



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS
HUMANOS
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS

MARCIA INÊZ XAVIER DOS SANTOS

**REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
DOMICILIAR PRESTADA PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO
DE PELOTAS- RS.**

PELOTAS

2021

MARCIA INÊZ XAVIER DOS SANTOS

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR PRESTADA PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS- RS.

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Política Social e Direitos Humanos – Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas – da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vini Rabassa da Silva

PELOTAS

2021

Ficha Catalográfica

S237r Santos, Marcia Inêz Xavier dos

Repercussões da pandemia Covid-19 no contexto da atenção domiciliar prestada pelo Programa Melhor em Casa no município de Pelotas-RS. / Marcia Inêz Xavier dos Santos. – Pelotas: UCPEL, 2021.

93 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Universidade Católica de Pelotas. - Pelotas, BR-RS, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Vini Rabassa da Silva.

1. Política de Atenção Domiciliar. 2. Programa Melhor em Casa. 3. Pandemia COVID-19. I. Silva, Vini Rabassa da. II. Título.

Bibliotecária responsável: Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

MARCIA INÊZ XAVIER DOS SANTOS

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID-19 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR PRESTADA PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA NO MUNICÍPIO DE PELOTAS- RS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos – Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas – da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Política Social e Direitos Humanos.

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientadora Prof^a Dr^a Vini Rabassa da Silva

Universidade Católica de Pelotas- UCPEL

1^a Examinadora: Prof^a Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira

Universidade Católica de Pelotas-UCPEL

2^a Examinadora: Prof^a Dr^a Isabel Cristina de Oliveira Arrieira

Universidade Católica de Pelotas-UCPEL

Pelotas, 22 de dezembro de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por estar com saúde para trabalhar em prol de outras pessoas.

Aos meus pais Alcides dos Santos e Maria Joaquina Xavier dos Santos, que já partiram deste plano, pelo incentivo ao estudo, educação e pelo exemplo de vida deixado como legado. Minha eterna gratidão.

Ao meu filho Vinícius Xavier dos Santos Madruga por ter realizado o meu sonho de ser mãe e ter se tornado a pessoa maravilhosa que é. E, por ter compreendido meu isolamento nas horas que me dediquei aos estudos.

A toda minha família e amigos pelo carinho e compreensão, especialmente nos longos períodos que estive ausente para conseguir concluir este curso.

Ao meu namorado Paulo Roberto Madruga Bastos pelo carinho, pelo ombro amigo, incentivo e compreensão diante a minha ausência nos momentos que precisei me afastar para estudar e realizar as atividades do mestrado.

A minha orientadora, professora Vini Rabassa da Silva, pela competência, responsabilidade, paciência diante as minhas dificuldades e estímulo nas horas mais difíceis.

A professora Vera Maria Ribeiro Nogueira por ter aceitado o convite de compor a banca avaliadora e tecer contribuições enriquecedoras para melhoria do meu trabalho.

A professora, colega de trabalho e amiga Isabel Cristina de Oliveira Arrieira por ter aceitado compor a banca avaliadora, por ter sido uma das pioneiras a atuar na atenção domiciliar em Pelotas, pela busca constante de novos conhecimentos que compartilha e multiplica na Atenção Domiciliar.

Ao meu chefe de trabalho e amigo Renato Lins Rodrigues pelo apoio e parceria nas ações e campanhas propostas pelo Serviço Social. Agradeço, também, pelas horas que precisei me afastar do trabalho para concluir o mestrado.

Aos meus colegas de trabalho e amigos Gilciane, Rosângela, Márcio, Tadeu, Tatiane, José, Tiago, Ari, Raquel, Luís Fernando, Cíntia, Aline, Carla e Sandra pela parceria, estímulo, palavras amigas e momentos de descontração e confraternização.

A minha colega de trabalho e amiga, assistente social Marta Duarte Dias pela competência, parceria, dedicação e por compartilhar comigo os mesmos ideais, principalmente nos momentos que nos sentimos impotentes diante da realidade e tivemos que pensar juntas o que fazer.

A assistente social Simone da Fonseca Sanghi pelo tempo que trabalhamos juntas na atenção domiciliar e pela amizade que permanece.

As minhas colegas do grupo de pesquisa PSCISS do PPGPSDH pela convivência e troca de experiências, que enriqueceram o meu aprendizado.

A todos meus colegas de curso, em especial Edinéia, Fatiane, Leonice e Nadja que sempre foram parceiras para todas as horas. Mesmo hoje estando distante, a amizade permanece.

Muito obrigada!

RESUMO

SANTOS, M.I.X dos. **Repercussões da pandemia Covid 19 no contexto da atenção domiciliar prestada pelo Programa Melhor em Casa no Município de Pelotas**. Dissertação (Mestrado em Política Social e Direitos Humanos) - Programa de Pós- Graduação em Política Social e Direitos Humanos, Centro de Ciências Sociais e Tecnológicas, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2021.

Essa dissertação tem como objetivo descrever as repercussões da pandemia COVID19 na atenção domiciliar realizada pelas equipes multiprofissionais que atuam no Programa Melhor em Casa, na cidade de Pelotas, considerando a opinião dos/as usuários/as e dos cuidadores/as. A crescente demanda dos usuários do PMC no enfrentamento da pandemia, instigou o presente estudo e para o desenvolvimento do mesmo, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, aplicada a dois grupos de pessoas: o grupo 1 formado por usuários do Programa Melhor em Casa e o grupo 2 por seus familiares/cuidadores. A escolha da amostra foi intencional, visando contemplar os usuários e familiares atendidos pelas três EMADs (Norte, Sul e Leste) e pela EMAP, que apresentaram demandas decorrentes da pandemia Covid-19. As entrevistas com os participantes da pesquisa foram realizadas nos domicílios de cada um deles, garantindo o anonimato por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram entrevistados 7 usuários e 8 familiares/cuidadores e utilizou-se formulário com questões abertas, para melhor possibilitar a livre expressão dos entrevistados. A análise dos dados foi realizada de acordo com a proposta operativa proposta por Maria Cecília Minayo, que se subdivide nas seguintes etapas: ordenação dos dados; classificação dos mesmos, que engloba a leitura horizontal e minuciosa de todo material de campo e a leitura transversal; a análise final; e o relatório da pesquisa, que será apresentado, aqui, em formato de dissertação. O resultado da pesquisa indicou que as repercussões da pandemia Covid-19 na vida dos usuários do Programa Melhor em Casa e de seus familiares/cuidadores, atingiu diretamente a condição socioeconômica familiar, seja por situação de desemprego, ou pela dificuldade de acesso aos benefícios previdenciários e auxílio emergencial do governo federal. O acesso aos serviços de saúde da rede, principalmente aos recursos humanos e materiais nas Unidades Básicas de referência ficou prejudicado, deixando os usuários com poucas opções para manutenção do tratamento de saúde adequado. Estas repercussões no contexto familiar por vezes agravaram o quadro clínico, exigindo nova internação domiciliar. Neste sentido, pode-se afirmar que o Programa Melhor em Casa teve um papel importante no período pandêmico, mantendo o serviço em pleno funcionamento, efetuando novas avaliações e admissões, como também buscando estratégias para minimizar a crescente vulnerabilidade dos usuários e familiares em consequência da pandemia. As dificuldades enfrentadas por eles, diante do contexto atual, instigaram nas equipes em geral, o desejo e a necessidade de fazer algo mais, para além da responsabilidade técnica inerente de cada profissional, que faz parte das EMADs e EMAP, originando a campanha de arrecadação de alimentos e fraldas, logo no começo da pandemia. A campanha teve uma boa divulgação e adesão, o que possibilitou contemplar as famílias dos usuários, também em outras situações de vulnerabilidade. Devido ao seu sucesso, outras subseqüentes ocorreram com o mesmo objetivo e, atualmente, há uma ação solidária em andamento, pelo direito à alimentação. Isto evidencia a importância de articular uma ação com a política de assistência social, para que o direito à alimentação seja

garantido, também após o término da pandemia, para evitar a promoção de campanhas, que podem desvirtuar o seu caráter de direito de cidadania.

Palavras Chave: Política de Atenção Domiciliar, Programa Melhor em Casa, Pandemia Covid-19

ABSTRACT

SANTOS, M.I.X dos. **Repercussions of the Covid 19 pandemic in the context of home care provided by the Melhor em Casa Program in the municipality of Pelotas**. Dissertation (Masters in Social Policy and Human Rights) - Postgraduate Program in Social Policy and Human Rights, Center for Social and Technological Sciences, Catholic University of Pelotas, Pelotas, 2021.

This dissertation aims to describe the repercussions of the COVID19 pandemic on home care carried out by the multiprofessional teams that work in the Melhor em Casa Program, in the city of Pelotas, considering the opinion of users and caregivers. The growing demand of PMC users in facing the pandemic, instigated the present study and for its development, a qualitative approach research was carried out, applied to two groups of people: group 1 formed by users of the Melhor em Casa Program and group 2 by their family members/caregivers. The choice of sample was intentional, aiming to include users and family members served by the three EMADs (North, South and East) and by EMAP, which presented demands arising from the Covid-19 pandemic. The interviews with the research participants were carried out in the homes of each one of them, guaranteeing anonymity by signing the Free and Informed Consent Form. 7 users and 8 family members/caregivers were interviewed and a form with open questions was used, to better enable the free expression of the interviewees. Data analysis was performed according to the operational proposal proposed by Maria Cecília Minayo, which is subdivided into the following steps: data ordering; classification of the same, which includes the horizontal and detailed reading of all field material and the transversal reading; the final analysis; and the research report, which will be presented here in the form of a dissertation. The result of the research indicated that the repercussions of the Covid-19 pandemic on the lives of users of the Melhor em Casa Program and their family members/caregivers, directly affected the family's socioeconomic condition, either due to unemployment or the difficulty of accessing social security benefits. and emergency aid from the federal government. Access to the network's health services, especially human and material resources in the Basic Units of reference, was impaired, leaving users with few options for maintaining adequate health care. These repercussions in the family context sometimes worsened the clinical condition, requiring new home care. In this sense, it can be said that the Melhor em Casa Program played an important role in the pandemic period, keeping the service in full operation, carrying out new assessments and admissions, as well as seeking strategies to minimize the increasing vulnerability of users and family members as a result of the pandemic. The difficulties faced by them, given the current context, instilled in the teams in general, the desire and need to do something more, beyond the inherent technical responsibility of each professional, who is part of the EMADs and EMAP, giving rise to the fundraising campaign. of food and diapers, right at the beginning of the pandemic. The campaign was well publicized and adhered to, which made it possible to include users' families, also in other vulnerable situations. Due to its success, subsequent others took place with the same objective and, currently, there is a solidarity action in progress, for the right to food. This highlights the importance of articulating an action with the social assistance policy, so that the right to food is guaranteed, also after the end of the pandemic, to avoid the promotion of campaign which can distort its character as a right of citizenship.

Keywords: Home Care Policy, Better at Home Program, Covid-19 Pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma da linha de cuidado geral do SAD.	33
Figura 2 Fluxograma de recebimento de novas avaliações pela recepção do SAD.	34
Figura 3 Fluxograma de recebimento de novas avaliações pelas equipes referentes.	36
Figura 4 Fluxograma de atendimentos das EMADs e PIDI.	37
Figura 5 Fluxograma do processo de trabalho da EMAP	38
Figura 6 Fluxograma do processo de alta domiciliar.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

ADT - Aids - Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CF - Constituição Federal

CAPs- Caixas de Aposentadorias e Pensões

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF- Estratégia em Saúde da Família

HE- Hospital Escola

HUSFP- Hospital Universitário São Francisco de Paula

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

MS- Ministério da Saúde

PEP - Projeto Ético Político

PIC - Práticas Integrativas Complementares

PID - Programa de Internação Domiciliar

PIDI - Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar

PMC - Programa Melhor em Casa

PNAD - Política Nacional de Atenção Domiciliar

PNH - Política Nacional de Humanização

PREVPEL- Instituto de Previdência dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas

Pronto Socorro- PS

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU - Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UADCP - Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos

UBAI- Unidade Básica de Atendimento Imediato

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS	19
2.1 Visão geral sobre a Política de Saúde no Brasil, de século XVIII até a criação do SUS.....	19
2.2 A regulamentação da assistência domiciliar no SUS.	24
2.3 Trajetória do Serviço de Atenção Domiciliar em Pelotas.....	28
2.4 O Programa Melhor em Casa em Pelotas na atualidade	31
2.4.1 A deflagração da Pandemia Covid-19	40
2.4.1.1 Dificuldades de acesso da população à Previdência Social no período pandêmico.....	42
3. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA REALIZADA SOBRE AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID- 19 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	45
3.1 Origem, justificativa e objeto da pesquisa	46
3.2 Delineamento da pesquisa.	52
3.3 Apresentação dos resultados da pesquisa.	56
3.4 Rebatimentos da Pandemia Covid-19 no Programa Melhor em Casa	56
3.4.1 Mudanças provocadas pela pandemia Covid-19 na vida dos usuários do Programa Melhor em Casa	57
3.4.2 Mudanças provocadas pela pandemia Covid-19 na vida dos familiares/cuidadores do Programa Melhor em Casa.....	66
3.4.3 Estratégias adotadas pelas equipes multiprofissionais para garantia dos direitos dos usuários e integralidade do cuidado no período da pandemia Covid-19	76
3.4.4 Possíveis estratégias a serem adotadas pelo programa Melhor em Casa no pós pandemia.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE 1: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS E FAMILIARES/ CUIDADORES DO PROGRAMA MELHOR EM CASA.....	89
APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA, FAMILIARES OU CUIDADORES	90

ANEXO 1: Folder de divulgação da Campanha " A solidariedade salva vidas",
ocorrida no ano de 2019, quando deflagrou a Pandemia Covid-
1992

ANEXO 2: Folder da "Ação Solidária pelo direito à alimentação". 93

1. INTRODUÇÃO

A assistência hospitalar, no Brasil, tem sido amplamente questionada por apresentar uma abordagem descontextualizada da história de vida dos usuários, além de apresentar custos elevados, o que tem impulsionado o surgimento de novas formas de prestação de serviços na área da saúde.

Em contrapartida, a atenção domiciliar é definida como uma modalidade integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016). E, ao contrário da assistência hospitalar, por ser prestada na casa do usuário, abarca o seu contexto familiar com as mais diversas expressões da questão social que perpassam o cotidiano do mesmo. Desta forma, a tendência é que as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde, sejam mais humanizadas, visando o melhor bem-estar do usuário.

O Programa Melhor em Casa (PMC), instituído pelo Ministério da Saúde- MS em nível nacional no ano de 2011, com o Slogan: *“A segurança do hospital no conforto do seu lar”*, tem como modalidade de implementação a atenção domiciliar. Desenvolve suas atividades seguindo as diretrizes que regem o Programa que são: abordagem integral à família; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; e estímulo a redes de solidariedade. Além disso, está em consonância com a Política Nacional de Humanização- PNH, também conhecida como Humaniza SUS, lançada em 2003, que preconiza: pôr em prática os princípios do SUS nos serviços de saúde (BRASIL, 2013, p.1), apostando na inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (BRASIL, 2013, p.2)

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013; p 2).

Entende-se como benefícios do PMC, a ampliação da assistência do SUS, a usuários com agravos da saúde, que possam receber atendimento humanizado

junto à família e em sua própria casa. Além disso, quando o usuário é atendido em casa, reduz o risco de contaminação e infecção hospitalar e ainda propicia uma melhor gestão e regulação dos leitos hospitalares, sendo estes ocupados por usuários mais graves em que a internação hospitalar é a mais indicada.

A deflagração da Pandemia Covid-19 em nível mundial, exigiu que o Programa Melhor em Casa, assim como os demais serviços de saúde, fizessem algumas adequações e modificações, a fim de manter as atividades alinhadas com as suas diretrizes, com a PNH, com as restrições e recomendações da Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde. E, acima de tudo, zelando pela saúde dos usuários e seus familiares/cuidadores e dos próprios profissionais que compõem as equipes de trabalho.

Algumas mudanças, em nível local, foram realizadas na rotina de trabalho dos profissionais para evitar o contágio dos usuários e dos profissionais, tais como o uso contínuo do álcool em gel para higienização das mãos, dos móveis do local de trabalho, dos assentos dos carros que transportam as equipes até os domicílios e materiais, uso de Equipamentos de Proteção Individual, tais como máscaras N95, toucas, luvas, aventais e óculos de proteção.

Por outro lado, a minha atuação como assistente social de três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar- EMADs, do Programa Melhor em Casa e em uma equipe do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar- PIDI, possibilitou observar *in loco* as dificuldades enfrentadas diariamente pelos usuários, núcleo familiar e, particularmente por seus cuidadores, devido ao contexto pandêmico.

O Programa Melhor em Casa na cidade de Pelotas, conta com três EMADs, as quais são denominadas conforme a região da cidade que prestam os atendimentos, ou seja, EMAD Leste, EMAD Norte e EMAD Sul. Tais equipes se subdividem em dois turnos de trabalho, havendo então na prática 6 equipes: EMAD Leste manhã, EMAD Leste tarde, EMAD Norte manhã, EMAD Norte tarde, EMAD Sul manhã e EMAD Sul tarde. Os usuários ao serem incluídos no PMC, passam a ser referenciados a equipe correspondente ao seu endereço e recebem o atendimento sempre no mesmo turno, de modo que fiquem vinculados a uma única equipe.

Considerando todas as novas situações decorrentes da pandemia sanitária, produzindo uma crescente demanda trazida pelos usuários do Programa Melhor em Casa e a inserção da pesquisadora no referido programa, esta dissertação relata uma pesquisa realizada para responder ao seguinte problema: *Quais são as repercussões da pandemia Covid 19, na atenção domiciliar realizada por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipe Multiprofissional de Apoio do Programa Melhor em Casa, segundo a opinião dos/das usuários/as e dos familiares/cuidadores(as)?*

O Estudo tem como objetivo geral: Descrever as repercussões da pandemia COVID19 na atenção domiciliar realizada pelas equipes multiprofissionais que atuam no Programa Melhor em Casa, na cidade de Pelotas, considerando a opinião dos/as usuários/as e dos cuidadores/as. E, como objetivos específicos:

- Conhecer as mudanças ocasionadas pela pandemia Covid19 na atenção domiciliar dispensada aos/as usuários/as do Programa Melhor em Casa, no município de Pelotas;
- Identificar se as estratégias adotadas pelas equipes multiprofissionais no período da pandemia estão sendo efetivas para garantir os direitos dos usuários e a integralidade do cuidado;
- Indicar possíveis estratégias a serem adotadas pelo Programa Melhor em Casa para o período pós pandêmico.

A pesquisa de abordagem qualitativa, foi aplicada a dois grupos de pessoas: o grupo 1 formado por usuários do Programa Melhor em Casa e o grupo 2 por seus familiares/cuidadores. A escolha da amostra foi intencional, visando contemplar os usuários e familiares atendidos pelas três EMADs (Norte, Sul e Leste) e pela EMAP, que apresentaram demandas decorrentes da pandemia Covid-19. As entrevistas com os participantes da pesquisa foram realizadas nos domicílios de cada um deles, garantindo o anonimato por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido. Foram entrevistados 7 usuários e 8 familiares/cuidadores e utilizou-se formulário com questões abertas, para melhor possibilitar a livre expressão dos entrevistados. A análise dos dados foi realizada de acordo com a proposta hermenêutica-dialética de Minayo.

O trabalho apresentará inicialmente a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS, trazendo uma explanação do que é o Programa Melhor em Casa; abordará como a assistência domiciliar começou a ser realizada até a sua efetiva regulamentação pelo Sistema Único de Saúde (SUS); discorre como se deu a trajetória do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) até a presente data. Apresenta como o Programa Melhor em Casa está sendo executado atualmente.

