

Artigo original

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA EM SOBRAL-CEARÁ

CHARACTERIZATION OF THE USERS OF THE BEST PROGRAM AT HOME IN SOBRAL-CEARÁ

Carla Kaiane Aguiar Silva¹, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas², Natália Frota Goyanna³

RESUMO

O objetivo do estudo é caracterizar o perfil socioeconômico e clínico dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral, Ceará. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorreu no contexto do Programa Melhor em Casa em Sobral. A coleta de dados se deu em junho de 2017. No levantamento dos dados, utilizaram-se os prontuários físicos e fichas de cadastro referentes aos usuários, disponíveis na Sede do Programa Melhor em Casa. Os dados foram organizados e analisados pela técnica Estatística Descritiva, trabalhando-se com frequências absolutas e relativas, com o auxílio do software Microsoft Excel, e os dados foram apresentados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente na área. O estudo foi regido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com o parecer nº 2.054.825. Nos resultados, os dados demonstraram o predomínio de 60% do sexo feminino, juntando o número de usuários com faixa etária de 60-92 anos obteve-se 40%, enfatizando assim, o predomínio de idosos. 51,11 % são analfabetos, 13,33% são referentes a sequelas de AVC, 100% dos usuários são atendidos pela equipe de enfermagem e nos cuidados especializados houve a prevalência da categoria "Outros Cuidados", que se refere ao acesso a equipamentos especiais com cerca de 73,33%. Ressalta-se a importância de estudos dessa natureza, uma vez que permitem planejar e implementar ações para o público beneficiado pela Atenção Domiciliar.

Palavras-chave: Programa Melhor em Casa; Atenção Domiciliar; Usuários.

ABSTRACT

The objective of the study is to characterize the socioeconomic and clinical profile of the users of the Best at Home Program in Sobral, Ceará. This is an exploratory-descriptive documentary research, with a quantitative approach. The research was carried out in the context of the Best Home Program in Sobral. Data collection took place in June 2017. Physical data and user registration forms were used for collecting data, available at Best Home Program headquarters. Data were organized and analyzed by means of the Descriptive Statistics technique, working with absolute and relative frequencies, with the use of Microsoft Excel software, and the data were presented in tables and discussed according to the pertinent literature in the area. The study was governed by Resolution 466/12 of the National Health Council, which deals with research involving human beings and was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Vale do Acaraú, with the opinion nº 2,054,825. In the results, the data demonstrated the predominance of 60% of the female sex, adding the number of users with age range of 60-92 years, obtained 40%, emphasizing, therefore, the predominance of the elderly. 51.11% are illiterate, 13.33% refer to the sequelae of stroke, 100% of the users are cared for by the nursing team and in the specialized care there was a prevalence of the category "Other Care", which refers to access to special equipment with about 73.33%. The importance of studies of this nature is highlighted, since they allow to plan and implement actions for the public benefited by Home Care.

Keywords: Better at Home Program; Home Care; Users.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: carlakaiane@gmail.com

² Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: cibellyaliny@gmail.com

³ Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: nataliagoyanna@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população de pessoas com mais de 65 anos dobrará nos próximos vinte anos e as doenças crônico-degenerativas ocuparão lugar de destaque, uma vez que 79% de pessoas idosas brasileiras relatam serem portadoras dessas condições de saúde. Isso implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2010; MENDES, 2013).

Pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos ou que estejam em situação pós-cirúrgica já contam com atendimento domiciliar humanizado oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes estão recebendo cuidados em domicílio, cujo tratamento vem sendo garantido por 229 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e de Apoio que atuam em 20 estados (BRASIL, 2012).

Dados preliminares apontam que no ano de 2012 cerca de 67,4% das pessoas atendidas pelo programa são idosas (acima dos 60 anos), sendo que dentro desse recorte, 30% são pacientes com mais de 80 anos. As crianças menores de um ano representam 10% dos atendimentos domiciliares (BRASIL, 2012).

Os serviços de saúde parecem não acompanhar as mudanças epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas, de forma que ainda percebemos frágil a atenção destinada à população restrita ao atendimento domiciliar, sendo a maioria idosa, condição que no atual contexto é compreendida como sinônimo de doença e incapacidade, sendo, muitas vezes, desconsiderados os cuidados pertinentes e a capacidade de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, apresentando, portanto, uma visão reducionista do envelhecimento (GOYANNA, 2016).

