, 530, casa 30. Barroso Fortaleza, Ceará. Contatos: 085988970570

Título do Projeto de Pesquisa

Avaliação da implementação dos programas de atenção domiciliar nos hospitais estaduais localizados em Fortaleza- Ceará
--

Duração da Pesquisa

6 meses

Nome do Pesquisador Responsável Cargo/ Função:

Carmem Rita Sampaio de Sousa Enfermeira Coren: 139253

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá investigar a Avaliação da Implementação dos programas de Atenção Domiciliar nos hospitais estaduais localizados em Fortaleza- Ceará. Ao participar desta pesquisa você estará colaborando para a o conhecimento científico a respeito desse tema, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição. Os objetivos deste estudo são avaliar a implementação dos programas de atenção domiciliar nos hospitais estaduais localizados em Fortaleza- Ceará. Sua participação nesta pesquisa consistirá em um grande auxílio para o conhecimento do serviço que você faz parte. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

Os procedimentos utilizados na coleta de dados, através de entrevista poderão trazer algum desconforto como quebra de sigilo das informações e constrangimento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será reduzido pela pesquisadora, através do entendimento da situação, e medidas de minimizar ou extinguir os riscos.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de demonstrar para a sociedade científica Os benefícios relacionados com sua participação não são apenas para a pesquisa, mas sim para toda comunidade civil e científica da saúde pública, por abordar um tema não bem explicitado nessa população, esperando fortalecer a Atenção Domiciliar como estratégia de assistência integral a saúde. Por isso, esperamos alcançar esses benefícios tardios e indiretos nas comunidade científica e gestora dos serviços de saúde no Estado do Ceará.

Se você precisar de algum tratamento ou orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será assistido pelo pesquisador a fim de minimizar os riscos da pesquisa.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por observação direta do pesquisados serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das fichas de avaliação nem quando os resultados forem apresentados.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

FORTALEZA-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa ou do Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará : Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo. Fone: 33668346. Email: comepe@ufc.br

ANEXO 2- PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DE PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da implementação dos programas de atenção domiciliar nos hospitais estaduais localizados em Fortaleza-Ceará

Pesquisador: CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17995019.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.520.872

Apresentação do Projeto:

A pesquisa será desenvolvida nos hospitais estaduais localizados no município de Fortaleza, que possuem o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) já implantados e funcionantes, e que atendam pacientes nos diferentes ciclos de vida e com modalidade de assistência domiciliar tipos 2 e 3. Em vista a essa importante informação, será avaliado os PAD's pertencente aos hospitais estaduais, que são eles: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Geral César Cals e Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, Hospital São José de Doenças Infecciosas. Diante da pluralidade da população-alvo destes PADs, que contempla desde a criança ao idoso, aliado a diversidade das clínica médicas e suas necessidades para o domicílio, justifico a abrangência desses locais de pesquisa. As informações necessárias para a compreensão do objeto a ser investigado serão construídas com os principais atores envolvidos citados no referencial teórico: gestor estadual, gestor local de cada PAD e os profissionais de saúde dos serviços. Para a descrição do contexto político e institucional, será realizado uma análise documental das leis e regimentos da implantação dos PADs. Para esse momento, serão utilizados os instrumentos considerando a complexidade do objeto de estudo e flexibilidade permitida na pesquisa qualitativa. Portanto, utilizou-se o roteiro de entrevista semi-estruturada e a observação direta. Para análise do conteúdo obtido durante e após o levantamento das informações, será realizada a transcrição e análise do conteúdo a fim de reunir as informações

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.520.872

importantes à compreensão e interpretação do objeto estudado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a implementação dos programas de atenção domiciliar (PAD) nos hospitais estaduais localizado no município de Fortaleza;

Descrever o contexto político e institucional da implementação dos PADs nos hospitais estaduais localizados em Fortaleza;

Conhecer a implementação da atenção domiciliar nos diferentes ciclos de vida da população;

Compreender a operacionalização dos PADs a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde

Analisar a rede de atenção à saúde em que os PADs estão inseridos nas percepções dos gestores e profissionais de saúde;

Analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação dos PADs nos hospitais estaduais localizados em Fortaleza;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