Em um segundo momento, será abordada a Pandemia Covid-19 desde a sua deflagração a nível mundial, trazendo à tona alguns dados relevantes para uma melhor compreensão do contexto atual, no qual o estudo foi realizado.

No terceiro momento será apresentada a pesquisa realizada desde sua origem, objeto de estudo e justificativa, bem como seu delineamento e execução. Por fim, serão apresentados os resultados da pesquisa, apontando as mudanças ocasionadas pela pandemia Covid- 19 na atenção domiciliar, e fazendo uma análise das estratégias adotadas pelas equipes multiprofissionais para garantia dos direitos dos usuários e integralidade do cuidado no período da pandemia Covid-19. E, ainda indicando possíveis estratégias a serem adotadas pelo programa Melhor em Casa no período pós pandêmico.

A pesquisa realizada contribuiu para se ter um panorama geral dos efeitos da pandemia Covid-19, segundo a percepção dos usuários e familiares assistidos pelo Programa Melhor em Casa, e principalmente para se pensar o que pode ser feito para minimizar os efeitos da pandemia na vida dessas pessoas que já enfrentam problemas graves de saúde. Com os resultados obtidos, percebe-se a importância que a atuação do PMC teve para a continuidade do tratamento de saúde, principalmente neste período peculiar de pandemia. A articulação com outros serviços disponíveis na rede; os encaminhamentos para benefícios, consultas e exames; o recebimento dos alimentos e fraldas arrecadados nas campanhas promovidas, foram dados apontados com relevância nos resultados.

Considero que a pandemia sensibilizou de uma forma geral os profissionais de saúde que executam suas atividades no PMC, proporcionando uma atenção domiciliar mais humanizada e voltada para a busca de estratégias que possam ser implementadas para uma melhor qualificação do Programa.

2. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS

Para uma melhor compreensão sobre como a atenção domiciliar começou a ser desenvolvida do Brasil até se transformar em uma política nacional, neste capítulo, será abordado primeiramente uma visão geral sobre a Política de Saúde no Brasil desde o século XVIII até a criação do SUS e logo a seguir será apresentada sucintamente o que é a Política Nacional de Atenção Domiciliar- PNAD no SUS e como ela vem se desenvolvendo em Pelotas. Será apresentada também, como a assistência domiciliar foi regulamentada no âmbito do SUS, bem como a trajetória do Serviço de Atenção Domiciliar em Pelotas, percorrendo sobre o que é o Programa Melhor em Casa e como o mesmo está sendo executado na atualidade em Pelotas.

2.1 Visão geral sobre a Política de Saúde no Brasil do século XVIII até a criação do SUS

O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população, conforme comentado na citação a seguir:

(...) um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que *definem as prioridades* e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses(...). Como a maioria as políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WHO, 1998, apud FLEURY; OUVREY, 2008, p. 40 e 41)

No Brasil, no século XVIII, conforme Bravo et al. (2009), a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de

campanhas limitadas, sendo que a intervenção estatal somente começa a ocorrer no século XX, quando a questão saúde já aparece como resultante de determinantes sociais, também, e como sendo um direito a ser reivindicado no nascente movimento operário.

A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional. No mesmo ano ocorreu também a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, et al., 2009, p.90).

Na década de 30, a política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (BRAVO, et al., 2009, p.91).

A saúde pública era focada na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo, e a medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. (BRAVO, et al., 2009, p.92).

Para Silva:

As CAPs foram absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que são entidades autárquicas com a presença direta do Estado e se organizavam na forma de categorias profissionais. A contribuição deixa de ser bipartite, que seria a contribuição direta do empregado e do patrão, e passa a ser tripartite, com a contribuição do empregador, do empregado e do Governo. Desta forma, o Estado só oferecia os serviços de saúde para quem estava ativo no mercado de trabalho, pois tinha a natureza contributiva e o direito ao benefício estava vinculado à condição de um contrato de trabalho, deixando o resto da população sob o atendimento de entidades filantrópicas. (SILVA, 2017, p.3)

A medicina previdenciária só começou a prevalecer ao subsetor de saúde pública na década de 60, no período da ditadura militar, quando se deu a ampliação do papel interventivo do Estado na sociedade e ocorreu à unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs , dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

De acordo com o pensamento de Bravo:

A criação do INPS, em 1966, ao unificar os antigos IAPS, constitui-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”. Trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. (BRAVO, et al., 2009, p.93).

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, compostos por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. No entanto, a partir da criação do INPS, alegando a incapacidade da rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceirizados.

No período anterior, no final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 à 1953, mas não foi implementado. A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas.

A situação da Saúde da população, no período de 1945 à 1964, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. E, no período compreendido entre 1974 e 1979, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos dos setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário, dando origem ao Movimento de Reforma Sanitária (MRSB).

O (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e, caracterizou-se como uma ação política centrada em torno de um projeto societário inclusivo, solidário, tendo a saúde como direito universal de cidadania.

Na década de 80, o marco para a discussão da questão Saúde no Brasil, foi a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, que contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, incluindo a participação das entidades representativas da população. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial.

A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, et al., 2009, p.96).

Para Bravo et al. (2009), o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no art.194 (Cap. II, da Ordem Social), inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como:

“um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL,1988).

Para Fleury e Ouverney (2008), a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social, introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência.

Em relação à saúde, a Constituição Federal de 1988, versa sobre cinco artigos (art. 196 a 200):

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar;
- E, a proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

De acordo com Fleury e Ouverney (2008), este novo padrão constitucional da política social caracteriza-se:

“pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva “publicista” de co- gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado. Esse novo modelo foi expresso nos princípios organizadores da seguridade social: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar”. (FLEURY e OUVERNEY, 2008, p.37).

Embora a Constituição tenha sido promulgada em 1988, prevendo a criação do SUS, este só foi instituído dois anos após, quando foi sancionada a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Com o avanço das discussões sobre a política da saúde, em 2002, foi obtida a regulamentação da assistência domiciliar no âmbito do SUS, foco deste estudo, que será abordada a seguir.

2.2 A regulamentação da assistência domiciliar no SUS

Para melhor compreender a assistência domiciliar, conforme a regulamentação atual, faremos uma retomada desde as origens do atendimento domiciliar, no Brasil.

O modelo de atenção à saúde no Brasil historicamente é centrado no atendimento médico e predominantemente dirigido para a internação hospitalar. A Atenção Domiciliar- AD, começou a ser realizada por médicos de família, dando origem, por meio do Decreto Presidencial 27.664 de 30 de dezembro de 1949, ao Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social - SAMDU, vinculada ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tendo sido incorporado pelo INPS em 1976 (MENDES, 2000).

Considerada como a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço, a SAMDU prestava atendimento domiciliar para os assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões. Em 1963, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo-HSPE” (REHEM; TRAD, 2005, p. 235), contudo sua expansão se deu por meio do setor privado, que segundo Mendes Júnior (2000), neste mesmo ano contava com cerca de 150 empresas conhecidas como serviços domiciliares. Entretanto, somente na década de 1990, marcada pela ampliação dos direitos constitucionais e pela criação do SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que preconiza o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, houve o aumento da oferta dos serviços de saúde de modo geral, mas sobretudo nos domicílios.

Conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF-88): 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 (BRASIL, 1988, Art. 196)

Com a publicação da Portaria nº 2416 em 1998, dez anos após a promulgação da Constituição, ficaram estabelecidos os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para internação domiciliar no âmbito do SUS. Na década seguinte, a Lei nº 10.424 de 2002, regulamentou a assistência domiciliar

no SUS, além de dar outras providências, passando a vigorar acrescida do seguinte Capítulo VI e do art. 19-I conforme apresentado a seguir.

São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar:

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Lei nº 10.424 de 2002).

A regulamentação da assistência domiciliar no SUS, impulsionou o surgimento de algumas experiências locais vinculadas a estabelecimentos hospitalares, e assim foram surgindo alguns serviços com variadas características e modelos de atenção, destacando-se sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids (ADT- Aids) e o Programa direcionado à atenção dos idosos, que contam com portarias específicas (CARVALHO, 2009).

Contudo, a assistência domiciliar passou a ser considerada como uma Política Nacional a partir da publicação da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar- PNAD, a qual foi modificada pelas Portarias nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012 e, a seguir, pela Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013.

Em 2016 houve uma nova modificação na PNAD, entrando em vigência a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, a qual redefiniu a atenção domiciliar no âmbito do SUS e atualizou as equipes habilitadas. Esta Portaria está em vigência até a presente data.

De acordo com a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, a Atenção Domiciliar passa a ser conceituada como a modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde- RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

E, o Serviço de Atenção Domiciliar -SAD, de acordo com o Art. 2º, parágrafo II da Portaria nº 825 de 2016, caracteriza-se como um 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).

Os objetivos do SAD, segundo o Artigo 3º da Portaria 825/ 2016, são:

- I- Redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II- Redução do período de permanência de usuários internados;
- III- Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários;
- IV- A desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2016)

Desta forma, o SAD pretende potencializar uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos disponíveis, propiciando um melhor fluxo dos usuários, diminuindo a superlotação nos serviços de urgência e emergência. A depender da situação clínica do usuário, diferentes equipes podem realizar o cuidado no domicílio. Em casos mais estáveis e com necessidade de visitas menos frequentes, a Atenção Domiciliar- AD, pode ser realizada pelas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. Porém, em situações mais complexas, que exigem cuidados com maior frequência, o acompanhamento deverá ser realizada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - EMAD, e Equipes Multiprofissionais de Apoio - EMAP.

No Brasil, houve uma crescente e gradual ampliação de cobertura do SAD por meio da adesão dos municípios ao programa Melhor em Casa, especialmente de 2012 a 2014, fase inicial do Programa.

A concepção ampliada de saúde considera que ela não se limita apenas a ausência de doença, considerando, sobretudo a qualidade de vida e bem estar dos usuários, incluindo a noção dos determinantes sociais da saúde, isto é, que além de fatores genéticos e hereditários, a condição social de vida influi sobre a saúde. Por isto, a rede que compõe o SUS é ampla e as ações, como também os serviços de saúde, abrangem a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços de urgência e 24 horas de serviços de emergência, a atenção hospitalar, a atenção

domiciliar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e a assistência farmacêutica.

As redes de serviços de saúde do RS são divididas em 30 regiões, em atendimento ao Decreto nº 7.508 do Ministério da Saúde, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa. Cada uma dessas áreas foi definida de acordo com a infraestrutura e características dos locais, com a finalidade de integrar a organização, planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, sendo que cada uma delas têm população entre 100 e 500 mil habitantes, em um raio de aproximadamente 100 quilômetros de distância.

No âmbito administrativo, a Secretaria Estadual de Saúde – RS, conta com 19 Coordenadorias Regionais que atendem a 7 Macrorregiões.

Pelotas pertence a 21ª Região de Saúde e a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, com mais outros 21 municípios, sendo eles: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu. Contudo, destaca-se que nesta região de saúde somente Pelotas e Pinheiro Machado em consórcio com Candiota, habilitaram-se para aderir ao Programa Melhor em Casa.

Para disponibilizar do Programa Melhor em Casa, o município deve manifestar o seu interesse junto ao Governo Federal. E, além disso, é preciso atender aos seguintes critérios de implantação:

- Ter população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Essa população mínima pode ser atingida por um município isoladamente, ou por meio de agrupamento para alcançar os vinte mil habitantes, devendo ocorrer, no último caso, pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e, se houver, na Comissão Intergestores Regional- CIR;

- Dispor de hospital de referência no município ou região a qual integra;

- Possuir cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 ou similar, de acordo com porte populacional.

O Ministério da Saúde, neste ano de 2021, está repassando por mês R\$50.000,00¹ para o custeio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo 1 (EMAD 1), R\$34.000,00 para o custeio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo 2 (EMAD 2) e R\$ 6.000,00 para as equipes de apoio (EMAP). Os repasses do Ministério não excluem a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais. 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. (BRASIL, Ministério da Saúde, Art. 34, Portaria 825, 2016).

Desta forma, Pelotas como tem três EMADs Tipo 1, e uma EMAP, recebe mensalmente R\$ 156.000,00 mensais para o custeio do Programa, no ano de 2021. Cabe informar que de acordo com informações constantes no Relatório de atividades do PMC do ano de 2016, a partir do mês de outubro de 2016, o repasse dos recursos do Ministério da Saúde para o Programa, passou a ser direto para Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH e não mais via Fundo municipal de saúde. (Relatório de Atividades Programa Melhor em Casa, 2016, p.3).

2.3 Trajetória do Serviço de Atenção Domiciliar em Pelotas

O município de Pelotas teve um caráter pioneiro no Brasil na oferta de internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, com a implementação de um trabalho em equipe de atenção domiciliar a usuários oriundos do Pronto Socorro Municipal desde 2002, através do Programa de Internação Domiciliar- PID, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (FRIPP, 2005). Este serviço foi reformulado em 2005, sob responsabilidade do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- HE UFPEL, passando a se chamar Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar- PIDI, destinando-se

¹Informação extraída do site Ministério da Saúde disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em 12 jun. 2021.

essencialmente ao atendimento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos (FRIPP, 2011).

Em 2012, após a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 2527 de outubro de 2011, a qual já mencionada no subtítulo anterior, ocorreu a implementação do Programa Melhor em Casa em nível nacional, com o Slogan “A segurança do Hospital no conforto do seu lar”, abrangendo novos perfis de usuários e necessidades de cuidado, não somente paliativos.

Por meio de uma pactuação entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Escola da UFPEL, Pelotas foi uma das primeiras cidades do Estado do RS a ser contemplada com o Programa Melhor em Casa e a cerimônia de lançamento ocorreu na Câmara de Vereadores em março de 2012, contando com a presença das autoridades e profissionais que iriam compor as primeiras equipes do Programa. O Melhor em Casa foi implantado e se estabeleceu na mesma sede onde já eram desenvolvidas anteriormente as atividades do PIDI, em prédio anexo ao Hospital Escola. Desde então, o município de Pelotas passou a contar com os dois programas, que juntos compõem o Serviço de Atenção Domiciliar- SAD, que no atual organograma do HE, pertence a Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos- UADCP.

Em 2014, a Universidade Federal de Pelotas-UFPEL, aderiu a EBSEH para administrar o Hospital Escola e em 2015, esta promoveu concurso público com vagas para várias funções no Hospital Escola de Pelotas, com o objetivo de reformular o quadro de pessoal. Esse processo se deu gradativamente, e à medida que novos profissionais foram sendo admitidos pelo concurso da EBSEH, os profissionais que tinham vínculo empregatício com a Fundação de Apoio Universitário- FAU foram dispensados, permanecendo somente os profissionais concursados pela Universidade Federal, que trabalham lado a lado com os profissionais concursados que foram admitidos pela EBSEH.

Atualmente, no SAD e nos demais setores do Hospital Escola, além dos profissionais concursados, trabalham outros admitidos por empresas terceirizadas, como é o caso dos motoristas, recepcionistas, auxiliares administrativos e profissionais da higienização.

Assim, há 19 anos está disponível à população de Pelotas/RS um Serviço de Atenção Domiciliar estruturado, o qual passou por diversos momentos, sendo que a peculiaridade do momento atual, merece ser estudada por se tratar de uma pandemia mundial que repercute na saúde de todos, e em todos os serviços de saúde disponíveis à população, inclusive no Programa Melhor em Casa e no Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar

Convém destacar que o Programa Melhor em Casa, em Pelotas, não veio em substituição ao PIDI, mas para junto com o PIDI integrar o SAD, uma vez que o PIDI tem seu público alvo em usuários oncológicos, independentemente do tipo de câncer, e o Melhor em Casa nos usuários identificados no Art. 9º da Portaria nº 825 de 2016, conforme elencado a seguir:

- a) Usuários com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
 - b) Usuários com afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
 - c) Usuários que necessitam de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento;
 - d) Bebês prematuros e de baixo peso, com necessidade de ganho ponderal.
- (BRASIL, 2016)

A elaboração e exposição do Quadro 1, a seguir, permite uma melhor compreensão e diferenciação entre a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

QUADRO 1: Especificação das EMADs e EMAP

EQUIPES	A EMAD é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e assistente social.	A EMAP composta por psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, dentista e terapeuta ocupacional.
ATENDIMENTOS	No mínimo 1 atendimento semanal	Somente quando solicitada pela EMAD e continuidade de atendimentos de acordo com a necessidade de cada usuário

2.4 O Programa Melhor em Casa em Pelotas na atualidade

O Programa Melhor em Casa, no município de Pelotas, tem a sua sede localizada atualmente na Rua Almirante Guilhobel nº 221, Bloco 3 do novo Complexo do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, o qual está sendo construído desde 2016, e atende, atualmente, uma média de 120 pessoas simultaneamente, o que de acordo com as definições do Ministério da Saúde se equivale ao mesmo número de leitos disponíveis em um hospital de médio porte. (BRASIL, 1977, p.12)

Este Programa, juntamente com o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar- PIDI, constituem a Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos- UADCP do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, um dos hospitais que faz parte da rede EBSEH, conforme comentado anteriormente, que assumiu a administração do HE em 2014.

O município de Pelotas, com base no censo do IBGE de 2010, foi habilitado para implementar o Programa Melhor em Casa em 2011 com três EMADs e uma EMAP, divididas geograficamente em três áreas: norte, sul e leste, cobrindo cerca de 100 mil habitantes cada. Esta distribuição segue as normativas do PMC, que também permitiram que cada EMAD fosse dividida para atendimento em dois turnos: manhã e tarde.

A EMAD Norte é responsável pelo atendimento de usuários residentes nos bairros Três Vendas, Lindóia, Pestano, Sítio Floresta, Vila Princesa, Santa Terezinha, Py Crespo, Getúlio Vargas, Sanga Funda e Arco Íris. A EMAD Sul é responsável pelo atendimento de usuários residentes no centro da cidade e nos bairros Fragata, Guabiroba, Porto e Várzea. E, a EMAD Leste é responsável pelo atendimento de usuários residentes nos bairros Areal, Bom Jesus, Fátima, Balsa, Laranjal e Navegantes I, II e III.