Diante da realidade do envelhecimento, o Governo Federal vem criando e implementando políticas de saúde que contribuam para proporcionar um cuidado integral aos idosos, destacando a importância do ambiente domiciliar. Dessa forma, é importante citar a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013, que dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS), com o Programa SOS Emergências (BRASIL, 2013a, 2013b).

A Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 vem substituir e reformular a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, no propósito da adaptação da Atenção Domiciliar, bem como de conformação da normativa em decorrência das mudanças no âmbito da gestão federal do programa, de maneira a propiciar o financiamento das equipes em funcionamento. A Portaria reformula a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes capacitadas (BRASIL, 2016).

O lançamento do Programa Melhor em Casa (PMC) ocorreu no dia 8 de novembro de 2011, representando um marco e um compromisso de que a atenção domiciliar é uma prioridade para o Governo Fe-

deral. Esse programa de Atenção Domiciliar (AD) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011 (BRASIL, 2012).

O serviço de atenção domiciliar da cidade de Sobral existe desde 2009 e foi incorporado ao Programa Melhor em Casa a partir de julho de 2013. Atualmente, é composto por 3 equipes multiprofissionais: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar 1 (EMAD 1), Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar 2 (EMAD 2) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (EUGENIO et al, 2015).

O interesse por esse objeto de estudo emergiu da vivência acadêmica, adquirida através do módulo Envelhecimento do 6º semestre do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, no qual tive a oportunidade de estagiar no Programa Melhor em Casa e acompanhar as visitas domiciliares com a equipe multiprofissional. Nessa oportunidade, pude observar que o público atendido era de faixas etárias variadas, englobando crianças, adultos e idosos, o que me instigou a analisar o perfil dos usuários acompanhados pelos cuidados das equipes do PMC. Assim, o presente estudo foi norteado pela seguinte questão: Qual o perfil dos usuários acompanhados pelo Programa Melhor em Casa na cidade de Sobral, no Ceará?

Neste ínterim, o estudo é relevante para a comunidade acadêmica e serviços de saúde, uma vez que evidencia o perfil dos clientes atendidos no domicílio, podendo subsidiar mudanças para a melhoria da qualidade do cuidado ofertado a essa clientela. Também é significativo para os que trabalham no Programa Melhor em Casa, pois estes profissionais terão os conhecimentos de quais usuários são acompanhados, quais as suas enfermidades, de maneira que irão realizar um melhor dimensionamento da equipe multiprofissional, além de adquirir os subsídios como os equipamentos e medicações que auxiliam no tratamento, aperfeiçoando a assistência aos usuários atendidos pelo PMC. Os resultados do estudo guardam um potencial para embasar e/ou suscitar novos estudos no contexto da atenção domiciliar. O objetivo do estudo é caracterizar o perfil socioeconômico e clínico dos usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral, CE.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa. Ocorreu no Município de Sobral, no contexto do Programa Melhor em Casa.

Sobral é a principal cidade do noroeste do estado do Ceará e a segunda mais importante do estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana, atrás somente da capital Fortaleza e de Juazeiro do Norte, na região sul. Sobral localiza-se a 238 quilômetros de Fortaleza (IBGE, 2010; SOBRAL, 2012).

Sobre a implantação do serviço de atenção domiciliar em Sobral, ocorreu em 2009 por iniciativa da

Prefeitura em parceria com a Secretaria da Saúde. Entretanto, com caráter de Programa Melhor em Casa (PMC), via Ministério da Saúde, teve início em 2013.

Até 2014, estavam adscritos cerca de 60 pacientes no Programa Melhor em Casa em Sobral. Atualmente estão sendo acompanhados 45 pacientes, excetuando-se os que receberam alta e os que foram a óbito (AGUIAR, SOUZA, CUNHA, 2015).

Atualmente, o PMC em Sobral conta com os seguintes profissionais: 01 coordenadora (enfermeira), 03 enfermeiros, 01 médico clínico, 01 médico pediatra, 03 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional, 01 fonoaudiólogo, 03 técnicos de enfermagem, 01 auxiliar administrativo, 01 motorista para realizar transferências na ambulância e 01 motorista para o carro de atendimento.

O período de coleta de dados ocorreu durante o mês de junho de 2017, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Para o levantamento dos dados, foram realizadas consultas e análises dos prontuários físicos e fichas de cadastro referentes aos usuários, disponíveis na sede do Programa Melhor em Casa.