No desenvolvimento da pesquisa, ocorrerá o risco de quebra de sigilos de informações e constrangimentos dos investigados, situações que serão tratadas pelo pesquisador com maior responsabilidade e cuidado, respeitando as diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de demonstrar para a sociedade científica Os benefícios relacionados com sua participação

não são apenas para a pesquisa, mas sim para toda comunidade civil e científica da saúde pública, por abordar um tema não bem explicitado nessa população, esperando fortalecer a Atenção Domiciliar como estratégia de assistência integral a saúde. Por isso, esperamos alcançar esses benefícios tardios e indiretos nas comunidade científica e gestora dos serviços de saúde no Estado do Ceará.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e factível cujo desfecho primário é Espera-se evidenciar Programas de Atenção domiciliar ja em implementação e com a possibilidade de crescimento e disseminação para esse tipo de assistência aos usuários do Serviço Único de Saúde, respeitando o princípio da integralidade e equidade.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.520.872

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de inserção do projeto no COMEPE_UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do COMEPE_UFC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1367749.pdf	29/07/2019 15:29:56		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	29/07/2019 15:29:18	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_sao_jose.pdf	29/07/2019 15:28:03	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Cesar.pdf	06/07/2019 21:35:36	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Hospital_Waldemar_Alcantara.pdf	06/07/2019 21:28:38	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Hospital_Sao_Jose.pdf	06/07/2019 21:25:30	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Hospital_messejana.pdf	06/07/2019 21:24:12	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Hospital_albert_sabin_compressed.pdf	06/07/2019 21:22:57	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Solicitacao_de_Apreciacao.pdf	06/07/2019 21:12:25	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Outros	Concordancia.pdf	06/07/2019 21:10:07	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/07/2019 21:06:50	CARMEM RITA SAMPAIO DE	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.520.872

Orçamento	Orcamento.pdf	06/07/2019 21:06:50	NERI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/07/2019 21:06:03	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/07/2019 19:15:57	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	29/05/2019 15:06:44	CARMEM RITA SAMPAIO DE SOUSA NERI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 21 de Agosto de 2019

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA BUSCA DE DOCUMENTOS

Foram buscados documentos de gestão nos níveis estadual, municipal e local relacionados aos projetos/programas/políticas nas seguintes temáticas:

1. Normas para a implantação dos Programas de Atenção Domiciliar
2. Regimentos internos dos PAD
3. Plano estaduais de saúde
4. Dados de financiamento da Atenção Domiciliar

APÊNDICE B - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA AO GESTORES DOS PAD

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Profissão:

Nível de escolaridade:

Tempo de profissão:

Tempo no serviço:

Tempo de Gestão:

Vínculo Empregatício :

ROTEIRO :

Descrever o processo de implantação do PAD ressaltando os antecedentes, as motivações e as estratégias utilizadas e as etapas da implantação

Relate sobre a operacionalização da Atenção Domiciliar no serviço de sua responsabilidade, em consideração a aspectos financeiros e estruturais, e os colaboradores e os oponentes desse processo

Pontuar os fatores facilitadores e dificultores do PAD, contemplando as condições estruturais, gerenciais e recursos humanos

Descrever os impactos causados pela implementação do PAD

Descrever a rede de atenção que o PAD está inserido e o funcionamento dessa integralidade.

APÊNDICE C- ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INFORMAÇÕES GERAIS

Nome:

Profissão:

Nível de escolaridade

Tempo de profissão:

Tempo no serviço:

Vínculo Empregatício :

ROTEIRO:

Como você descreve a implementação do PAD no sistema de saúde?

Relate sobre a infraestrutura fornecida pelo serviço para que você execute a sua atividade com qualidade

Descreva a inclusão e a elegibilidade dos pacientes, e como ocorre o acesso da população ao serviço em sua percepção

Descreva a forma como é fornecida os insumos, equipamentos e medicamentos a população assistida

Como se dá a divisão de equipes e a territorialização dos pacientes assistidos

Descrever como ocorre o desligamento dos pacientes do programa

Descrever como o PAD esta inserida na rede de atenção à saúde.

Em sua avaliação, descreva os fatores positivos e negativos na implementação do PAD

APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

OBJETIVO: Observar de forma geral as atividades do serviço para compreensão de práticas de assistência.

• Rotinas prováveis a observar:

1. Estruturas Físicas dos PAD
2. Composição de Equipes
3. Reuniões de equipes
4. Visitas domiciliares
5. Preparo do cuidador

• Aspectos a se observar:

1. Postura/conduita dos profissionais;
2. Construção do Plano de Cuidados individualizados
3. Relação profissional-usuário e profissional-familiares;
4. Orientações e cuidados fornecidos aos pacientes e familiares