Por questões operacionais, existem seis equipes em funcionamento: EMAD Leste Manhã e Tarde; Norte Manhã e Tarde; e Sul Manhã e Tarde. Cada uma dessas equipes é composta por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um (a) assistente social e um ou dois técnicos de enfermagem, tendo 30 vagas disponíveis

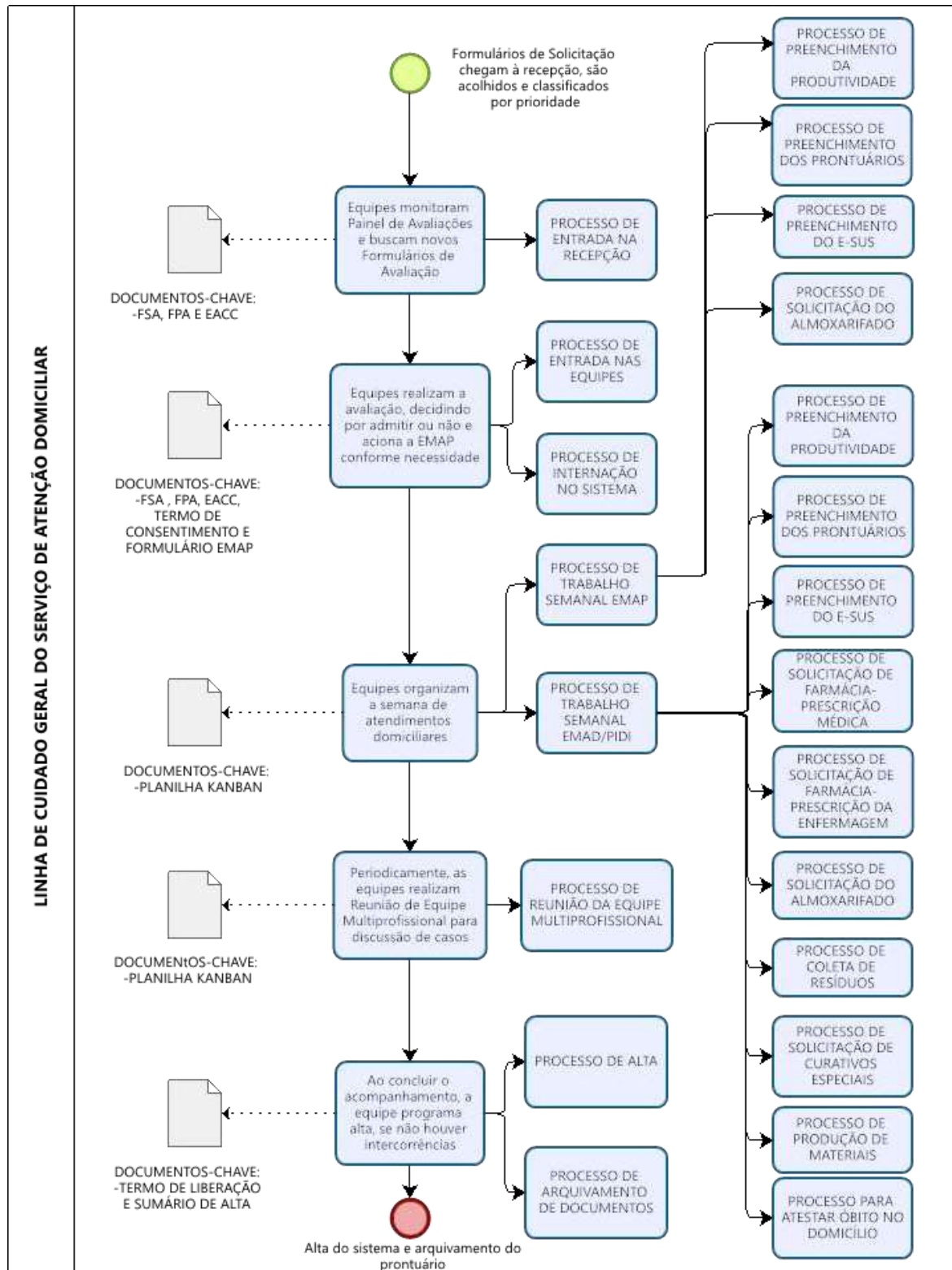
para atendimento domiciliar, de qualquer perfil de usuário, seja com condições crônicas, agudas, crônicas agudizadas ou em cuidados paliativos. Cabe salientar que o serviço social, atualmente, conta com duas assistentes sociais, uma que atua nas EMADs do turno da manhã e outra que atua nas EMADs do turno da tarde. O que determina em qual equipe a assistente social sairá para realizar o atendimento domiciliar, é o tipo e a gravidade de demanda dos usuários que serão atendidos pelas EMADs naquele dia, sendo que às vezes a profissional fica em um impasse para tomar a decisão mais acertada, diante das urgências dos usuários.

O serviço funciona 12 horas por dia (das 7h às 19h) de segunda a sexta-feira e 6 horas aos sábados (das 7h às 13h). Aos domingos e feriados o serviço não funciona. Atualmente, estão lotados cinquenta e sete funcionários no SAD, sendo quarenta vinculados à EBSEH, dez vinculados à UFPEI, seis (motoristas) contratados por empresa terceirizada de transporte e uma funcionária da parte administrativa que pertence a outra empresa terceirizada. Os profissionais que fazem a higienização do prédio, também são contratados por empresa terceirizada.

No total, o serviço dispõe de oito médicos, onze enfermeiros, quinze técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas (um deles é o chefe do serviço no momento), duas nutricionistas, duas psicólogas, duas assistentes sociais, um terapeuta ocupacional, duas auxiliares administrativas e seis motoristas. Os usuários são encaminhados ao serviço via formulários próprios, disponíveis no site do HE-UFPEI e distribuídos em diversos pontos da RAS. Qualquer serviço de saúde, bem como médicos, enfermeiros ou assistentes sociais podem ser responsáveis pelo encaminhamento, sendo o formulário entregue à família, para que esta procure o SAD. No período da pandemia, o PMC fez uma adequação na forma de receber os formulários, que será explicada logo a seguir no fluxograma da linha de cuidado geral.

Para possibilitar uma visão geral do funcionamento do Programa Melhor em Casa em Pelotas, apresento o fluxograma da linha de cuidado geral do Serviço de Atenção Domiciliar.

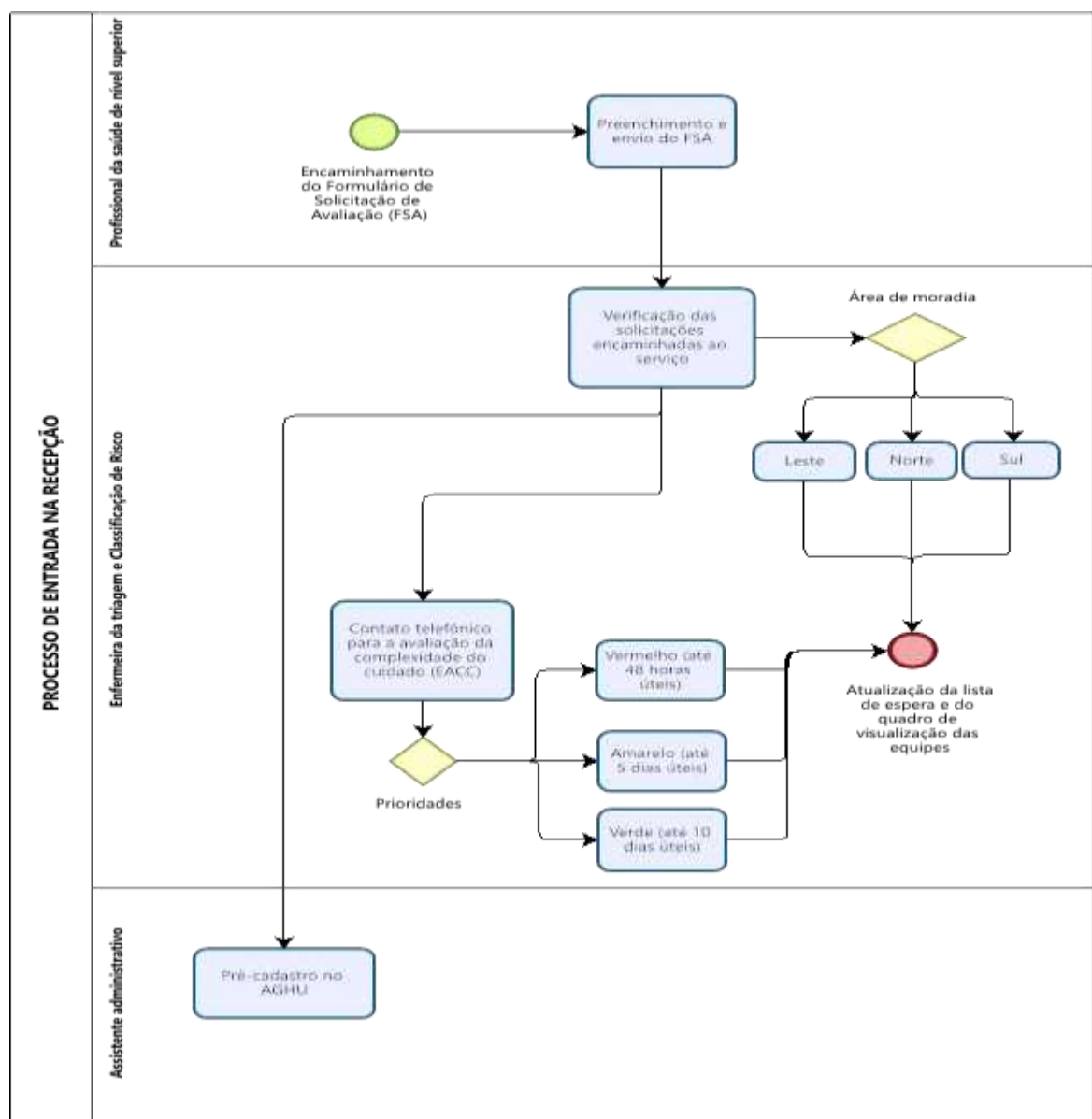
Figura 1- Fluxograma da linha de cuidado geral do SAD.



Fonte: Base de dados da Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos-UADCP do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL/ EBSERH, 2021.

Com a deflagração da pandemia Covid-19, os encaminhamentos para a avaliação de novos usuários, passaram a ser recebidos somente pelo site do HE, evitando o manuseio de papéis e a circulação de pessoas no espaço físico da UADCP, adequando o serviço as restrições. A seguir, apresento o fluxograma de recebimento de novas avaliações pela recepção.

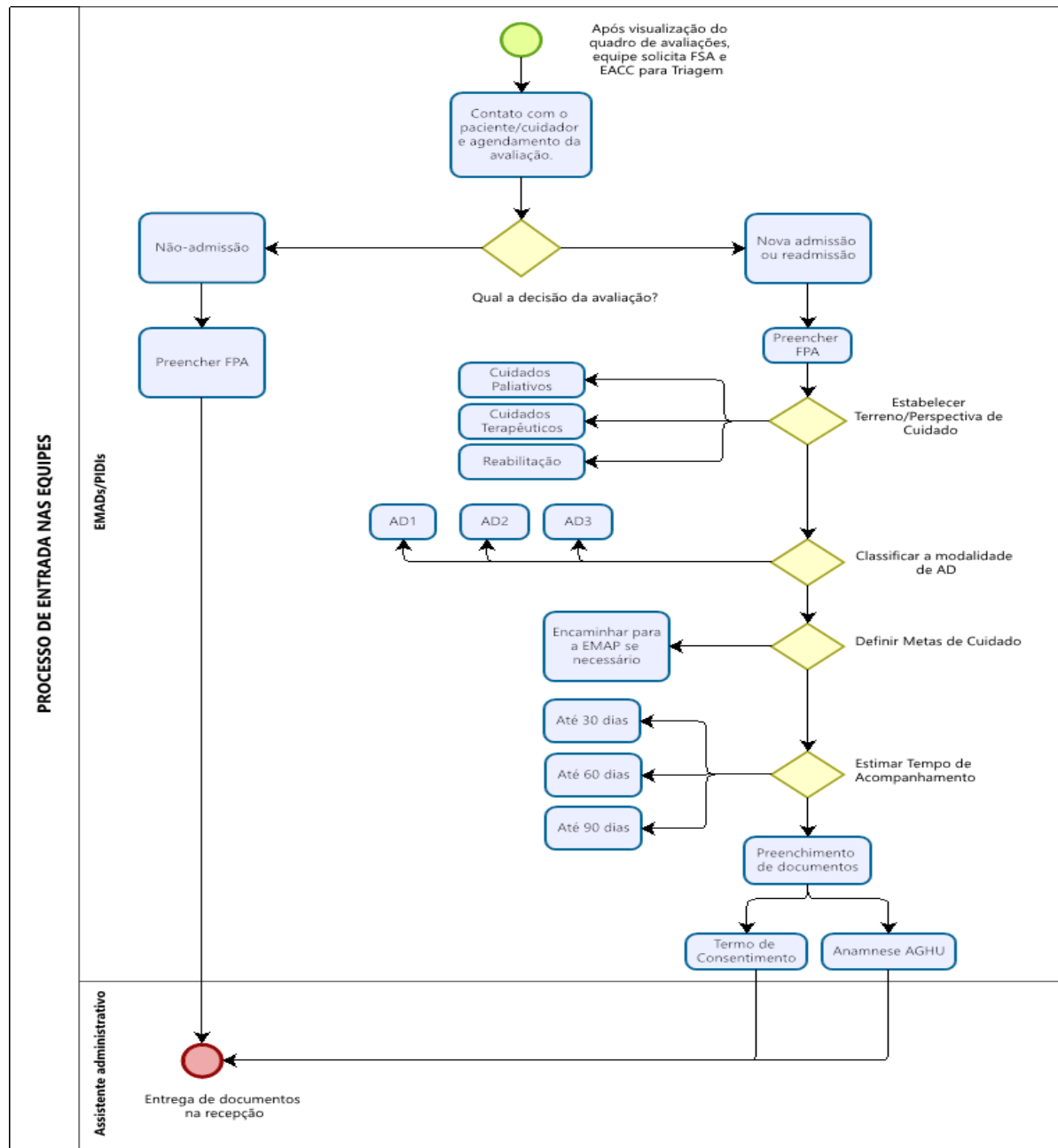
Figura 2- Fluxograma de recebimento de novas avaliações pela recepção do SAD.



Fonte: Base de dados da Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos – UADCP do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL/ EBSETH, 2021.

Após o recebimento do formulário, é realizada uma triagem inicial por duas enfermeiras do serviço, que fazem contato telefônico com a pessoa que foi encaminhada ao serviço ou com seu familiar responsável, a fim de obter informações complementares sobre o estado de saúde, que auxiliem na classificação da gravidade do caso. Os casos mais graves, classificados com a cor vermelha, são aqueles que a pessoa pode estar correndo risco de vida e portanto são encaminhados imediatamente para a avaliação da equipe correspondente. Os casos menos graves, classificados com a cor amarela, são aqueles que podem esperar a avaliação da equipe por um curto período de tempo, pois não há risco de vida, e os casos classificados com a cor verde são aqueles de baixa gravidade, que por vezes não se encaixam nos critérios de internação domiciliar, conforme apresentado anteriormente. Realizada a triagem inicial, o formulário de encaminhamento é repassado a equipe responsável pela área onde a pessoa reside, para proceder a visita domiciliar e avaliação inicial de elegibilidade, conforme os requisitos do PMC, efetivando ou não a admissão no serviço. Se o usuário encaminhado for um paciente oncológico grave ou em cuidados paliativos, ele pode ser referenciado internamente a uma equipe do PIDI, recebendo atendimentos mais frequentes. Logo abaixo, apresento o fluxograma de recebimento de novas avaliações pelas equipes referentes.

Figura 3- Fluxograma de recebimento de novas avaliações pelas equipes referentes.

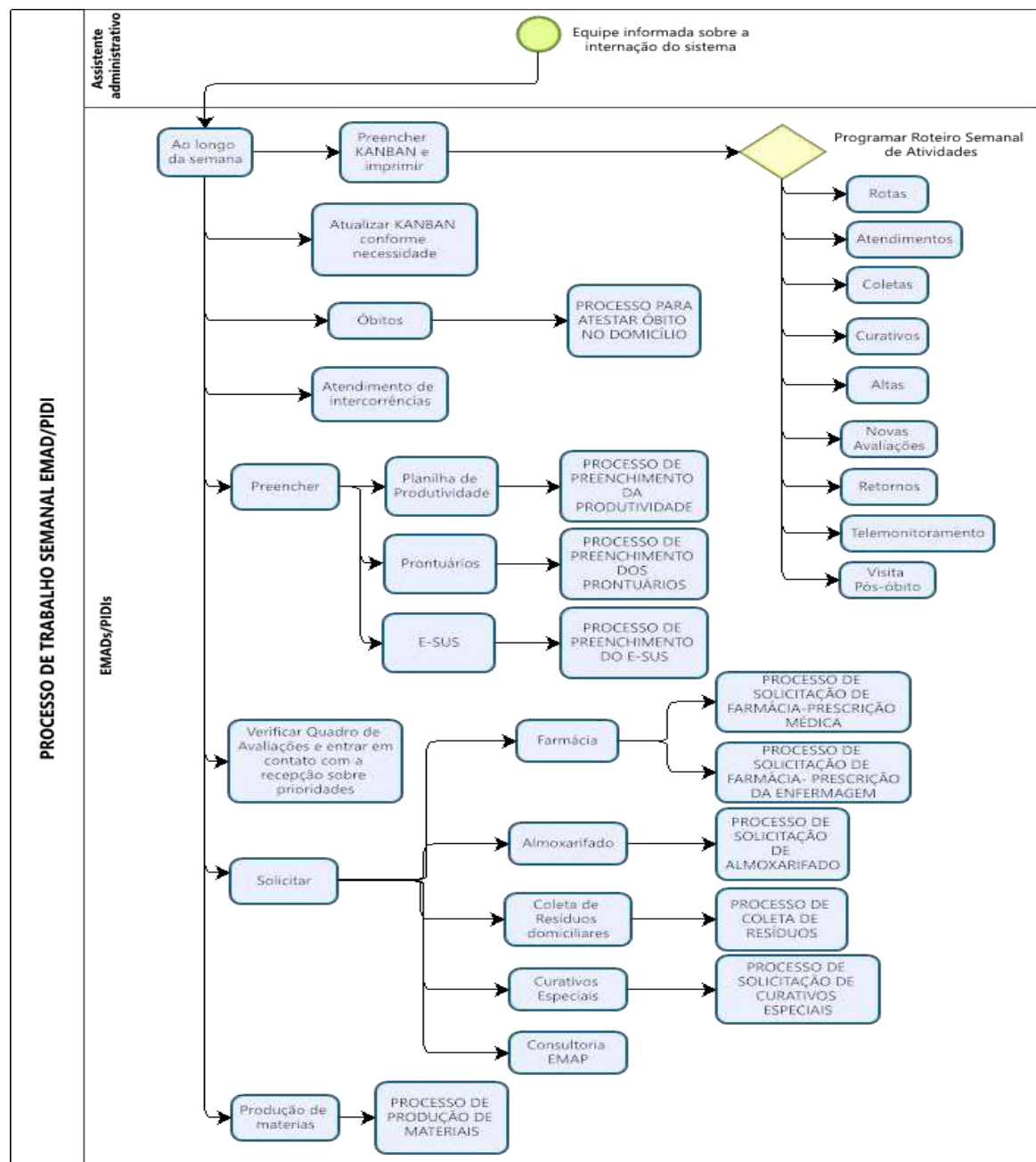


Fonte: Base de dados da Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos – UADCP do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL/ EBSEERH, 2021.

Realizada a primeira visita, estando o usuário apto a ficar internado no seu domicílio, a EMAD que atende a localidade onde o usuário mora, ou a equipe do PIDI (se a internação for por doença oncológica em estado grave ou em cuidados paliativos), realiza a visita para o atendimento domiciliar pelo menos uma vez por semana, no caso da EMAD, e diariamente no caso do PIDI, podendo o paciente ser

visitado 2 vezes ao dia, conforme a gravidade e necessidade de cada caso. A seguir, o fluxograma de atendimentos da EMAD/PIDI.