Desde julho de 2015 foi implementado, a partir de uma nota técnica do ministério da saúde, 97/2014 baseada na portaria nº 963 de 2013, a utilização dos tablets e do sistema E-SUS com os prontuários eletrônicos com a identificação dos pacientes e as evoluções de cada profissional das equipes de Atenção Domiciliar, sendo que cada um dos profissionais tem acesso a partir de uma senha e login, não sendo disponibilizadas as informações desses prontuários eletrônicos neste estudo (BRASIL, 2014).

Os usuários acompanhados correspondem a 45 pacientes, de maneira que as informações foram coletadas e quantificadas (FICHAS DE CADASTRO E PRONTUÁRIOS, 2017). Para tanto, foi elaborado um instrumento de coleta de dados através do qual foram analisados os dados de identificação, o perfil social, econômico e clínico dos usuários acompanhados pelo PMC.

Os dados foram organizados e analisados pela técnica Estatística Descritiva, trabalhando-se com frequências absolutas e relativas, com o auxílio do software Microsoft Excel. Posteriormente, os dados foram apresentados em tabelas.

Quanto aos princípios éticos da pesquisa, foram respeitados com relação à autonomia do indivíduo de participar da pesquisa, a não maleficência para não causar danos aos participantes, a beneficência de maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos, equidade e justiça, tratar os indivíduos de maneira ética e moralmente adequada, garantindo-se a veracidade dos resultados e o sigilo das identidades. O estudo foi regido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Os riscos aos participantes foram analisados e evitados e os benefícios da participação na pesquisa visaram a melhoria da assistência domiciliar aos usuários (BRASIL, 2012b).

Por se tratar de uma pesquisa que ocorreu em uma instituição vinculada à Secretaria de Saúde do Município de Sobral, foi analisada pela Comissão Científica do Município de Sobral e a coleta de dados

somente iniciou após submissão e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que ocorreu no dia 09 de maio de 2017, com o número de parecer: 2.054.285 e número do CAAE: 67557917.0.0000.5053, mediante a assinatura do Termo de Fiel Depositário pela responsável/coordenadora do Programa Melhor em Casa.

RESULTADOS

Este tópico, estruturamos os dados encontrados nos prontuários dos pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa e dispomos em tabelas a partir do cálculo de valores absolutos e relativos. Nas tabelas estão os dados de identificação, bem como os perfis sociais, econômicos e clínicos dos usuários do Programa Melhor em Casa.

Tabela 1 - Características sociodemográficas usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral, Ceará, Brasil. Junho, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	27	60,0
Masculino	18	40,0
Estado Civil		
Solteiro(a)	24	53,3
Viúvo(a)	09	20,0
Casado(a)	08	17,7
União estável	02	4,4
Sem informações	02	4,4
Renda Mensal		
1 Salário Mínimo	24	53,3
>1 salário Mínimo	12	26,6
Sem Informações	09	20,0

Fonte: Prontuários Programa Melhor em Casa de Sobral, Ceará.

Na tabela 2 temos acesso às informações referentes ao tempo de acompanhamento dos usuários pelo Programa Melhor em Casa, tendo destaque os que são acompanhados recentemente há um mês e mostra os profissionais que acompanham esses usuários na Atenção domiciliar, considerando as necessidades especializadas dos pacientes.

Tabela 2 - Tempo de acompanhamento pelo Programa e profissionais que acompanham os usuários do Programa Melhor em Casa em Sobral, Ceará, Brasil. Junho, 2017.

Faixa etária	n	%
Acima de 2 anos		
2-9	11	24,4
10-17	05	6,6
Adultos		
18-25	05	11,1
26-33	01	2,2
34-41	01	2,2
42-50	03	6,6
51-59	03	6,6
Acima de 60 anos		
60-67	01	2,2
68-75	04	8,8
76-83	04	8,8
84-92	09	20,0

Fonte: Prontuários Programa Melhor em Casa de Sobral, Ceará.

A tabela 3 evidenciou as principais patologias confirmadas ou diagnosticadas referentes ao investigado no estudo, prevalecendo as doenças crônicas, com destaque para as sequelas do AVC seguida das doenças de Alzheimer, traz os principais medicamentos consumidos diariamente pelos usuários destacando-se os que não fazem uso de medicação e os sem informações, interferindo de maneira significativa no tratamento dos usuários portadores de doenças crônicas e apresenta os cuidados especializados prestados aos usuários da atenção domiciliar, que necessitam do acompanhamento dos profissionais do Programa.

Tabela 3 - Patologias confirmadas ou diagnosticadas, medicamentos consumidos e cuidados especializados dos usuários acompanhados pelo Programa Melhor em Casa em Sobral, Ceará, Brasil. Junho, 2017.