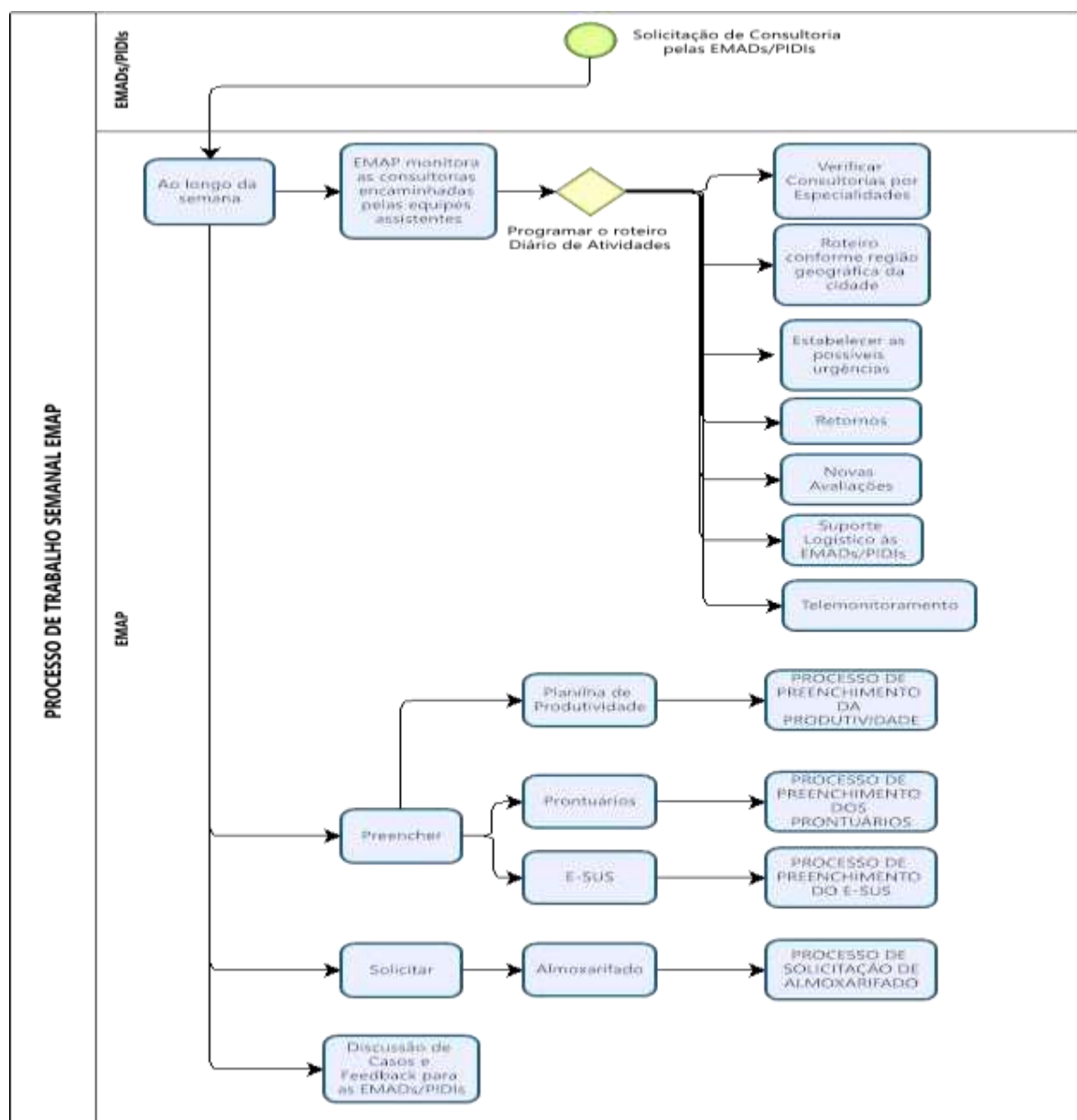
Figura 4- Fluxograma de atendimentos das EMAD s e PIDI.



Fonte: Base de dados da Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos – UADCP do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL/ EBSEH, 2021.

No decorrer das visitas das EMADs, identificada a necessidade do usuário ser atendido e acompanhado por algum dos profissionais da EMAP, é realizada uma solicitação por escrito pelo profissional solicitante, explicando sucintamente o problema apresentado pelo usuário. Após receber a solicitação, o profissional da EMAP visita o usuário e faz a sua avaliação mais aprofundada para dar continuidade ao acompanhamento, e fará os encaminhamentos necessários, até o desfecho do caso. A seguir, o fluxograma do processo de trabalho da EMAP.

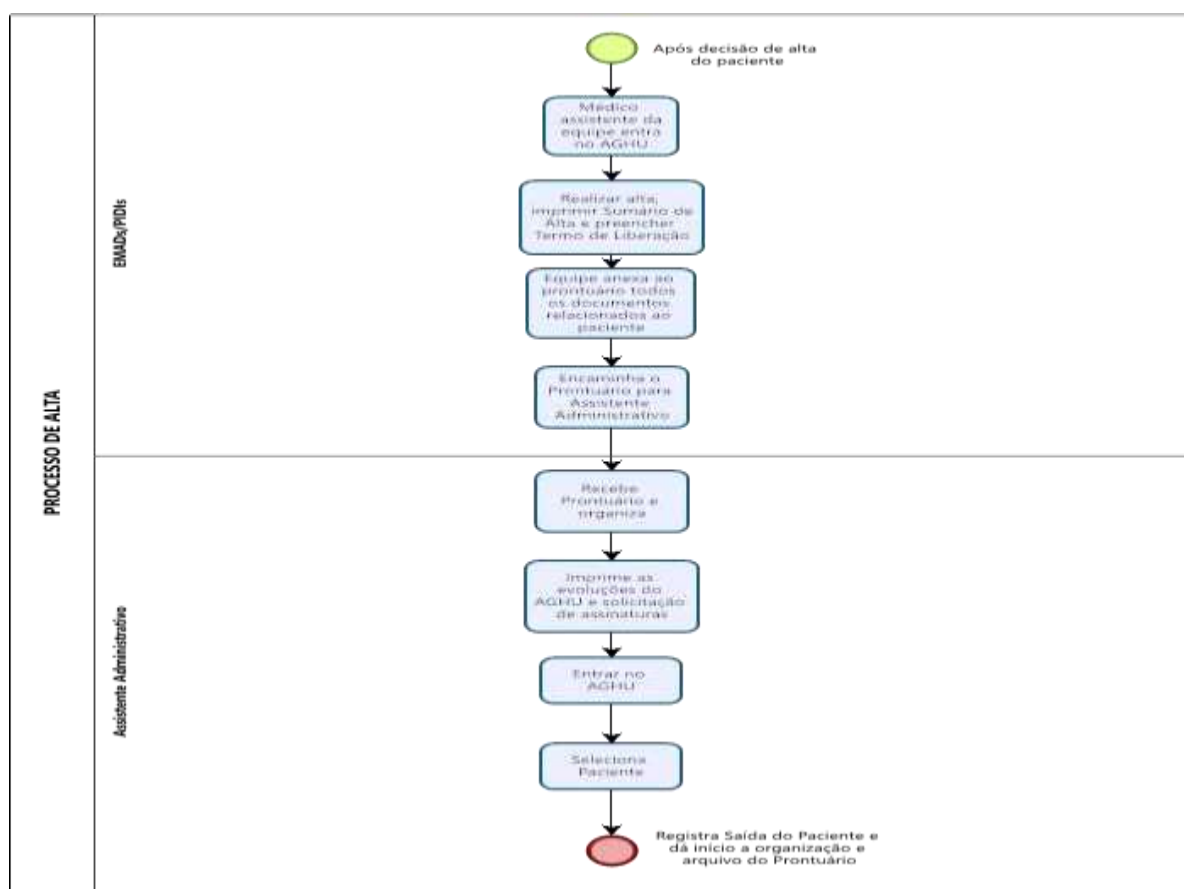
Figura 5- Fluxograma do processo de trabalho da EMAP.



A internação domiciliar funciona semelhante a uma internação hospitalar, sendo a principal diferença, que no hospital o usuário ocupa um leito e recebe os cuidados pelos profissionais de saúde, que desempenham suas atividades dentro do hospital. Na atenção domiciliar, o leito é a própria cama da residência do usuário, e os profissionais de saúde se deslocam até o domicílio, fornecendo aos usuários os medicamentos necessários, materiais de curativos e insumos. Quando necessário e quando disponível no serviço, se empresta equipamentos hospitalares tais como: camas hospitalares, cadeira de rodas, cadeira para banho, comadres, papagaios, colchões pneumáticos e outros.

O acompanhamento dos casos admitidos no Programa continua até que haja uma alta programada para a Atenção Básica ou ambulatório de cuidados paliativos, encaminhamento a um serviço de urgência ou Pronto Socorro ou até a ocasião do óbito. Segue abaixo o fluxograma demonstrativo do processo de alta domiciliar.

Figura 6- Fluxograma do processo de alta domiciliar.



Fonte: Base de dados da Unidade de Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos- UADCP do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL/ EBSERH, 2021.

A chegada da pandemia COVID-19 trouxe consequências globais, instaurando a maior crise humanitária no mundo. Consequentemente os seus impactos afetaram particularmente os serviços de saúde em nível mundial, nacional e local. Por isto, a seguir, será feita uma breve contextualização sobre a deflagração da Covid-19, uma vez que o presente trabalho foi totalmente impactado pela mesma.

2.4.1 A deflagração da Pandemia Covid-19

A pandemia Covid-19 foi deflagrada de forma abrupta, da mesma forma que ocorreu com a gripe espanhola nos anos 1918 e 1919, que infectou 500 milhões de pessoas em todo planeta, levando a óbito pelo menos 50 milhões de pessoas.

A gripe espanhola é exemplo de pandemia que foi compreendida como um problema de saúde de alcance social, pelos seus efeitos tanto econômico, devido as suas consequências no mercado, como político, à medida que seu enfrentamento requereu a ação direta dos Estados correspondentes (BARRY, 2020).

Em relação à pandemia Covid-19, Frossard e Aguiar relatam que:

No fim de 2019, a Covid-19 foi detectada na China como infecção viral. Sem conhecido tratamento e com alto poder de disseminação e letalidade, espalhou-se rapidamente entre os continentes, tornando-se uma pandemia. No atual cenário mundial, os diferentes governos, com apoio da Organização Mundial de Saúde, vêm envidando esforços para ultrapassar a crise, incrementando as pesquisas clínicas (vacinas e medicações) para contê-la, bem como minimizando os impactos na vida social em decorrência do forçado distanciamento social nas suas diferentes modalidades. (FROSSARD; AGUIAR, 2020, p.136).

No Brasil, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em 25 de fevereiro de 2020 e em 13 de maio de 2020 o país já registrava oficialmente 188.974 casos confirmados e 13.149 mortes (as autoridades admitem a existência de subnotificação). (FROSSARD; AGUIAR, 2020, p.139).

Em 20 de março de 2020, no Brasil, foi anunciado que a transmissão da doença se tornava comunitária em todos os entes da federação. Desde então, tem-se observado o aumento de casos em larga escala, o que exige estratégias para seu controle, e também, para que o sistema de saúde possa atender as pessoas que necessitam de cuidados mais intensivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Também em março de 2020, o MS por meio do seu Departamento de Atenção Hospitalar e Domiciliar, lançou a nota técnica nº 9/2020, com o propósito de orientar a atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) do Programa Melhor em Casa, quanto as possibilidades de atendimento das pessoas doentes, inclusive com o diagnóstico da Covid-19, destacando que as equipes de saúde que compõem os SADs, estejam vigilantes e que cooperem com os demais serviços da RAS. Desde então, vem sendo evidenciada a importância da atuação das equipes de saúde, que estão na linha de frente e buscam prestar os atendimentos, mesmo diante da insuficiência de recursos, até mesmo de equipamentos de proteção individual.

Com o surgimento desta nova doença, o PMC começou também a atender pessoas com sequelas da Covid- 19 encaminhadas ao SAD, e junto a isso, surgiram novas demandas de ordem social, familiar, econômica e psicológica, além das consequências agravantes para a saúde, que pode-se caracterizar como uma crise humanitária não só a nível local, mas a nível mundial. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, o coronavírus gerou uma crise humanitária que poderá ter proporções inimagináveis sem medidas eficazes de prevenção. (FIOCRUZ, 2020).

Para a Organização Mundial da Saúde:

As crises humanitárias são entendidas como eventos de grandes proporções que afetam as populações, causando consequências terríveis, como a perda maciça de vidas, a interrupção dos meios de subsistência, o colapso dos sistemas de saúde e o deslocamento forçado, com graves impactos de ordem política e econômica, além de efeitos sociais, psicológicos e espirituais. (FROSSARD; AGUIAR, 2020, p.139).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, no mundo até 20 de abril de 2020 já tinham sido confirmados 2.314.621 casos de Covid-19 e 157.847 mortes e em 13 de janeiro de 2021 o número chegou a 90.335.008 de casos de Covid19 e 1.954.336 mortes. Nesta mesma data, conforme o Consórcio de Imprensa, o Brasil já tinha confirmados 8.257.459 infectados e chegou à marca de 206.009 óbitos causados pela doença, numa evolução sem controle e estrondosa. (VALOR ECONÔMICO, 2021).

Um estudo recente do Imperial College London, analisou a taxa de transmissão ativa do novo coronavírus em 48 países, e constatou que o Brasil é o

país com a maior taxa de transmissão (R_0 de 2,81). (THE LANCET, 2020, apud FROSSARD; AGUIAR, 2020, p.139).

Este dado é alarmante frente à crise humanitária causada pela pandemia, que segue avançando, com o surgimento repentino de novas variantes do coronavírus, sendo necessário o aprofundamento dos estudos científicos que embasam as recomendações das autoridades sanitárias, que são reprogramadas de acordo com os novos achados.

Por outro lado, ainda que de forma geral é importante assinalar que a pandemia no contexto brasileiro enfrentou maiores dificuldades devido ao posicionamento do presidente Jair Bolsonaro que, desde o início, negou as orientações científicas e defendeu os interesses econômicos, acima das questões sanitárias. Houve retardo no início da vacinação, ausência de normatização rápida para prevenção da proliferação com medidas de isolamento social, uso de medicação não recomendada cientificamente, no tratamento de casos confirmados de Covid-19, além de incentivo ao não uso de equipamentos de proteção como as máscaras. Enfim, o contexto político do país, comandado por um sistema ultra neoliberal, agravou as consequências da pandemia sobretudo entre as populações que mais dependem do sistema de proteção social público, isto é, entre os mais pobres, sem condições de atenderem as medidas preventivas e impedidos de usar serviços privados, sempre que houve colapso do sistema público.

2.4.1.1 Dificuldades de acesso da população à Previdência Social no período pandêmico

As autoridades governamentais do mundo todo adotaram estratégias para conter a disseminação do coronavírus e como tentativa de diminuir a mortalidade. No Brasil, governo federal, estados e municípios regulamentaram medidas relativas ao isolamento social e quarentena.

Nesse sentido, a maior parte das instituições públicas suspendeu, em algum período, o atendimento presencial. O INSS, autarquia responsável pela operacionalização do Regime Geral de Previdência Social teve seu atendimento presencial interrompido em decorrência da pandemia de Covid-19, inicialmente, por

meio da Portaria n. 8.024 de 19 de março de 2020, que estabeleceu que o atendimento ao público seria prestado exclusivamente através dos canais remotos (central telefônica 135, site, aplicativo de celular e plantão telefônico – ofertado de acordo com a capacidade das unidades), face o fechamento de todas as agências da Previdência Social do país.

Embora a suspensão do atendimento presencial tenha sido legítima sob o ponto de vista sanitário, essa situação vem causando desde então inúmeros entraves à população que utiliza os serviços da autarquia, gerando atrasos na realização das perícias médicas e social, na análise dos processos de solicitação de BPC, auxílio doença e aposentadorias, bem como na concessão e pagamento dos mesmos.

Para Jesus e Campos (2021) antes do cenário gerado pela Pandemia, o INSS já vinha passando por um conjunto de transformações com o advento do Programa intitulado “INSS Digital”, implantado em 2016. Com mudanças graduais que visam digitalizar cada vez mais os processos de benefícios, as rotinas de trabalho e a forma de atendimento à população modificaram-se totalmente nos últimos anos. Essas alterações foram intensificadas a partir de 2019, quando a maioria dos requerimentos de benefícios e serviços passaram a ser feitos exclusivamente via internet ou central telefônica. Essa mudança no modelo de atendimento agravou a dificuldade de acesso para os cidadãos que, tanto por exclusão digital, quanto por outras formas de exclusão social, não conseguem utilizar as tecnologias da informação e comunicação.

Uma série de medidas desfavoráveis foram adotadas pelo INSS por meio da Portaria n ° 373 PRES/INSS, de 16 de março de 2020 , que interrompeu por 120 dias rotinas de atualização e manutenção de benefícios como:

- I - bloqueio dos créditos dos benefícios por falta de realização da comprovação de vida aos beneficiários residentes no Brasil ou no exterior;
- II - exclusão de procuração por falta de renovação ou revalidação após 12 meses;
- III - suspensão de benefício por falta de apresentação de declaração de cárcere;
- IV - suspensão de benefício por falta de apresentação de CPF;
- V - suspensão de benefício por não apresentação de documento que comprove o andamento regular do processo legal de tutela ou curatela quando se tratar de administrador provisório, além do prazo de 6 meses;
- VI - o envio das cartas de convocação aos beneficiários com dados cadastrais inconsistentes ou faltantes identificados pelo Sistema de

Verificação de Conformidade da Folha de Pagamento de Benefícios – SVCBEN e disponibilizados no Painel de Qualidade de Dados do Pagamento de Benefícios – QDBEN; VII - suspensão de benefícios por impossibilidade da execução do programa de Reabilitação Profissional. (BRASIL, 2020).

Afirmam Jesus e Campos (2021), que para o auxílio-doença, o atendimento presencial é imprescindível, devido a necessidade de avaliação da incapacidade pela perícia médica. Em razão da pandemia e a suspensão do atendimento nas agências da previdência social, os requerimentos de auxílio-doença passaram a ser realizados remotamente, mediante a apresentação de atestados médicos. O atestado, contudo, precisa atender expressamente normas estabelecidas pela perícia e nestes meses, puderam ser observados vários entraves nesse processo: solicitações negadas por não conformidade do atestado médico, demora para validação final do processo e sobretudo a necessidade de tratamento de pendências administrativas. Outra questão é o valor do adiantamento que, em muitos casos, é inferior ao salário de benefício que o segurado faria jus, gerando impactos importantes na manutenção de sua renda.

Ainda, de acordo com Jesus e Campos (2021), em relação ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício da política de assistência social concedido a idosos e pessoas com deficiência, operacionalizado pelo INSS, a Lei n. 13.982 autorizou a antecipação do valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais), durante 3 (três) meses, a requerentes com processos aguardando análise.

Esta antecipação possibilitou assegurar alguma renda aos requerentes até que fossem reestabelecidos os serviços presenciais (Serviço Social e Perícia Médica), necessários à finalização de suas solicitações, contudo o valor disponibilizado não garantiu o recebimento de um salário mínimo.

Vale destacar que as informações a respeito das normativas e fluxos adotados pelo INSS no período pandêmico, só puderam ser acessados pela população por meio dos canais remotos. Desta forma, se antes dos fechamentos das agências muitas pessoas já encontravam dificuldades de acesso, seja por não dispor da internet ou por falta de conhecimento da legislação e dos trâmites burocráticos do INSS, nesse período as dificuldades só aumentaram.

Frequentes foram os relatos de segurados e usuários acerca das tentativas sem sucesso de acesso a informações e benefícios via internet, problemas com senhas e inconsistências cadastrais, que somente após o contato e a articulação entre Serviço Social e setor administrativo puderam ser resolvidos. (JESUS; CAMPOS, 2021, p. 85).

No período do trabalho exclusivamente remoto, Jesus e Campos (2021) relatam que o Serviço Social do INSS destacou-se na assistência à população por meio do plantão telefônico, via e-mail, ou utilizando-se do aplicativo Whatsapp. Muito embora os atendimentos presenciais do Serviço Social como avaliação social, parecer social e socialização de informações individual, estivessem suspensos, o plantão remoto permitiu que muitos cidadãos conseguissem acessar informações sobre direitos previdenciários e assistenciais num momento de grande necessidade.

Em setembro de 2020, algumas agências do INSS em todo país foram sendo reabertas, respeitando protocolos de segurança, além de atendimento restrito a agendamentos como perícia médica e avaliações sociais, contudo percebe-se que na prática, o serviço ainda não normalizou, diante da demora do fluxo, desde a solicitação do usuário até o desfecho final.

Este contexto de atendimento do INSS trouxe repercussões sobre a assistência domiciliar prestada pelas equipes do Programa Melhor em Casa, que em alguns casos, precisaram se reinventar para procurar a garantia de direitos dos usuários, indo além das práticas habitualmente realizadas antes da pandemia, conforme será apresentado a seguir.

3. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA REALIZADA SOBRE AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA COVID- 19 NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR.