Variáveis	n	%
Tempo de Acompanhamento		
1m-1a	14	31,1
1a-2ª	07	15,5
2a-3a	10	22,2
3a-4a	14	31,1
Profissionais que acompanham		
Enfermeiro	45	100,0
Técnico de Enfermagem	45	100,0
Médico	40	88,8
Assistente Social	34	75,5
Fisioterapeuta	34	75,5
Psicólogo	29	64,4
Terapeuta Ocupacional	29	64,4

Fonte: Prontuários Programa Melhor em Casa de Sobral, Ceará.

DISCUSSÕES

A tabela 1 mostra que o número de usuários com faixa etária entre 60-92 anos, perfazendo um total de 40%, o que estabelece o predomínio de idosos. Isso se deve ao aumento da expectativa de vida, de doenças crônicas e degenerativas, que tornam os idosos mais necessitados de cuidados domiciliares (CAMPOLINA et al, 2013; FABRICIO et al, 2004; MARQUES e FREITAS, 2000).

Referente à mesma tabela, demonstra-se que o sexo feminino é o mais assistido pela AD devido as mulheres se exporem menos aos riscos que os homens, fazendo com que vivam mais. Além disso, a expectativa de vida feminina é maior (BARROS et al, 2011; GARGANO et al, 2004).

E a primeira tabela ainda revela que a maioria dos usuários vive com um salário mínimo, correspondendo a 53,33%, de maneira que as circunstâncias sociais precárias, enfatizadas pelo sofrimento de acostumar-se com uma patologia de longa duração em casa, acentuam a complexidade do contexto com que os profissionais de saúde se deparam na atenção domiciliar, possível de ocasionar reflexões sobre o cuidar e sobre a própria vida. Assim, embora exista a probabilidade de reorganização do paradigma assistencial pela apreensão dos distintos saberes, realidades e dinâmicas de vida no atendimento domiciliar, aptos a gerar modificações significativas na abordagem à saúde (FEUERWERKER, 2008).

A tabela 2 demonstra que no tempo de acompanhamento, houve coincidência entre os períodos de um mês a um ano e de três anos a quatro anos, correspondendo a 31,11%, equilibrando assim os pacientes recentes e os que são acompanhados por mais tempo.

Na mesma tabela, ainda estão expostas as informações referentes aos profissionais que atendem na atenção Domiciliar, especificamente no Programa Melhor em Casa. A Atenção Domiciliar é composta por uma equipe multiprofissional que corresponde a enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Observando-se que o enfermeiro e o técnico de enfermagem atendem 100% dos usuários, seguido do médico com 88,88%.

Na AD, o profissional desempenha o cuidado no domicílio, que se constitui como ambiente de domínio do paciente. Essa peculiaridade da AD requer “a atuação de toda equipe multiprofissional e a elaboração de mecanismos inovadores de cuidado, considerando os contextos materiais e familiares” (FEUERWERKER, 2008).

A lei nº 10. 424 de 15 de abril de 2002, que se refere às situações para promoção, proteção e recuperação da saúde, sobre a ordenação e andamento de serviços e dá outras decisões, regularizando a assistência domiciliar no SUS, inclui os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo no cuidado prestado ao paciente no domicílio (BRASIL, 2002a).

Com o passar dos anos, foram incorporados outros profissionais na prática da visita domiciliar. Esta visita se dá pelo deslocamento do profissional até a moradia do paciente, tendo em vista a assistência e

a educação em saúde sendo considerada uma ferramenta, uma estratégia e uma ciência (LOPES et al, 2008).

A análise dos dados revela que a enfermagem torna-se protagonista na realização do cuidado no domicílio, modificando o modelo hospitalocêntrico da atenção em saúde para uma percepção mais humana e ampla do domicílio, refletindo a ação apontada unicamente pelo saber técnico-assistencial focada na figura médica. O profissional Enfermeiro mostrou-se apto a assumir de forma independente as decisões sobre a conduta do processo terapêutico, concordando com o Conselho Federal de Enfermagem, que recomenda na Função assistencial: o controle de qualidade das assistências realizadas, além de categorizar e caracterizar as situações a partir de pareceres sistemáticos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2001).

Na tabela 3 estão dispostos os principais diagnósticos das patologias dos pacientes acompanhados pelo PMC, de forma que a maioria das doenças são crônico-degenerativas, causando assim a dependência e a necessidade de atendimento no domicílio. É perceptível que as sequelas de AVC se sobressaíram, com 13,33%, seguida da doença de Alzheimer, com 11,11%.

As doenças crônicas interferem nos altos custos com a assistência à saúde e são responsáveis por mortes e incapacidades funcionais. Para enfrentar essas enfermidades, fazem-se necessárias políticas públicas, equipes multiprofissionais, qualificação dos profissionais para que atuem de acordo com o SUS (ANTUNES et al, 2013; CECCIM; FEUERWERKER,2004). No estudo, as doenças crônico-degenerativas superaram os outros tipos de doenças.

O AVC é a principal enfermidade que causa hospitalizações, aumento da morbimortalidade, sendo um diagnóstico bastante impactante para os cuidadores e para a pessoa que necessita de cuidados pela atenção domiciliar (ALENCAR, 2013; FABRICIO et al, 2004).

A terceira tabela traz ainda a categoria de medicamentos utilizados diariamente, na qual registra-se que os percentuais de indivíduos que não fazem uso de nenhuma medicação e os sem informações coincidiram, com 13,33%, seguido dos que fazem uso de anti-hipertensivos sem especificação.

Para que haja a utilização correta das medicações é necessário realizar a educação em saúde, destacando-se o enfermeiro como o profissional que orienta sobre a importância de tomar os devidos medicamentos e também a importância de envolver a equipe multiprofissional neste processo, visto que a maioria dos pacientes são idosos e portadores de doenças crônicas (SOUZA e MENESES, 2009)

Ainda na mesma tabela estão dispostos os cuidados especializados realizados aos usuários do programa Melhor em Casa, destacando-se a categoria “outros cuidados”, que engloba a aquisição de equipamentos

médico-hospitalares necessários à reabilitação do paciente, como: colchão articulado, colchão caixa de ovo, cadeira de rodas, balas de oxigênio, muletas, órteses e próteses, cadeira de banho, entre outros. Nesta categoria, registrou-se 73,33%, superando as demais, seguido das lesões por pressão, com 35,55%.

Para uma assistência de forma integral e apropriada, faz-se necessário a disponibilidade pelo SAD de equipamentos, medicações e materiais (BRASIL, 2012a). Essas tecnologias incluem vários insumos que visam diminuir as dificuldades encontradas pelas pessoas com necessidades especiais e melhorar a saúde do paciente, melhorando a funcionalidade dentro e fora do domicílio (FERREIRA, 2010). Assim, a utilização de recursos e procedimentos faz com que haja uma melhora na qualidade de vida dos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Atenção Domiciliar é um dos grandes avanços do SUS referentes a nova realidade do panorama das doenças, sendo cada vez mais crescente a doença crônico-degenerativa, além do aumento da expectativa de vida. Desta maneira, os serviços de saúde tiveram de se adaptar a essas mudanças para fornecer uma assistência de qualidade a esse novo perfil de pacientes.

Desta maneira, a criação do Programa Melhor em Casa veio com a proposta de fornecer uma assistência diferenciada a pacientes que tinham a necessidade de receber uma atenção à saúde no domicílio. Este Programa engloba uma equipe multiprofissional especializada em promover uma assistência no domicílio de acordo com o estado de saúde de cada indivíduo.

O estudo em questão vem trazer a importância de traçar o perfil destes usuários que são atendidos pela atenção domiciliar com o intuito de melhorar, assim, o atendimento às necessidades desta clientela, pois o conhecimento destes usuários se faz essencial para que se possa organizar o atendimento, dimensionar a equipe, prestar uma assistência de qualidade, mostrar aos gestores sobre a necessidade de insumos, qualificar os profissionais, entre outros aspectos com o objetivo de aperfeiçoar a atenção domiciliar.

É importante salientar também que os prontuários se dividiam entre prontuários eletrônicos e os prontuários de papel, ficando um na sede do PMC e outro na moradia do paciente. Considerando que o acesso ao prontuário eletrônico não foi possível devido o fato de cada profissional possuir o seu tablet e sua senha para entrar no sistema do E-SUS e registrar as evoluções do cuidado de cada paciente.

Apesar desta limitação, o objetivo da pesquisa foi alcançado e pôde-se evidenciar o perfil dos usuários atendidos no município de Sobral-Ceará, de maneira a subsidiar novos estudos com essa temática, visto que durante a pesquisa observou-se a disponibilidade de poucos estudos referente à AD.