No período da pandemia Covid-19, foram adotadas algumas estratégias pelo PMC a fim de manter o serviço alinhado com as recomendações preconizadas pelas autoridades sanitárias, porém sem perder o foco nas diretrizes que regem o PMC.

A atuação profissional da autora, como assistente social integrante das EMADs do Programa Melhor em Casa em Pelotas e a percepção da complexa

demanda enfrentada pelos usuários e seus familiares/cuidadores diante a pandemia Covid- 19, instigaram a realização desta pesquisa com o intuito de conhecer as mudanças que influíram na vida dessas pessoas, principalmente as que envolvem o tratamento domiciliar, bem como identificar se as estratégias adotadas pelo PMC estão sendo efetivas para garantir os direitos dos usuários e integralidade do cuidado, e ainda indicar possíveis estratégias no período pós pandêmico. Espera-se com os resultados do estudo, qualificar o PMC, alinhando a atenção domiciliar prestada com os fundamentos norteadores.

3.1 Origem, justificativa e objetivos da pesquisa.

O Programa Melhor em Casa vem sendo desenvolvido desde a sua implantação, em consonância com a Política Nacional de Humanização, uma vez que foi criado para possibilitar o uso mais racional de leitos e dos recursos hospitalares, abreviando o tempo da hospitalização bem como evitando hospitalizações desnecessárias e propiciando assim, a assistência com a inserção das equipes de saúde à realidade socioeconômica na qual o usuário vive, respeitando a sua rotina, sua individualidade, seus valores, crenças e opiniões, às formas de cuidar prestadas por seus familiares e cuidadores. Desta forma, os profissionais que atuam no PMC, colocam-se como aliados dos usuários, prestando a assistência domiciliar de forma empática.

Esta modalidade é considerada vantajosa para a pessoa internada no domicílio, principalmente porque ela não precisa sair da sua casa e do convívio familiar para receber a assistência, diminuindo o risco de infecções hospitalares e os gastos que a família tem com o processo de adoecimento. Isso se dá porque os profissionais de saúde se deslocam com o transporte disponibilizado pelo próprio Programa, até a casa dos usuários para prestar assistência, o que pode ser comparado ao deslocamento do hospital até a pessoa internada. Por outro lado, para a gestão esta modalidade é também vantajosa, pois além de disponibilizar leitos hospitalares com maior rotatividade para usuários mais graves, reduz os custos inerentes à hospitalização.

É no domicílio e no contexto familiar que as expressões da questão social ficam mais evidentes para os profissionais de saúde, principalmente para o assistente social, que tem a questão social como seu objeto de estudo e intervenção.

O Serviço social, que atua nas EMADs, juntamente com os demais profissionais, se depara com uma diversidade de problemas trazidos pelos usuários, relacionados diretamente ou indiretamente com o adoecimento. Na maioria das vezes, os problemas perpassam pelo contexto familiar e pela condição de pobreza, agravado ultimamente no período da pandemia Covid-19.

A ausência de recursos próprios para adquirir alimentos, fraldas e equipamentos necessários à manutenção da vida, acrescida pela dificuldade de acesso aos serviços e a desinformação, quanto aos direitos sociais e benefícios garantidos por lei, são necessidades que compõem e traduzem frequentemente as demandas mais presentes para o assistente social, e que rebatem no atendimento prestado pelas equipes multiprofissionais. Além disso, o longo tempo de espera para realização de exames e consultas com especialistas pela Rede de Saúde do município, é um outro problema que se tem conhecimento e que emerge durante os atendimentos domiciliares.

Constata-se que a maioria dos usuários do Programa, são pessoas de classe média baixa ou em situação de pobreza, contando exclusivamente com o SUS para o atendimento de saúde de toda família.

Conforme informações extraídas do site do Senado (2019) alguns fatores como a maior expectativa de vida da população brasileira, o desemprego e o aumento de acidentes de trânsito, colaboraram para que cerca de 3 milhões de pessoas abandonassem seus planos de saúde nos últimos anos e migrassem para o SUS, que atualmente cobre mais de 200 milhões de pessoas, sendo 80% delas, dependentes exclusivos do SUS para qualquer atendimento de saúde. Contudo, o orçamento da União do ano de 2020, destinou recurso de R\$ 132, 9 bilhões, valor este que cobre apenas as despesas básicas de manutenção do sistema, sem margem para investir. No ano de 2019, os recursos disponíveis foram de R\$ 130,00 bilhões, porém foram efetivamente executados apenas R\$ 108,00 bilhões.

O mesmo site traz informações referentes a um estudo divulgado pelo Conselho Federal de Medicina recentemente e os dados apontaram que o investimento público em saúde, no Brasil, é muito baixo se comparado com outros países que têm sistemas semelhantes com cobertura universal. O gasto governamental médio per capita, somando-se todas as esferas de governo em 2017, foi de R\$ 1.271,65, valor equivalente a US\$ 340. No mesmo ano, no Reino Unido, o gasto per capita foi de US\$ 3,5 mil, ou seja, 10 vezes maior. França e Canadá, investiram valor semelhante ao do Reino Unido. A Argentina investiu US\$ 713, mais que o dobro do Brasil (IBID, 2019).

O atual Presidente da República, indicou que não pretende aumentar os recursos destinados à saúde, afirmando que “é possível fazer muito mais só com os atuais recursos” (IBID, 2019). O Ministro da saúde corrobora com a ideia, apontando que o caminho é reduzir custos. Diante desta precarização dos serviços de saúde e do agravamento da pobreza no Brasil, especialmente durante a pandemia², constatou-se empiricamente mudanças tanto em relação ao contexto dos usuários, de suas famílias e cuidadores, como nas próprias equipes responsáveis pelo atendimento.

A minha atuação profissional como assistente social do PMC permite perceber a complexidade das demandas e o esforço técnico exigido no atual contexto para a busca de estratégias que possam atendê-las integralmente, ou simplesmente minimizá-las, contando com a rede de serviços disponíveis. Porém, nem sempre se consegue atender, ainda que minimamente as demandas.

Tendo em vista a atuação realizada como assistente social no PMC, no município de Pelotas, considero importante analisar as repercussões da pandemia no contexto da atenção domiciliar, para poder contribuir para o seu aprimoramento, particularmente no que tange à qualificação da assistência domiciliar prestada por profissionais de serviço, a quem dele se torne usuário pelo processo de adoecimento, contemplando a família e cuidadores.

² Dados do IBGE apontam que o desemprego atingiu a marca de 13,9 % no último trimestre de 2020 e que 12,8% dos brasileiros, isto é, mais de 27 milhões de pessoas, ficaram abaixo da linha de pobreza extrema, sobrevivendo e sustentando suas famílias com apenas R\$ 246,00 mensais. Houve queda de 4,1% do PIB em 2020.

Isto implicará, portanto em analisar se, de fato, o desenvolvimento do PMC está cumprindo com os fundamentos que norteiam a atenção domiciliar descritos a seguir:

- Abordagem integral à família:

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde doença da família, influenciando as formas de cuidar (BRASIL, 2012, p. 23)

- Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador:

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família para a existência do cuidador. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas. É de suma importância a formalização da assinatura do termo de consentimento informado por parte da família e/ou do usuário (se consciente) ou de seu representante legal (BRASIL, 2012, p. 24).

- Trabalho em equipe e interdisciplinaridade:

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde doença, é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2012, p.24)

- Estímulo a Redes de Solidariedade:

A participação do usuário em seu processo saúde-doença faz parte da conquista da saúde como direito de cidadania. Trata-se, pois, de investir no empoderamento de sujeitos sociais, potencializando a reordenação das relações de poder, tornando-as mais democráticas e inclusivas. O estímulo à estruturação de redes de solidariedade em defesa da vida, articulando a participação local da sociedade civil organizada (ONG's, movimentos sociais, grupos de voluntários, associações, igrejas, etc.), potencializa a ação da coletividade na busca e consolidação da cidadania. (BRASIL, 2012, p.24).

Além disso, será necessário verificar quais são as repercussões em consequência da pandemia COVID-19 para o PMC, e como as EMADs e EMAP,

estão atuando frente ao novo contexto, tendo em vista as suas competências e atribuições profissionais.

A dinâmica de cuidado adotada diariamente pelas equipes que atuam no Programa Melhor em Casa são as visitas domiciliares aos usuários, que são denominados de pacientes pelo Programa, por se tratar de pessoas em internação domiciliar. As visitas domiciliares ocorrem diariamente, observando a escala de visitação semanal, de modo a garantir pelo menos um atendimento semanal a casa usuário, podendo ser ampliado o número de visitas semanais, conforme a necessidade do caso.

No dizer de Amaro (2003), a Visita Domiciliar é uma prática profissional investigativa ou de atendimento, efetuada por profissionais junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar, os quais desenvolvem as técnicas de observação, de entrevista e de relato oral. Para as equipes, são nas visitas domiciliares que os atendimentos são prestados, sendo esta a técnica de intervenção fundamental para a execução das atividades do PMC.

É no momento da visita que é realizada a entrevista com o usuário e seu familiar, responsável, ou cuidador e no decorrer do diálogo, além dos dados pessoais, são levantadas as demandas pertinentes ao serviço social e anotadas no instrumento de avaliação sócio econômica específica do serviço. A partir daí começa a se estabelecer uma relação de confiança entre profissionais, usuários e familiares com as visitas, surgindo novas demandas à medida que os vínculos são fortalecidos. Entre as principais demandas do cotidiano profissional pode-se elencar a articulação para o empréstimo de camas hospitalares, cadeira de rodas e de banho; encaminhamento para solicitação de fraldas geriátricas tanto para o Estado, como para o programa farmácia popular, conforme o caso³, orientações e

³ As fraldas geriátricas foram incluídas no programa “Aqui tem Farmácia Popular” em 2010, sendo possível comprar este produto, de marcas pré-selecionadas, com desconto de até 90%, mediante a apresentação do CPF, documento com foto e a prescrição médica nas farmácias credenciadas. E, para pessoas que não tem renda ou tem baixa renda, o Estado as fornece perante um cadastro realizado por meio de um formulário preenchido pelo médico, solicitando a quantidade e indicando o tamanho de fraldas necessárias por mês. Além disso, é necessário apresentar o comprovante de renda, ou de que não possui renda, os documentos de Identidade, CPF, Cartão do SUS e comprovante de residência, tanto do usuário como do seu representante legal ou responsável. Após o cadastro é necessário aguardar que a compra seja realizada e as fraldas passem a ser fornecidas continuamente. Em Pelotas, este serviço é realizado no Centro de Especialidades.

encaminhamento para requerer o Benefício de Prestação Continuada-BPC/LOAS, aposentadoria e adicional de 25% para o cuidador nos casos de aposentadoria por invalidez em que o aposentado necessita de cuidados permanentes; intervenção em problemas e conflitos familiares que envolvem a violação de direitos; articulação para judicialização de demandas que envolvem o tratamento de saúde e que não foram resolvidas administrativamente; encaminhamentos para Secretaria Municipal de saúde para agendamento de consultas e exames, bem como para o Tratamento fora do domicílio-TFD; coordenação do grupo de cuidadores e grupo de enlutados que ocorrem quinzenalmente. Com a deflagração da pandemia da Covid 19, o serviço social suspendeu a realização das reuniões grupais, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, a fim de não infringir a orientação para o isolamento social e evitando assim as aglomerações, contudo as demandas que por vezes surgiam nos grupos, continuaram se evidenciando em grande escala nos domicílios, principalmente em consequência dos efeitos da pandemia.

A dispensa do trabalho formal pelo empregador, a dificuldade de executar o trabalho informal precarizado, o cumprimento do isolamento social, contribuíram para a redução da renda familiar do usuário do PMC ou até mesmo para a falta dela, associado aos problemas enfrentados pelo adoecimento, que já existiam anteriormente. Diante do contexto presente que a pandemia impôs, o trabalho na atenção domiciliar precisou ser reinventado, para melhor atender aos usuários.

Assim, verificar como os usuários e seus cuidadores perceberam estas mudanças no atendimento prestado pelas equipes e se elas conseguiram manter a assistência domiciliar com qualidade e os direitos sociais dos usuários, mesmo diante das adversidades impostas pela Pandemia do Covid-19, poderá contribuir para a revisão e redirecionamento, ou para a manutenção e qualificação de algumas estratégias desenvolvidas pelas equipes do PMC, particularmente no que tange aquelas sob a responsabilidade mais direta dos profissionais de serviço social, considerando ser a área de atuação da pesquisadora.

3.2 Delineamento da pesquisa

A pesquisa foi aplicada no município de Pelotas, com dois grupos de pessoas envolvidas com o Programa Melhor em Casa, contemplando usuários e familiares/cuidadores do Programa, seguindo uma abordagem qualitativa, para descobrir o nível subjetivo e relacional da realidade social, a partir dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes das pessoas atendidas, direta ou indiretamente, pelas equipes do Programa Melhor em Casa em Pelotas.

A aplicação da pesquisa ocorreu por meio da técnica de entrevista, usando como instrumento um formulário com questões abertas, elaborado pela pesquisadora para este fim.

O Grupo 1, foi constituído por 7 usuários do Programa Melhor em Casa da faixa etária dos 0 aos 100 anos de idade, acometidos pelas diversas patologias atendidas pelo Programa. Foram convidados 9 usuários para participar da pesquisa, porém houve 2 usuários que não conseguiram responder devido a um deles ter seqüela neurológica e na fala em decorrência de Acidente Vascular Cerebral- AVC e outro por ser uma criança especial com malformação congênita. Nestes casos, conforme fora previsto no projeto de pesquisa, a mesma foi realizada somente com o familiar responsável, sendo no primeiro caso com a filha do usuário e no segundo caso com a mãe adotiva da criança, que também é sua tia biológica.

O Grupo 2, foi constituído por 8 familiares/cuidadores, responsáveis pelos cuidados no domicílio. O familiar/cuidador convidado para responder a entrevista foi o mesmo que assinou o Termo de Consentimento no momento da internação no domicílio. Foram convidados os 9 familiares/cuidadores dos usuários pertencentes ao grupo 1, porém não foi possível realizar a entrevista com uma cuidadora porque na data agendada para entrevista, a familiar que mora em outra casa não compareceu e a usuária encontrava-se sozinha. Foram realizadas outras 2 tentativas de agendamento posterior, porém a familiar não tinha tempo disponível para responder a entrevista por estar trabalhando.

Os participantes de cada grupo ao serem convidados a participar da pesquisa, eram informados quanto aos objetivos e metodologia da mesma e,

somente para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foram agendadas as entrevistas.

As entrevistas com os participantes dos Grupos 1 e 2, foram realizadas nos próprios domicílios dos usuários. Antes de iniciar a entrevista, novamente era explicada a finalidade da mesma e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide Apêndice 1), o qual era preenchido, após a concordância do entrevistado.

Cada entrevista foi realizada pela pesquisadora e registrada no formulário elaborado pela mesma para este estudo. A fim de garantir o anonimato das respostas para a sistematização e análise das mesmas, foi atribuído um código aos entrevistados, que iniciava com o tipo de grupo a que pertencia (Gr 1 ou Gr 2), seguido do número correspondente a ordem de entrevista daquele grupo.

Após a finalização das entrevistas, houve a sistematização das mesmas e os dados obtidos foram analisados e interpretados de acordo com a proposta hermenêutica-dialética, de Maria Cecília Minayo (2014), considerando o contexto histórico dos/as respondentes.

Para isto, foram seguidos os seguintes momentos, conforme sugere Minayo (2014):

1) Ordenação dos dados: o momento de ordenação englobou tanto as entrevistas como o conjunto do material de observação e dos documentos referentes ao tema. Esta etapa iniciou com a releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, e a organização dos dados de observação. Essa fase permitiu à pesquisadora traçar um mapa horizontal de suas descobertas de campo.

2) Classificação de dados: foi realizada seguindo os seguintes momentos, indicados por Minayo (2014):

a) Leitura horizontal e exaustiva dos textos- Todo material de campo passou por uma leitura minuciosa (leitura flutuante), a partir da qual a pesquisadora anotou as suas primeiras impressões, iniciando a busca de coerência interna das informações. As entrevistas foram analisadas junto com a documentação existente sobre o Programa, buscando a concatenação de ideias e sentido geral do texto. A atenção da pesquisadora sobre o material, procurou apreender as estruturas de

relevância dos autores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e suas posturas sobre o tema pesquisado. Procurou-se evitar o risco alertado por Minayo (2014) de fazer uma mera exposição das falas com comentários do pesquisador, ou de menosprezar os achados do campo.

b) Leitura transversal- Neste segundo momento foi realizada a leitura de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, onde a pesquisadora fez um recorte de cada entrevista ou documento em unidades de sentido, por estruturas de relevância, por tópicos de informação ou por temas, reagrupando-os em categorias centrais, de acordo com a semelhança e conexões.

c) Análise final- As etapas de ordenação e classificação foram realizadas por meio de uma profunda inflexão sobre o material empírico, considerado o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Assim, foi feito o movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, do concreto ao abstrato, buscando as riquezas do particular e do geral, aproximando-se daquilo que Marx (1973) chama de concreto pensado.

Todo este procedimento foi realizado primeiro com sete entrevistas do Grupo 1, e depois com oito do Grupo 2, para após fazer o cruzamento dos dados dos dois grupos e a interpretação final. Destaca-se que na realização da aplicação das entrevistas foram enfrentados algumas dificuldades tanto pela pesquisadora como pelos pesquisados.

A autora teve Covid em dezembro de 2020, o que atrasou o andamento da pesquisa e a conclusão do curso de mestrado, sendo necessário solicitar a prorrogação do prazo para conclusão à Coordenação do Programa de Pós Graduação-PPG, o que foi aceito. Outra dificuldade enfrentada foi a realização das entrevistas dentro do turno de trabalho da pesquisadora, que por ter pouca experiência em pesquisa, acreditava ser possível realizar esta atividade durante os atendimentos domiciliares, o que foi descartado logo nas primeiras entrevistas. Percebeu-se que era inviável entrevistar os usuários e familiares/cuidadores, ao mesmo tempo que os demais profissionais da equipe prestavam orientações pertinentes ao cuidado e tratamento do usuário enquanto realizavam o atendimento domiciliar. Algumas vezes o usuário não estava em condições de saúde para responder, como por exemplo com dor e náuseas. Assim, as entrevistas passaram a

ser agendadas previamente por telefone e realizadas no turno inverso de trabalho da pesquisadora no PMC, evitando também colidir com horários de consultas, exames, realização de sessões de quimioterapia, radioterapia e outros atendimentos de saúde que envolvem o tratamento fora do domicílio. Desta forma, as entrevistas levaram mais tempo para serem realizadas do que o previsto inicialmente pela pesquisadora. Uma outra dificuldade foi que a outra assistente social do serviço, ficou realizando trabalho remoto por um período de 9 meses durante a pandemia Covid-19, devido pertencer ao grupo de risco, o que ocasionou maior volume de trabalho para pesquisadora e menor tempo disponível para dedicação da pesquisa.

Quanto as dificuldades apresentadas pelo grupo 1, para responder a pesquisa, referem-se a falta de condições clínicas, tais como mal-estar, dor e náuseas, no momento que foi proposta a entrevista. Em todas as vezes que isso aconteceu, foi respeitada a condição de saúde do usuário, sendo reagendada a entrevista para data posterior.

As dificuldades apresentadas pelo grupo 2, referem-se a disponibilidade de tempo para responder a pesquisa pois muitas vezes o familiar/ cuidador, acumula tanto as atividades relacionadas ao cuidado com o usuário (higiene, banho, realizar curativos, ministrar a medicação e/ou dieta), como também as demais atividades da rotina doméstica, além da parte burocrática do tratamento que envolve deslocamento para marcação de exames, consultas, encaminhamentos diversos, tais como fraldas, dietas, empréstimos de materiais hospitalares, solicitação de medicamentos nas farmácias populares, municipal e estadual, entre outros.