Em síntese, os principais resultados foram que a maior parte dos usuários atendidos é representada pela população idosa, de 60-92 anos, com cerca de 40%; na categoria sexo, o feminino foi o que mais

se destacou, com 60%; na renda mensal, destaca-se a faixa com um salário mínimo, com 53,33%; nos diagnósticos, as sequelas do AVC tiveram um índice de 13,33%; nos medicamentos, os que não fazem uso de medicação e os sem informações coincidiram com 13,33%; no tempo de acompanhamento pelo PMC, os que são acompanhados de um mês a um ano e de três a quatro anos coincidiram com 31,11%; entre os profissionais que acompanham os usuários, a categoria do enfermeiro e técnico de enfermagem realizaram 100% dos atendimentos; nos cuidados especializados, os outros cuidados tiveram 73,33%, seguido das lesões por pressão com 35,55%.

Com a obtenção destes resultados, espera-se oferecer um retorno das informações obtidas no estudo ao Serviço de Atenção Domiciliar com o intuito de melhorar a assistência prestada aos usuários que necessitam de cuidados domiciliares e visando também a organização do serviço.

Assim, a pesquisa demonstrou que é importante a comunicação das redes de atenção com relação aos usuários da Atenção Domiciliar e trouxe reflexões com relação aos desafios que ainda precisam ser superados para se prestar um cuidado de qualidade a essa clientela específica. Esta pesquisa demonstra que a atenção domiciliar é ainda recente e tem muito a melhorar, incentivando assim que os gestores da saúde invistam ainda mais nesse modelo de atenção, que se faz cada vez mais importante na nossa realidade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C.M.S; SOUZA, F.L; CUNHA, F.M.A.M. A experiência do fisioterapeuta no Programa Melhor em Casa em Sobral, CE. Relato de Caso. *Revista Digital*, Buenos Aires, n.208, 2015. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 01 de nov. 2017.
- ALENCAR, V. A. Contribuições da internação domiciliar para promover a desospitalização e prevenir a rehospitalização no âmbito do SUS. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.
- ANTUNES, F. P. et al. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1346-56, 2013.
- BARROS, M. B. A., et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p. 3755-68, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 10424/GM, de 15 de abril de 2002*. Acrescenta capítulos VI e artigo 19 -I à lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Estabelece no âmbito do sistema único de saúde, o atendimento e a internação domiciliar. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 de abr. 2002a. Disponível em: <[>](#). Acesso em: 24 ago. 2017.
- . Ministério da Saúde. *Melhor em Casa chega a 20 estados brasileiros*. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=28_11_melhor_em_Casa_chega_20_estados>. Acesso em: 08 dez. 2016.
- . Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 963 de 27 de maio de 2013*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

- _____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.208 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, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 825 de 25 de abril de 2016*. Redefine a Atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2016. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 24 ago. 2017.
- CAMPOLINA, A.G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p. 1217-29, 2013.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1,p.41-65, 2004.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 267*. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 14 out. 2017.
- EUGÊNIO, F.E.S et al. PET Saúde - Redes de Atenção à Saúde: Contribuições do Programa Melhor em Casa. *SANARE*, v.14, n.2, p. 47-50. Sobral, 2015.
- FABRÍCIO, S. C. C et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital do interior paulista. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.721-6, 2004.
- FERREIRA, V.C. Independência funcional do idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica. 2010. 163 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.
- FEUERWERKER, 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 Pública*, v.24, n.3, p.180-8, 2008
- GARGANO, F. et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Revista AMRIGS*, Porto alegre, v.48, n.2, p.90-4, 2004.
- GOYANNA, N.F. Cuidado de enfermagem domiciliar ao idoso: abordagem à luz do modelo de cuidado transpessoal. 2016. (Projeto de dissertação de mestrado). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Sobral, 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2010. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/tab1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- LOPES, W.O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.7, n.2, p.241-7, 2008.
- MARQUES, G.Q.; FREITAS, I.B.A. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.43, n.4, p.825-32, 2009.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500005&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em 01 nov. 2016.
- MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, 27 (78), 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. A história de Sobral. Disponível em:< <http://www.sobral.ce.gov.br>>. Acesso em 04 jan. 2017.
- SOBRAL. Prefeitura de Sobral. Programa Melhor em Casa. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/index.php/links/noticias/item/2810-programa-melhor-em-casa>.Acesso em: 25 fev. 2017.
- SOUZA, A.S., MENESES, M.R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* Jequié, Bahia, 2009. Disponível em:<http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_7.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.