A análise dos dados, usou como um parâmetro o documento sobre as diretrizes que regem o Programa Melhor em Casa, recapitulando: abordagem integral à família; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade e estímulo às redes de solidariedade.

Após a realização da análise e interpretação final de todo o material pesquisado o mesmo foi organizado para a exposição dos resultados, procurando superar a dicotomia objetividade x subjetividade, exterioridade x interioridade, análise x síntese, a fim de revelar o produto da pesquisa que se tornou, também, um

produto da própria produção da autora da pesquisa. A exposição destes resultados finais será feita no próximo capítulo.

3.3 Apresentação dos resultados da pesquisa

A seguir serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os dois grupos pesquisados, a fim de identificar as mudanças ocasionadas pela pandemia Covid-19 no contexto da atenção domiciliar, analisando as estratégias adotadas pelas equipes multiprofissionais para garantia dos direitos e integralidade do cuidado e apontando possíveis estratégias a serem adotadas para maior qualificação do serviço.

Para identificar as respostas, garantindo o anonimato dos pesquisados, todas as entrevistas foram numeradas e identificadas com um código, formado pela letra inicial da EMAD correspondente, seguido pela letra correspondente ao segmento do entrevistado, acrescida do respectivo número de sua entrevista. Assim, para os usuários e familiares/cuidadores atendidos pela EMAD Leste, será atribuída a letra “L”; pela EMAD Norte será atribuída a letra “N” e para EMAD Sul, será atribuída a letra “S”. Ao segmento dos usuários será atribuída a letra “U”, e para os familiares ou cuidadores a letra “F”. Exemplificando: a primeira entrevista realizada com usuário atendido pela EMAD Leste, foi identificada com o código “LU1” e com o respectivo familiar/cuidador “LF1”, e assim sucessivamente com os demais pesquisados das três EMADs.

3.4 Rebatimentos da Pandemia Covid-19 no Programa Melhor em Casa

A pandemia Covid-19 surgiu de forma abrupta em nível mundial, modificando a forma de viver e agir das pessoas, que em geral passaram a utilizar utensílios e equipamentos de proteção individual, como por exemplo o uso de máscaras e luvas, adotando medidas de proteção e prevenção de contágio, como o distanciamento e isolamento social, optando por ficar mais em casa, saindo estritamente quando necessário.

Os serviços de saúde tiveram que se adequar rapidamente para manter os atendimentos dos usuários e ao mesmo tempo zelar pela saúde dos profissionais de saúde e no PMC não foi diferente. Vale salientar que um novo perfil de usuário que antes não existia, surgiu com a pandemia, que são os usuários que internaram no PMC com sequelas pós Covid-19, o que no meu entendimento, configura-se como um desafio para as equipes que compõem o PMC, por ser uma doença nova, com uma diversidade de sintomas e sequelas ainda pouco estudadas.

Para uma melhor compreensão dos dados obtidos na pesquisa, primeiramente irei discorrer no item a seguir sobre as mudanças que influíram na vida dos usuários e logo após, as que influíram na vida dos familiares/ cuidadores.

3.4.1 Mudanças provocadas pela pandemia Covid-19 na vida dos usuários do PMC

Dos sete usuários (as) entrevistados (as), duas (LU 1 e SU3) tiveram Covid-19 de forma grave, necessitando de internação em UTI por tempo prolongado e de entubação, devido à gravidade de ambos os casos. Estas duas usuárias, referiram como principal mudança ocasionada na vida delas, as sequelas decorrentes da doença e que exigiram alterações na rotina diária para se adequarem às limitações impostas pela doença.

A usuária LU1 relatou que ficou internada por 30 dias na UTI-Covid no Hospital Escola- HE, ao mesmo tempo que sua mãe e sua sobrinha, que residiam com ela, também estavam internadas com Covid- 19 em outros dois hospitais da cidade, sendo que a sua mãe faleceu e ela e a sobrinha se recuperaram, recebendo alta hospitalar. A usuária LU1, antes de ter Covid-19, tinha uma vida ativa, sem limitações e trabalhava como diarista. Após a alta hospitalar, ficou com facite plantar e outras sequelas que a impossibilitam de caminhar, além de dor crônica incontrolável e lesões por pressão, em virtude de ter ficado muito tempo acamada. Além de não conseguir mais trabalhar, com o falecimento da mãe, que era viúva e recebia pensão alimentícia no valor de 1 salário mínimo, a renda familiar teve uma redução considerável e atualmente a única fonte de renda da família é o Benefício de Prestação Continuada- BPC/LOAS no valor de R\$ 1.100,00, da filha da usuária

que é deficiente e já vinha recebendo o referido benefício há mais tempo. Como a filha da usuária já é beneficiária e a usuária é a sua representante legal junto ao Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, não foi possível solicitar o BPC também para a usuária.

Assim, com o falecimento da mãe e a invalidez da usuária, a renda familiar que era de 3 salários mínimos, para a manutenção de quatro pessoas (a usuária, a sua filha de 14 anos, a sua mãe e uma sobrinha, também de 14 anos) passou para um único salário para manter três pessoas.

A usuária relatou que recebeu alta hospitalar antes do tempo previsto pois a equipe de saúde que lhe atendia, estava temendo que pelo longo período de internação devido a gravidade do seu estado de saúde, ela pudesse contrair uma infecção hospitalar, que no caso dela seria irreversível. A equipe hospitalar decidiu pela alta e a encaminhou para o PMC, que em dois dias após ter recebido a solicitação, procedeu a visita de avaliação e internou a usuária na mesma data.

A partir da internação no PMC, foi reajustada e fornecida a medicação necessária para continuidade do tratamento, foram realizados os curativos nas lesões até a sua completa cicatrização, coletados exames clínicos no domicílio e encaminhados exames de imagem para o HE, fornecidas fraldas que o PMC havia recebido de doação, bem como encaminhado formulário de fraldas para o familiar solicitar pelo Estado. Em paralelo ao atendimento domiciliar, a usuária é acompanhada por uma médica pneumologista na Faculdade de Medicina da UFPEL, que a encaminhou para o ambulatório pós Covid, onde é acompanhada por médico, fisioterapeuta e psicóloga. A usuária continua sendo atendida no ambulatório pós Covid, sendo que atualmente já consegue caminhar com um pouco de desequilíbrio, com auxílio de apoio ou muletas.

Destaco, a seguir, algumas falas da usuária LU1 durante a entrevista:

Acho que me contaminei indo para o trabalho de ônibus ou no próprio serviço, agora minha vida toda parou, não consigo trabalhar. Eu trabalhava desde os 14 anos, fico meio depressiva, porque não estou acostumada a depender dos outros. Fui para o hospital caminhando e voltei para casa numa cadeira de rodas, é uma montanha russa de sentimentos. Foi muito difícil ficar todo esse tempo no hospital, longe da minha família, sem poder receber visitas. A mãe dividia as despesas comigo, agora pago sozinha o empréstimo que ela tinha feito e meus irmãos me ajudam. Levei um susto quando vi vocês chegarem na minha casa, nunca imaginei que ia ser tão

rápido. Uma equipe de saúde me atendendo em casa e coletando exames sem eu ter que pagar nada! Eu não conhecia o Programa antes de ter Covid. Para mim esse tipo de atendimento não existia para pobre, só via isso na TV em casa de rico. Falo com vocês pelo whatsapp da equipe, não preciso ir tirar ficha na UBS. Fiquei mais confiante com o apoio da equipe, não me senti mais abandonada.

A usuária SU 3 informou que ficou internada no mês de abril do ano corrente, por um período de 30 dias no Hospital Universitário São Francisco de Paula-HUSFP, sendo que passou pela UTI Covid e também pela UTI geral. Antes da internação, no começo dos sintomas, procurou atendimento na UPA, permanecendo 3 dias, enquanto aguardava leito hospitalar.

A referida usuária é professora concursada da rede municipal de ensino e leciona para séries do ensino fundamental. Parou de trabalhar desde que teve Covid-19 e, atualmente, permanece em tratamento das sequelas e de licença do trabalho pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas- PREVPEL, por tempo indeterminado.

Quando recebeu a alta hospitalar, a mesma foi morar na casa de sua mãe que encontrava-se desocupada, pois não tinha condições de subir até o seu apartamento, onde mora com o marido e o filho, que fica no quarto andar. Passou a contar com os cuidados diários de sua irmã, que é enfermeira e sua principal cuidadora. No início do tratamento pós Covid, ficou por um período de 3 meses sem conseguir caminhar e suas atividades de vida diária ficaram limitadas pelas sequelas pós Covid, entre elas: dificuldade para se movimentar, só mexia a cabeça; dor nas articulações; falta de memória e sequelas neurológicas. Além disso, relatou que durante o seu período de internação hospitalar, precisou ser traqueostomizada, permanecendo com a traqueostomia por 19 dias, teve embolia pulmonar e trombose venosa e profunda, perda de 70 % dos cabelos, fez uso de sonda para urinar durante 35 dias. Devido ao tempo prolongado de internação hospitalar, ficou com lesões por pressão nos dois pés, cóccix e na cabeça, e como é diabética, as lesões custaram a cicatrizar e temia por ter que amputar os pés. Acrescentou que tem crises de ansiedade quando vê alguém sem máscara, pois ficou com medo excessivo de se contaminar por uma segunda vez, estando em contato com outras pessoas.

Com o passar do tempo, a usuária SU 3, recuperou os movimentos e está conseguindo caminhar com auxílio de muletas, contudo ainda não consegue subir as escadas sozinha, somente acompanhada. Retornou para seu apartamento e com a melhora das lesões nos pés, foi encaminhada pela EMAD para o ambulatório pós Covid-19, que funciona na Cuidativa, onde passou a ser acompanhada por Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, médico, psicóloga, assistente social, nutricionista, além de receber Reiki, que faz parte das Práticas Integrativas Complementares. A EMAD já tinha realizado contato com a assistente social da Cuidativa previamente, solicitando avaliação dos profissionais de saúde e a inserção da paciente logo que conseguisse caminhar e que as lesões estivessem cicatrizadas.

Algumas falas da usuária SU3 durante a entrevista merecem destaque:

A equipe toda me motivou a persistir no tratamento, pois eu estava desanimada, com 50% dos pulmões comprometidos. Consegui tomar as 2 doses da vacina contra Covid em casa, porque o Melhor em Casa agilizou. Se eu tivesse que comprar toda medicação que preciso, não ia conseguir e vocês me trazem. Todos meus exames foram coletados em casa. O médico fez para mim o laudo que eu precisava para levar na perícia do PREVPEL, se não, talvez eles tivessem feito eu voltar a trabalhar. Se eu não tivesse recebido atendimento do Melhor em Casa, eu não saberia que estava com uma bactéria na urina devido ao tempo que usei sonda. Foi muito bom vocês terem conseguido para mim a vaga no ambulatório pós Covid, pois lá eu tenho todo tratamento necessário. Já estou caminhando. Fiquei com pânico de aglomeração e não posso ver ninguém sem máscara que já fico com medo. Estou trabalhando isso com a psicóloga.

Outros 4 usuários (as) entrevistados (as), referiram a diminuição da renda familiar, por desemprego próprio ou de familiares, como principal consequência da pandemia Covid-19 em suas vidas. O usuário SU 2, trabalhava como pedreiro autônomo e com a pandemia o serviço ficou escasso, ficando sem renda nenhuma e dependendo dos seus irmãos, que trabalham fora de casa e contrataram um cuidador particular para realizar todo cuidado no domicílio como também para acompanhar o usuário em consultas, exames e sessões de quimioterapia. No caso deste usuário, o agravamento da sua doença (câncer de laringe) e a impossibilidade de trabalhar, coincidiu com a deflagração da pandemia Covid 19. Por ser um usuário que faz uso de traqueostomia e nem sempre se consegue entender o que ele fala, a sua entrevista foi realizada com o acompanhamento do cuidador, que por estar mais acostumado a conversar com ele, auxiliou a pesquisadora no entendimento da fala.

Já no caso da usuária LU3, esta era autônoma e proprietária de uma loja de confecções. O diagnóstico da doença chamada de distrofia simpático reflexa, associada a dor crônica incontrolável, acrescida de um fungo na coluna, deram origem a uma sequência de internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos que não solucionaram os problemas de saúde da usuária. Desta forma, a impossibilidade para o trabalho, chegou na vida desta usuária um pouco antes da pandemia Covid-19. Contudo, na entrevista, a mesma relatou estar enfrentando dificuldades financeiras para adquirir alimentos e entende que se não estivesse internada no PMC, não teria como adquirir os medicamentos que necessita, principalmente os injetáveis para dor. Disse que com muita frequência procurava a Unidade Básica de Saúde- UBS de referência, a fim de tomar medicação para dor e o médico da UBS, após esgotar todas as possibilidades de medicação via oral disponíveis na referida unidade, a encaminhou para o PMC, a fim de que pudesse ser ajustada a medicação e passasse a ser ministrada de forma injetável, já que via oral, nada mais fazia efeito. A usuária salientou que há mais de um ano fazia uso de medicação para controle da dor, via oral, que além de não fazer mais efeito, causou a piora da sua gastrite e o retorno da bactéria H. Pylori, devido ao uso contínuo da referida medicação.

A seguir, algumas falas da usuária LU3, que considera-se importantes:

Se eu não tivesse o Melhor em Casa, talvez eu não estivesse mais aqui. Eu não teria como pagar consulta em casa. A maioria das medicações que eu preciso vocês me trazem, os outros eu retiro na UBS ou na farmácia popular, eu não teria condições de comprar esses que vem do PMC. Vocês conseguiram para mim as consultas e exames que eu precisava, eu já tinha perdido a esperança, porque agora com a pandemia a prioridade é de quem tem Covid. Eu fui encaminhada para fisioterapia que ia ser na piscina do ambulatório do HUSFP, mas cancelaram os novos atendimentos por causa da pandemia. Tem dias que dá vontade de desistir de tudo, mas a equipe chega e eu me animo. Eu queria receber a visita da equipe mais de uma vez por semana, de preferência todos os dias. Antes do Melhor em casa eu saía desmaiada de casa, com a pressão alta, agora não preciso ir toda hora na UBAI. Eu ia muitas vezes na UBS e na UBAI para tomar morfina e acabava sendo encaminhada para o Pronto Socorro- PS para ficar aguardando leito para internar no hospital. Foram muitas internações no hospital e fiz vários procedimentos na coluna e um bloqueio que o neurologista acreditava que seria a solução para minhas dores, mas não surtiu efeito. Além de vocês, que estão sempre aqui em casa, eu pude ter atendimento com a psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, recebi atenção de todos.

A usuária NU1, foi internada no PMC devido a um câncer no colo do útero e relata que antes da pandemia, trabalhava junto com sua mãe informalmente. A mãe dela fazia doces e salgados em casa e ela vendia de porta em porta de bicicleta, porém com a pandemia, parou de vender para cumprir o isolamento social e, também, porque ficou mais difícil de conseguir vender. Segundo a percepção dela, as pessoas ficavam com receio de abrir a porta para uma estranha e contrair Covid. Atualmente, a sua única fonte de renda é de R\$ 180,00, que recebe do Programa Bolsa Família, pois não conseguiu ser contemplada com o auxílio emergencial do governo federal.

A usuária NU1 tem 3 filhos menores de idade, que são cuidados pela sua mãe, que mora na casa da frente, no mesmo endereço. Atualmente conta com a ajuda financeira dela para conseguir se sustentar e sustentar seus filhos. As 3 crianças têm pais desconhecidos e portanto não recebem pensão alimentícia.

Verbalizou que antes da pandemia já era difícil conseguir atendimento com médico ginecologista na sua UBS de referência e com a pandemia, esta dificuldade só piorou, pois em todas as vezes que precisou de atendimento na UBS, nunca tinha médico.

A seguir seguem algumas falas em destaque da usuária NU1:

No início da minha doença foi difícil, nunca tinha ginecologista no posto, que é o médico que eu precisava para saber o que eu tinha. Eu consegui consultar com ginecologista lá no Jardim América, foi ele que encaminhou para o cirurgião e lá na Secretaria de Saúde foi uma briga porque eles não aceitaram o encaminhamento porque o Jardim América faz parte do município do Capão do Leão. Aí, nós tivemos que conseguir dinheiro para pagar uma consulta particular que saiu R\$ 220,00, mas aí deu certo porque o médico se interessou pelo meu caso e me encaminhou para o PS e de lá eu fui transferida para o HE. Me fizeram um monte de exames e aí fui diagnosticada com o câncer, eu nem imaginava que era essa doença que eu tinha. Agora que vocês vêm aqui em casa eu não preciso gastar de ônibus para ir consultar, antes eu tinha que pagar o ônibus ida e volta para mim e para um acompanhante.

Para a usuária SU1, a principal mudança que a pandemia trouxe para sua vida, foi o desemprego de 4 membros de sua família, que por consequência ocasionou a falta de alimentos e leite para as crianças. A referida usuária tem uma família extensa, formada por cinco adultos e quatro crianças, e por um longo período durante a pandemia, a única fonte de renda foi o BPC da usuária, que sustentou

toda família. Atualmente, uma de suas sobrinhas já conseguiu se inserir novamente no mercado de trabalho e está trabalhando no comércio.

A referida usuária relatou que tem elefantíase desde criança e isso a impediu de ter um grau de instrução mais elevado, bem como de trabalhar em emprego formal e ter uma vida social normal. No entanto, embora receba BPC e passe a maior parte do seu dia sentada na cama, ela vende cosméticos por catálogo utilizando o telefone celular como recurso. E, no período da pandemia, a renda que recebe da venda desses produtos, embora sendo baixa, foi fundamental para compor a renda familiar, diante o desemprego de alguns de seus familiares.

Enfatizou que havia recebido alta do PMC devido à melhora das lesões na pele, e referenciada para UBS, que tem Estratégia em Saúde da Família-ESF, porém a sua irmã que é a cuidadora, solicitou atendimento ESF, pois além dos curativos, a usuária necessita fazer uma medicação injetável mensalmente, o foi negado. Também solicitou o fornecimento de materiais para os curativos, mostrando as fotos das lesões e a UBS disponibilizou uma quantidade muito pequena, que não dava para fazer todos curativos da forma recomendada pelo PMC. A irmã da usuária tomou a iniciativa de ir até a SMS e pediu para falar com a Secretaria de Saúde, que ouviu a reivindicação e fez uma carta solicitando uma visita domiciliar da médica da UBS. A médica da UBS compareceu na casa da usuária somente uma única vez, quando ordenada pela Secretaria de Saúde, posteriormente abandonou o caso. Assim, a usuária se viu sem outra alternativa e entrou em contato com a EMAD que lhe atendia, explicando a situação. Foi fornecido pelo PMC o material necessário para curativo, mesmo antes da reinternação domiciliar, realizada uma nova avaliação e realizada uma nova internação, pois de fato as lesões haviam piorado pela falta de atendimento da ESF, por não ter feito a medicação injetável regularmente e pelo fornecimento do material estar sendo inadequado para as necessidades da usuária.

Diante a dificuldade financeira, principalmente para compra de alimentos, a usuária referiu que sua irmã tinha solicitado o auxílio emergencial do governo federal e foi negado, também tentou conseguir alimentos no Centro de Referência de Assistência Social-CRAS, mas não conseguiu atendimento e voltou para casa sem nada.

Destaca-se a seguir algumas falas da usuária SU2, durante a entrevista:

No dia que vocês me trouxeram os alimentos eu chorei, pois a gente não tinha nada para comer aqui em casa. A gente que é adulto toma um copo de água e tá tudo bem, mas as crianças ficarem sem leite! Eu já estou com medo que vocês queiram me dar alta novamente porque eu melhorei, mas aí volta tudo de novo. O posto já era ruim antes e com a pandemia piorou, eles dizem que são estratégia, mas nunca vêm. Para conseguir uma consulta ou material de curativo é uma dificuldade, tem que madrugar na fila e o material eles dão bem pouquinho. O Melhor em Casa é uma bênção na minha vida. Eu recebi a cesta e o leite por 3 vezes e vieram no momento da maior dificuldade, quando a gente não tinha nada. As crianças perguntavam: Quem roubou a nossa comida? E a gente não sabia o que dizer. Hoje a nossa situação já está um pouquinho melhor e tenho vontade de ajudar outras pessoas que estão em situação pior que eu.

A usuária NU2 foi a única deste grupo pesquisado que referiu como a principal mudança produzida pela pandemia em sua vida, o isolamento social e em consequência a diminuição do contato com seus familiares. Apontou como outra dificuldade que se agravou com a pandemia, a dificuldade de conseguir atendimento resolutivo na UBS de referência. Procurou por três vezes o atendimento durante a pandemia, mesmo com toda dificuldade respiratória que possui e nenhuma delas foi resolvido o seu problema. Na UBS só lhe davam medicação para dor e lhe mandavam de volta para casa. Com o agravamento da sua doença, que é a polineuropatia alcoólica, ficou desnutrida devido à falta de apetite, e teve quedas dentro de casa. Passou a depender do cuidado dos filhos, sendo que a filha assumiu o cuidado com a higiene, banho e alimentação, e o filho assumiu os exercícios de fisioterapia, recomendada pelo fisioterapeuta do PMC.

Conforme relato da usuária NU2, destaca-se:

A vacina Pneumo 23 veio porque vocês agilizaram com a Secretaria Municipal de Saúde, pois eu já esperava há 1 ano para conseguir fazer e nunca vinha. Graças a enfermeira do Melhor em Casa, eu pude me vacinar em casa. Como eu ainda não consigo caminhar normalmente, só com andador, facilitou a minha vida pois não precisei me deslocar. O atendimento que eu recebo do Melhor em Casa é nota 10, eu não teria como pagar um médico que viesse em casa e agora sou atendida por uma equipe completa. Sempre que eu precisei fazer exames, foram coletados em casa e os raio X foram marcados muito rápidos.

Percebe-se que houve dificuldade dos usuários em distinguir quais foram às mudanças causadas em suas vidas por consequência da pandemia ou por limitações impostas pela própria doença e estado de saúde em que se encontram,

visto que as duas situações ocorrem juntas e lhes impõem uma série de restrições. Contudo, ao serem questionados quanto ao que poderá ser suprimido ou mantido após o término da pandemia, considerando o atendimento recebido pelo PMS, os usuários entrevistados manifestaram por unanimidade que nada deve ser suprimido, considerando de suma relevância a manutenção e ampliação do Programa.

Quanto às falas referentes ao que deve ser mantido destaca-se:

Se puderem continuar nos trazendo alimentos para nós é importante. Ter um leite, um café... SU1.

Todo suporte que recebi da equipe foi importante. O cuidado, a confiança que a equipe me passou, o carinho, me motivaram para vencer as sequelas da Covid. SU3

Não tenho reclamações, só elogios, o Melhor em Casa é excelente. Os alimentos sempre que puderem me trazer, são bem vindos. NU1

Não tem que tirar nada do Melhor em Casa, mas se eu conseguisse receber do Programa todos medicamentos que preciso usar, para mim seria bom porque eu gasto bastante com os remédios que não vêm do hospital. Vai boa parte da minha aposentadoria. NU2

Eu queria que outras pessoas assim como eu, que não conheciam o Melhor em Casa, pudessem receber esse atendimento em casa. Se tivesse mais equipes, mais pessoas seriam atendidas. LU1

Eu melhoro, quando vocês vêm aqui em casa. Gostaria de receber a visita não só uma vez por semana, mas todos os dias. LU3

Considerando as respostas obtidas nas entrevistas, percebe-se que no período da pandemia Covid-19, houve maior dificuldade de acesso dos usuários nos serviços de saúde ofertados pelo SUS, principalmente naqueles que necessitavam da UBS de referência para serem atendidos em suas necessidades na própria UBS, ou para serem encaminhados para um serviço secundário, como no caso da necessidade de consultas com especialistas, sessões de fisioterapia e exames de maior complexidade. O desemprego ou a licença de saúde do próprio usuário, ocasionaram a redução da renda familiar ou a perda total da renda, causando uma maior dependência financeira de outros familiares, ou exclusivamente de benefícios previdenciários, ou, ainda, de benefícios assistenciais.

As falas espontâneas revelaram a importância da atuação do PMC para articular com a rede de saúde do município e viabilizar serviços e recursos, os quais os usuários necessitam. Da mesma forma, trouxeram a importância que o PMC tem

na vida dessas pessoas atualmente, deixando transparecer sentimentos e retornos tais como reconhecimento, gratidão, confiança e bom vínculo com os profissionais das equipes. Além disso, foi manifestado o desejo de que o PMC amplie a sua capacidade de atendimento com a criação de mais equipes.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde-CNDSS, estabelecida em 2006, os Determinantes Sociais em Saúde- DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007)

Para os usuários do PMC, em sua grande maioria, pessoas de baixa renda que dependem exclusivamente do SUS para terem seus respectivos tratamentos garantidos, considera-se que a pandemia repercutiu no agravamento dos DSS, principalmente no que diz respeito aos fatores econômicos, e restrição de atendimento em alguns serviços de saúde do SUS, dificultando ainda mais a manutenção do tratamento peculiar de cada caso. O desemprego, o subemprego, a dificuldade de acessar Benefícios previdenciários e de acessar o Auxílio Emergencial criado pelo Governo Federal no período pandêmico, a escassez de alimentos nos CRAS, diante o aumento da procura pela população em geral, que necessita desses recursos, foram outros DSS de relevância observados em uma escala crescente nesse período.

Diante do agravamento da vulnerabilidade social dos usuários, percebe-se que houve uma maior sensibilidade dos profissionais do PMC com a situação geral vivenciada e um empenho maior para articular com a rede de saúde do município, bem como promover campanhas para angariar fundos, que revertissem em benefícios aos usuários, que serão abordados no item 4.2.

3.4.2 Mudanças provocadas pela pandemia Covid-19 na vida dos familiares/cuidadores do PMC

Dos oito familiares/cuidadores (as) entrevistados, seis consideram a dificuldade para conseguir atendimento nos serviços de saúde ofertados pelo SUS como a principal mudança ocorrida após o início da pandemia.

Para um único cuidador, conseguir manter o seu isolamento social e do familiar, que cuida, foi a principal mudança percebida, visto que o usuário tem imunidade baixa devido ao câncer de laringe, porém necessita sair de casa, frequentemente, para fazer o tratamento, que inclui consultas, exames e sessões de quimioterapia, que são imprescindíveis para se manter estável, na Faculdade de Medicina da UFPEL. Além disso, como o usuário SU2 mora somente com um irmão que trabalha fora de casa, ele passa a maior parte do seu tempo somente com o cuidador SF2, mas recebia visitas frequentes dos demais familiares, antes da pandemia. E, durante a pandemia, foi necessário suspender as visitas dos familiares para preservar a saúde, afetando psicologicamente a todos os envolvidos na situação.

Para um outro familiar, a principal mudança durante a pandemia foi ter três membros de sua família internadas simultaneamente em hospitais diferentes, resultando no falecimento da mãe, alta da sobrinha e da irmã, sendo que a última ficou com sequelas graves de saúde, não apresentando condições para voltar a trabalhar, além da perda do seu trabalho autônomo e as dificuldades que está enfrentando pela diminuição da renda familiar.

A seguir seguem os resultados das entrevistas com os familiares/cuidadores que participaram deste estudo.

A familiar NF3 relatou que sua filha adotiva, que também é sua sobrinha, filha do seu irmão, atualmente com 11 anos de idade, teve todo seu tratamento de saúde suspenso devido à pandemia. A menina nasceu com malformação congênita e faz tratamento em um Hospital em Porto Alegre, frequenta a Escola de Educação Especial Louis Braille e também a Associação de pais e amigos dos excepcionais de Pelotas- APAE. Os três serviços foram suspensos desde que iniciou a pandemia, porém a menina seguiu sendo atendida pelo PMC. A familiar também informou que com a pandemia, o Estado suspendeu o fornecimento de equipamentos e frascos para alimentação enteral e gaze, que anteriormente conseguia retirar via judicial. Disse que sua única fonte de renda é o BPC da menina, paga aluguel da casa onde mora e diante o não fornecimento dos materiais, que são indispensáveis para menina conseguir se alimentar, enfrentou a maior dificuldade financeira, desde o nascimento da mesma. Isso fez com que faltassem alimentos em casa e fraldas para menina.

A seguir, algumas falas da familiar NF3:

O Melhor em Casa é ótimo, agora com toda essa minha dificuldade, vocês fizeram mais do que já faziam antes. Ela teve várias bactérias e sempre no Programa, nunca deixaram ela sem atendimento. A nutricionista veio aqui em casa para atender ela e os equipos e frascos para dieta vocês conseguiram me trazer uns lá do hospital. A dentista atendeu ela em casa. As cestas básicas sempre vieram no momento que eu mais precisava.

Quanto a familiar LF2, esta informou que seu pai teve pneumonia durante a pandemia e ficou com lesões por pressão devido ter ficado muito tempo hospitalizado e permanecer em casa acamado. Ele tem também sequelas de Acidente Cerebral Vascular-AVC e sempre que procurou atendimento na UBS próxima a sua casa, nunca tinha médico e muito menos materiais para os curativos. Relatou que ia completar um ano do falecimento de sua mãe, quando seu pai teve a pneumonia e precisou ser internado no hospital, então teve que assumir o cuidado e parar de trabalhar, ficando sem nenhuma renda. Era faxineira e trabalhava como diarista.

Acrescentou que seu pai teve uma queda da cama durante o período pandêmico, precisou levar pontos no ferimento e foi orientado que ele tomasse vacina antitetânica, porém quando procurou a UBS, mesmo tendo ESF, foi negada a aplicação da vacina no domicílio num primeiro momento e só depois de muita insistência sua, uma profissional da UBS foi fazer a aplicação.

Destaca-se, a seguir, algumas falas da familiar LF2, que considerei relevantes:

O pai ficou viúvo há pouco tempo, meus outros irmãos não se interessam, então eu parei de trabalhar e assumi tudo. Eu não conhecia o Melhor em Casa, mas foi a melhor coisa que podia ter acontecido. Eu fiquei sabendo que existia esse Programa, conversando com a cuidadora de um outro paciente quando o pai estava internado no hospital, aí eu conversei com a assistente social de lá e ela encaminhou o pai. A gente sempre tem muita dificuldade e precisa de tudo: comida, roupas, fraldas. Se não fosse o Melhor em Casa eu não teria como comprar todos esses remédios. Eu tive que “brigar” no posto para virem dar a antitetânica. O benefício do pai estava trancado no banco há 2 meses, mas aí vocês me disseram o que tinha que fazer e deu certo, agora tá recebendo direito. Eu só tenho a agradecer a comida, fraldas, roupas e as coisas que vocês trouxeram para as crianças.

Para o cuidador LF3, conseguir consulta médica pelo SUS no período da pandemia ficou muito mais difícil. Relatou que às vezes se atrasava para o trabalho porque levava a sua esposa com dor, na UBAI, e ficava algumas horas esperando o atendimento médico, sendo que às vezes ela ainda era transferida para o PS. E, ainda, muitas vezes, mandavam a sua esposa retornar para a sua casa, sem nenhuma resolução, apenas orientando para retornar no dia seguinte, se piorasse. Destacou, a seguir, que com a internação no PMC, isso se resolveu pois além da visita semanal, a equipe a atende sempre que ela está mal e chamam pelo whatsapp. Acrescentou, ainda, que o procedimento cirúrgico que a sua esposa precisava fazer, foi adiado várias vezes, porque ela necessitaria ir para UTI logo após o procedimento e com a pandemia, não havia leito de UTI disponível, pois estavam todos ocupados com pessoas com Covid.

O cuidador LF3 verbalizou, ainda, que com a doença da esposa, a situação financeira piorou, porque ela precisou parar de trabalhar e passa a maior parte do seu tempo acamada. Assim, agora é só o seu salário para tudo.

A seguir, algumas manifestações do familiar LF3 durante a entrevista:

Agora com o Melhor em Casa se resolveu o problema das consultas e os exames também nos facilitou, porque antes eu tinha que ir levar ela mesmo com dor, e agora são coletados em casa. Quando precisa aqueles outros exames que tem lá no hospital, vocês conseguem marcar em seguida. Antes, eu tinha que comprar um monte de remédios, agora o Melhor em Casa nos traz. E, o rancho veio em boa hora!

Da mesma forma que os familiares citados anteriormente, para a familiar NF1, durante a pandemia, conseguir consulta para sua filha na UBS, principalmente com ginecologista se tornou algo impossível, pois a UBS passou a atender só os usuários com Covid no turno da manhã e no turno da tarde não tinha médico nem enfermeiro, só técnico de enfermagem. Considera que sua filha custou muito a ter o diagnóstico de sua doença, que é câncer no colo do útero, pela dificuldade de conseguir se inserir na rede de saúde do município e com isso, a doença foi avançando, pois ela não fazia nem ideia do que tinha. Acrescentou, também, que depois que sua filha conseguiu leito no HE e diagnosticada, quando recebeu alta hospitalar, saiu com uns quantos papéis, mas não sabia o que tinha que fazer com eles, e ficou com tudo guardado em casa, acreditando que para o tratamento posterior a internação, sua

filha seria chamada em seguida. Entretanto, ficou sabendo que os papéis que tinha em mãos, era a documentação necessária para levar na SMS e solicitar as sessões de radioterapia, no momento da internação no PMC, quando recebeu a visita dos profissionais da EMAD e recebeu a orientação detalhada sobre como proceder para acessar a continuidade do tratamento da filha. Assim, a falta de orientação no momento da alta, atrasou o início do tratamento pós cirúrgico, prejudicando a sua recuperação. Falou, ainda, sobre a dificuldade financeira que está enfrentando pois antes da pandemia fazia salgados e doces para festas sob encomenda, além dos salgados que fazia e sua filha vendia.

Das falas da familiar NF1, pode-se destacar:

A internação domiciliar supriu a necessidade do acompanhamento médico que ela precisava e não conseguia no posto. Chegou a ir consultar no Jardim América e teve o encaminhamento para Secretaria de Saúde, só que lá não aceitaram e voltou à estaca zero. Os residentes só me deram aqueles papéis, mas ninguém nos disse nada, e a gente pensou que iam chamar ela para a rádio “automático”. Perdemos tempo em iniciar o tratamento, e se vocês não tivessem nos explicado, a gente ia ficar esperando com os papéis em casa, mas depois que levamos, o tratamento deslanchou. Com o Melhor em Casa melhorou a comunicação, o posto nunca atendia o telefone e vocês a gente tem a facilidade de falar as coisa pelo whatsapp. Eu gostaria que a equipe viesse mais vezes aqui em casa.

Na percepção da familiar SF1, ficou muito difícil com a pandemia conseguir atendimento médico e materiais para curativos na UBS, mesmo existindo ESF na UBS de referência. Segundo ela, antes da pandemia, o atendimento da UBS já era precário e atualmente só piorou. Ela relatou que sua irmã já tinha sido atendida pelo PMC, anteriormente, e teve alta devido à cicatrização das lesões e foi referenciada para UBS, porém como não houve continuidade do tratamento pela UBS e o fornecimento de materiais foi escasso, as lesões voltaram. Foi preciso ir até a Secretaria Municipal de Saúde e relatar o caso para a secretária, para conseguir uma visita da médica da UBS. Ela contou que foi difícil conseguir falar com a Secretária de Saúde, porém quando conseguiu ser atendida, a mesma fez uma carta direcionada a UBS e a médica foi atender sua irmã em casa, porém o atendimento se resumiu nesta única visita, não havendo continuidade no tratamento. E, sem saber como resolver a situação, procurou novamente o PMC, que acolheu a sua demanda, forneceu os materiais que tinha disponível de imediato e realizou uma nova visita, internando novamente a usuária SU1 no programa.

A familiar SF1 informou que teve infarto no início do ano corrente, ficando em internação hospitalar por um período. No momento da alta, foi recomendado fazer acompanhamento com médico cardiologista, porém não foi encaminhada pelo SUS e não tem condições financeiras para pagar uma consulta particular, permanecendo até o momento da entrevista sem acompanhamento médico.

Das respostas à entrevista e das falas espontâneas da familiar SF1 destaca-se:

Hoje, dá para respirar mas ficou tudo muito difícil no tempo que ela teve alta do Melhor em Casa. Eu tive infarto, compro os remédios mas não consigo consultar e tenho que cuidar dela. O Melhor em Casa é uma segurança para nós. Eu fico com medo pois ela está melhorando e aí já sei que daqui uns dias vão dar alta, aí começa tudo de novo e não sei como vai ser. Eu fui no CRAS para ver se conseguia alimentos e vale gás, mas a fila estava enorme e não consegui nada. Tem que ir de madrugada. Eu tentei o auxílio emergencial do governo, mas foi negado. Nunca falei nada porque tenho vergonha, mas sou agradecida por tudo que o Melhor em Casa tem feito por nós, mesmo sem a gente pedir. Ela teve atendimento até de nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta em casa e conseguiram o andador emprestado, que faz uma grande diferença. Só tenho gratidão, as cestas e o leite sempre chegaram, quando a gente não tinha nada para colocar na panela. O pouco dinheiro, que a gente tinha, quando todo mundo se desempregou, a gente juntava para comprar leite para as crianças. A gente se vira.

Para a familiar SF3, uma das maiores dificuldades enfrentadas durante a pandemia, foi conseguir um serviço de fisioterapia pelo SUS que pudesse realizar o tratamento pós Covid, que sua irmã necessita. Relatou que sua irmã contraiu Covid e ficou entre a vida e a morte, necessitando ser entubada na UTI Covid, passando também pela UTI geral. Após um longo período de internação hospitalar, recebeu alta, porém ficou com inúmeras sequelas: só mexia a cabeça, fazendo uso de fraldas e traqueostomia, não conseguia caminhar, tinha lesões por pressão de difícil cicatrização por ser diabética, sequelas neurológicas e esquecimento.

Nos primeiros dias após a alta hospitalar, a usuária SU3, ficou na casa de sua mãe, sendo cuidada por sua irmã SF3, que é enfermeira e assumiu os cuidados como higiene, banho, troca de fraldas, ministrar medicações e alimentação. Com o passar do tempo, as lesões nos pés cicatrizaram e começou a recuperar os movimentos, retornando para sua casa.

A familiar SF3, informou que a família teve que se organizar para pagar fisioterapeuta particular em casa, que totalizava um gasto mensal em torno de um salário mínimo, o que para a família era muito. Relatou que sua irmã é professora concursada e precisou entrar em licença de saúde no seu trabalho, o que implicou na perda dos benefícios que são incorporados ao salário, perda do desdobramento de horas, e por consequência uma redução considerável do salário mensal recebido. Permanece de licença por tempo indeterminado, até que esteja apta para o retorno das atividades laborais.

A familiar SF3 acrescentou que o tratamento recebido pelo PMC foi fundamental para a recuperação de sua irmã, pois a equipe além dos atendimentos semanais, sempre foi disponível para atendê-la em intercorrências, fora dos dias de visita normais, além de tê-la encaminhado ao ambulatório pós Covid, que está sendo fundamental para sua reabilitação. No momento que sua irmã foi acolhida pelo serviço social no ambulatório pós Covid e após a triagem, passou a ser atendida pelo fisioterapeuta, psicóloga e a participar de práticas integrativas complementares, a família dispensou o fisioterapeuta particular e por consequência diminuíram os gastos com o tratamento.

Destaca-se, a seguir, algumas falas da familiar SF3 durante a entrevista:

Ela veio para casa mexendo só a cabeça, com traqueostomia e com úlceras por todo corpo. O tratamento recebido pelo Melhor em Casa foi fundamental para a recuperação dela. A equipe é excelente. Primeiro a gente precisou contratar fisio particular, mas depois que o Melhor em Casa conseguiu incluir ela no ambulatório pós Covid, a gente pode dispensar o fisio. Diante da gravidade da pandemia, os fisioterapeutas foram os profissionais, que mais se destacaram nesse período.

Para o familiar LF1, a maior dificuldade enfrentada na pandemia foi ter três familiares com Covid ao mesmo tempo: mãe, irmã e sobrinha, sendo cada uma delas internada em hospitais diferentes. A mãe faleceu durante a internação hospitalar, a sobrinha recebeu alta sem ter sequelas aparentes e a irmã ficou entre a vida e a morte, necessitando de entubação na UTI Covid. Relatou que devido ao longo tempo de internação hospitalar de sua irmã, os médicos temiam que ela contraísse uma infecção hospitalar, o que no caso dela poderia ser irreversível e optaram em dar alta para ela e encaminhá-la para o PMC, logo que apresentou um quadro clínico favorável. Porém ela foi para casa com dor incontrolável, sem

conseguir caminhar, fazendo uso de fraldas, com lesões por pressão, ou seja, necessitando de uma série de cuidados que os familiares não sabiam como lidar em casa.

O familiar LF 1 disse que já estava se preparando para sair de casa em busca de atendimento na UBS, quando foi surpreendido com a visita da EMAD, pois nunca imaginou que a avaliação seria tão rápida, e ocorreu dois dias após a alta hospitalar.

Durante a entrevista, o familiar LF1 apontou outras dificuldades decorrentes da pandemia, principalmente relacionadas à parte financeira, que enfrentou e ainda estão sendo enfrentadas. Disse que antes da pandemia era autônomo e trabalhava fazendo o transporte escolar de crianças, porém como as aulas presenciais foram suspensas, ficou desempregado e por um período, estava sendo sustentado pela mãe que veio a falecer e pela irmã, que ficou com sequelas pós Covid e atualmente é cuidada por ele, e necessita da sua ajuda inclusive financeira. A mãe que faleceu, recebia um salário mínimo de pensão alimentícia por ser viúva; a irmã agora com sequelas de Covid, não tem condições de saúde para trabalhar, e como era diarista, sem carteira profissional assinada, não tem direito ao auxílio doença do INSS, e não pode requerer o BPC pois a filha é deficiente e beneficiária do mesmo benefício. A família além de assumir as despesas da casa, precisou se responsabilizar também em pagar as parcelas do financiamento da mesma, que ainda não está quitada. Os familiares fizeram uma rifa com o propósito de arrecadar algum dinheiro para pagar as contas, comprar alimentos e fraldas. E, alguns amigos sensibilizados com a situação, tiveram a iniciativa de fazer uma campanha nas redes sociais e conseguiram uma quantia em dinheiro para ajudar a família.

Atualmente o familiar LF1, conseguiu se inserir no mercado de trabalho e está trabalhando como porteiro em um prédio.

Durante a entrevista com o familiar LF1, o mesmo chorou ao relatar a perda da mãe e a dificuldade da família em lidar com as sequelas da doença da irmã, destacando-se as seguintes falas:

Eu fazia o contato com o hospital para saber notícias dela, mas eu não falava a real situação para os meus irmãos. A gente já tinha perdido a mãe e eu segurei a barra sozinho. Eu sempre dizia que ela estava estável, mesmo sabendo que a qualquer momento a gente podia perder ela também. Meus amigos me ajudaram muito, fizeram campanha na internet e arrecadaram dinheiro para nos ajudar. O Melhor em Casa foi a nossa

salvação, ela veio do hospital com muita dor e a medicação não fazia efeito, a gente não sabia mais o que fazer. Todos exames vocês agilizaram no hospital. As coisas mudaram, quando parei de trabalhar ela e a mãe me ajudaram, agora eu que cuido dela. O Melhor em Casa fez muito mais do que a gente imaginava, além do tratamento que vocês têm com ela, nos ajudaram com alimentos e fraldas.

E, por fim, o cuidador SF2 coloca que uma das principais dificuldades durante a pandemia foi manter os familiares distantes do usuário SU2. Ele relatou que é cuidador contratado pelo irmão do referido usuário, que também mora na mesma casa, e faz todos os cuidados referentes ao tratamento do usuário, como também o acompanha nas consultas, realização de exames e sessões de quimioterapia. Como o usuário tem baixa imunidade devido ao câncer de laringe, é recomendado que as visitas sejam restritas, principalmente em função da pandemia, caso em que o isolamento social é recomendado para todas as pessoas. O cuidador SF2 juntamente com o irmão do usuário, optaram por manter o isolamento social, porém os demais familiares insistiam em querer visitá-lo.

Informou que como o usuário SU2 precisou parar de trabalhar, devido à gravidade de sua doença, outra dificuldade foi de marcar a perícia junto ao INSS para concessão do BPC. O referido benefício foi negado, porém até o momento o INSS não esclareceu por qual motivo.

Destaca-se das falas do cuidador SF2:

Todos medicamentos que ele precisa o Melhor em Casa trás, caso contrário o irmão dele não teria como comprar tudo. Mesmo com a pandemia, o Melhor em Casa nunca deixou de atender ele, até quando não era dia da visita, mas ele precisava. Fizeram mais do que a gente esperava. A assistente social orientou quanto ao Cadúnico e os documentos que precisa para pedir o BPC. O médico fez o atestado que precisava para levar no INSS.

Assim como ocorreu com os usuários, seus familiares por unanimidade também consideram que nada deve ser suprimido do PMC após o término da pandemia.

Destaca-se as seguintes manifestações feitas pelos familiares/cuidadores:

Seria muito importante para nós continuar recebendo a cesta básica e o leite. SF1

É muito importante o trabalho que vocês fazem. Todo atendimento recebido deve ser mantido, pois a família dele não teria condições de manter o tratamento. SF2

Se tiver mais profissionais, mais pessoas podem ser atendidas. É muita gente para atender e vocês devem ficar sobrecarregados e eu sei que agora com a pandemia, aumentou a fila de espera. LF1

Não tem que tirar nada do programa. Melhorar o que, se já é Melhor em Casa? LF2

Eu queria ver como vocês são sem esse avental, máscara e touca. Quando terminar a pandemia vocês não vão mais precisar vir aqui em casa assim. E, todo o atendimento deve ser mantido, principalmente essa boa relação que a gente tem com vocês. LF3

Considerando as respostas obtidas pelos familiares/cuidadores na pesquisa, bem como as suas manifestações espontâneas, percebe-se que da mesma forma como ocorreu com os usuários, seus familiares tiveram dificuldade de distinguir as mudanças ocorridas em suas vidas em virtude da pandemia e as mudanças de vida enfrentadas pelo agravo da doença do seu familiar, que vieram a apresentar maior necessidades na atenção à saúde, coincidindo com o período pandêmico. Tais necessidades deram origem a diversas demandas, sendo as principais apontadas nas entrevistas: desemprego do familiar/cuidador e de outros membros da família e a consequente diminuição de renda; perda de familiar devido a Covid; ter que lidar com a doença do familiar, sem ter conhecimento para tal; busca de alternativas individuais na tentativa de solucionar os problemas que envolvem o cuidado; problemas relacionados com a saúde do familiar/cuidador e por consequência a sobrecarga do cuidador; dificuldade financeira para adquirir alimentos, medicamentos, fraldas e outros insumos imprescindíveis à manutenção da vida; e dificuldade de acessar atendimento nas UBSs.

A falta de atendimento compatível com as necessidades dos usuários na atenção básica de saúde, bem como o não funcionamento do sistema de referência e contra referência, geraram um número maior de reinternações no PMC, visto que usuários que anteriormente tinham recebido alta do programa por melhora clínica, tiveram seus problemas de saúde agravados pela descontinuidade do tratamento, sendo necessário o familiar/cuidador solicitar novo encaminhamento ao PMC.

3.4.3 Estratégias adotadas pelas equipes multiprofissionais para garantia dos direitos dos usuários e integralidade do cuidado, no período da pandemia Covid-19

A proximidade entre as equipes EMADs, EMAP, usuários do PMC e seus respectivos familiares/cuidadores, não só dos que foram entrevistados nesta pesquisa como os demais, permitiram aos profissionais das equipes perceber que a pandemia Covid 19, afetou de forma significativa a vida dessas pessoas. Algumas mudanças ao serem constatadas *in loco* pelos profissionais, muitas delas transcritas anteriormente como resultados da pesquisa, provocaram nas equipes a busca por estratégias que mantivessem a assistência domiciliar com qualidade e reduzissem os impactos da pandemia, visando à garantia dos direitos dos usuários, bem como a integralidade do cuidado prestado pelos profissionais do PMC.

Entre as principais demandas do cotidiano profissional do profissional de serviço social, membro das equipes do PMC, podemos elencar a articulação para o empréstimo de camas hospitalares, cadeira de rodas e de banho; encaminhamento para solicitação de fraldas geriátricas tanto para o Estado, como para o programa farmácia popular, conforme o caso; orientações e encaminhamento para requerer o Benefício de Prestação Continuada-BPC/LOAS, aposentadoria e adicional de 25% para o cuidador nos casos de aposentadoria por invalidez em que o aposentado necessita de cuidados permanentes; intervenção em problemas e conflitos familiares, que envolvem a violação de direitos; articulação para judicialização de demandas que envolvem o tratamento de saúde e que não foram resolvidas administrativamente; encaminhamentos para Secretaria Municipal de Saúde para agendamento de consultas e exames, bem como para o Tratamento fora do domicílio-TFD.

Cabe salientar, que com a deflagração da pandemia da Covid 19, o serviço social suspendeu a realização das reuniões com o grupo de cuidadores e grupo de enlutados, que ocorriam quinzenalmente, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, a fim de não infringir a orientação para o isolamento social e evitando assim as aglomerações, contudo as demandas que por vezes surgiam nos grupos, continuaram se evidenciando em grande escala nos domicílios, principalmente em consequência dos efeitos da pandemia. Como ainda estamos em período pandêmico, tais demandas continuam

sendo acolhidas durante os atendimentos domiciliares e realizadas as intervenções e encaminhamentos necessários.

A dispensa do trabalho formal pelo empregador, a dificuldade de executar o trabalho informal precarizado, o cumprimento do isolamento social, contribuíram para a redução da renda familiar do paciente ou a falta dela, associado aos problemas enfrentados pelo adoecimento que já existiam anteriormente.

Segundo o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), 1947: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, as demandas crescentes evidenciadas nos atendimentos domiciliares, bem como os resultados obtidos neste estudo, principalmente a falta de trabalho, de alimentos e recursos financeiros para manutenção do tratamento adequado, mobilizaram os profissionais do PMC para tentar intervir em alguns determinantes da saúde por meio da adoção de estratégias específicas para este contexto de emergência.

Assim, diante do contexto presente que a pandemia impôs, o PMC teve que se reinventar, procurando alternativas para melhor atender aos usuários e entre as medidas adotadas, realizou-se uma campanha de arrecadação de alimentos para as famílias dos usuários mais necessitados. A campanha teve uma grande repercussão e um grande número de famílias vêm sendo atendidas, sendo que outras, além das atendidas pelo PMC, também foram contempladas com cesta básica diante da extrema situação de vulnerabilidade social que se encontram. Estas outras famílias, chegaram até o PMC por indicação de colegas de trabalho, outros profissionais de saúde, ou por pessoas que tiveram conhecimento da campanha pela divulgação no site do Hospital Escola.

Com a crescente procura por alimentos e o tempo de permanência da pandemia, o PMC realizou uma ação entre amigos, onde os profissionais do programa doaram voluntariamente itens para compor duas cestas de café da manhã, que foram rifadas na véspera do dia das mães. Toda verba arrecadada foi revertida na compra de cestas básicas e leite para os usuários e seus familiares. Pelo seu êxito, a ação foi repetida no dia dos pais, ocasião em que foram organizadas e rifadas cestas com produtos alusivos à data. Houve adesão e envolvimento dos profissionais também na venda dos números da rifa. Da mesma forma que a ação anterior, toda verba foi destinada para compra de cestas básicas para usuários do Programa. No mês de novembro do ano corrente, iniciou-se uma

nova campanha para compor cestas com gêneros alimentícios, que serão doadas próximo ao Natal, aos usuários e familiares com maior necessidades alimentares. Com esta ação, pretende-se contemplar todos usuários e familiares em situação de vulnerabilidade social, assistidos atualmente pelo PMC, como também, de acordo com o êxito da campanha, ampliar a doação das cestas básicas para pessoas que já receberam alta do PMC, mas que se tem conhecimento, que estão passando por necessidades alimentares.

Estas ações são articuladas e coordenadas pelo Serviço Social do PMC, porém quando as ideias são colocadas para o grande grupo, há envolvimento e participação de um grande número de profissionais que se voluntariam, seja na doação de produtos a serem rifados, na doação de gêneros alimentícios ou dinheiro, como também na venda das rifas e arrecadação dos alimentos.

É importante destacar que durante todo período pandêmico, o PMC recebeu doações voluntárias de roupas, calçados, fraldas, gêneros alimentícios, produtos de higiene e limpeza, mesmo nos períodos que não havia nenhuma campanha vigente. Tais doações foram repassadas aos usuários, de acordo com as suas necessidades.

Por outro lado, convém ressaltar que este tipo de estratégia foi considerado pertinente, devido ao enfrentamento da situação de emergência ocasionada pela pandemia COVID19, pois consta no código de ética profissional dos assistentes sociais como um dos deveres no artigo 3 letra d: participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades. (CFESS, 2012. p. 27). Entendemos, que as campanhas foram estratégias de socorro à população usuária do PMC, diante das consequências da pandemia, que pode ser considerada como uma calamidade pública.

3.4.4. Possíveis estratégias a serem adotadas pelo programa Melhor em Casa no pós pandemia

A deflagração da pandemia foi um fato inesperado para o mundo todo causando surpresa pela forma rápida e inesperada que se alastrou pelos continentes. O Coronavírus provocou a crise sanitária que está posta e parece não ter fim, evidenciando-se uma maior vulnerabilidade socioeconômica no Brasil.

Segundo dados do IBGE, a Covid-19 encontrou o país em situação econômica preocupante: baixo crescimento econômico (taxa média de crescimento de 1% nos últimos três anos), altas taxas de desemprego, de 13,9% em 2020, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os serviços públicos de saúde em geral, de acordo com os resultados da pesquisa, encontram-se precarizados e não conseguem dar conta de atender todas as necessidades de saúde de quem mais precisa, principalmente da atenção básica. E, neste sentido, considerando as manifestações feitas por usuários e familiares durante as entrevistas, o PMC está tendo um papel fundamental na vida dos usuários e seus familiares, tratando não só a doença, mas agindo com um olhar ampliado para promover ações, que propiciem um melhor bem estar e minimizem os efeitos da pandemia.

Considero, que as ações promovidas pelo PMC no período pandêmico foram de suma importância para promoção da saúde de seus usuários e devem ter continuidade de forma permanente pós pandemia, visto que ninguém consegue ter seu estado de saúde melhorado, ingerindo somente medicamentos e/ou fazendo curativos, se não tiver alimentação disponível. Antes da pandemia, as necessidades alimentares dos usuários surgiam esporadicamente e, atualmente, é uma demanda crescente com tendência a aumentar ainda mais, diante das consequências da pandemia, que ainda não se consegue prever a extensão que irão atingir socioeconomicamente as famílias.

Diante a maior dificuldade de atendimento dos usuários na atenção básica durante o período pandêmico, principalmente para aqueles que são restritos ao leito e não conseguem se locomover até a UBS de referência, ou não recebem visita da ESF, ou ainda que não têm acesso aos materiais para curativos e insumos em quantidade suficiente, o PMC sempre que teve conhecimento de tais situações, restabeleceu o vínculo do usuário com a sua família no serviço, diante de uma nova internação domiciliar. Esta prática vem ocorrendo no período pandêmico e deverá continuar sendo realizada pós pandemia, sendo algo em que, particularmente o profissional de Serviço Social, poderá contribuir no restabelecimento dos vínculos familiares.

Algo que apareceu como necessário foi a busca de recursos materiais para atender as necessidades básicas dos usuários e familiares, evidenciando a importância de uma maior articulação do PMC com as equipes dos CRAS, e com

outras instituições comunitárias para não ser necessário a equipe assumir todas as demandas sociais, estimulando a atuação intersetorial entre as políticas sociais, para que o poder público consiga assegurar os direitos sociais básicos, garantidos pela Constituição Federal a todas as pessoas.

Anteriormente, quando um usuário necessitava de alimentos, era por uma necessidade momentânea ou por um curto período até que sua situação tivesse uma resolução. Nesses casos, os alimentos eram obtidos com maior facilidade com um capelão da igreja luterana que presta trabalhos voluntários no HE, porém com a crescente demanda por alimentos no período pandêmico, os recursos alimentares doados não foram suficientes, sendo necessárias as campanhas, encaminhamentos para o CRAS e articulação com projetos sociais. Neste período, surgiram doadores anônimos, que abraçaram a causa e enviam espontaneamente alimentos para o PMC.

Outra estratégia que surgiu no período pandêmico pelo PMC, que também está relacionada com a intersetorialidade, foi a informatização do recebimento dos formulários. Esta estratégia foi criada com o intuito de manter o PMC, recebendo novos usuários, encaminhados pela Rede de Saúde do município, porém diminuindo a circulação de pessoas e documentos de papel no serviço. Possibilitou que os serviços encaminhassem os usuários via online pelo site do HE com maior agilidade, porém sem a necessidade de deslocamento do familiar responsável até o PMC, para levar em mãos o formulário preenchido com a documentação do usuário. Antes da pandemia, ocorria do familiar estar com o encaminhamento em mãos e retardar a entrega do mesmo, não intencionalmente, mas por não ter recebido a orientação correta de quem o encaminhou, ou por não ter entendido onde se localiza o serviço, ou também pela dificuldade de deixar a pessoa doente sozinha e ter de levar o referido encaminhamento até o serviço. Assim, a exigência provocada pela pandemia para evitar a contaminação acabou provocando uma inovação no serviços que o tornará mais eficiente.

Uma outra atividade que se tinha em prática e que foi suspensa no período da pandemia, eram as reuniões que se promovia com os profissionais da saúde que trabalham nas UBSs. Estas reuniões eram promovidas pelo PMC e contavam com a participação das EMADs, EMAP e equipes de saúde que trabalham nas UBSs, com o objetivo de estreitar as relações entre atenção básica e atenção domiciliar. Nelas se discutia o atendimento dos usuários e definia o que seria realizado por cada

serviço, de acordo com suas competências. Neste espaço, eram discutidas as altas dos usuários do PMC e referenciadas para as UBSs de origem, assim como eram acolhidos novos casos, para posterior avaliação e internação domiciliar. Assim, esta atividade era de suma importância para a saúde dos usuários, que tinham seus casos discutidos e os encaminhamentos pactuados pelas equipes multiprofissionais dos dois serviços, portanto esta é uma das primeiras estratégias do PMC que deverá ser retomada logo que for possível, a fim de evitar ainda mais prejuízos aos usuários.

Outras duas atividades, que reiteramos a importância de serem retomadas, são os grupos de cuidadores e o grupo de enlutados. Diante as novas variantes do Coronavírus que surgiram, mesmo após as campanhas de imunização, foi preciso reavaliar o momento e optar por adiar o retorno dessas atividades. No grupo de cuidadores são tratados assuntos trazidos pelos familiares/cuidadores, que no domicílio em geral não são abordados, pois o foco do atendimento domiciliar é o usuário. E, no grupo de enlutados, aborda-se assuntos relacionados ao enfrentamento do luto, com o intuito de auxiliar o familiar/cuidador a ter novos projetos de vida. Portanto, são estratégias fundamentais para a integralidade do cuidado, dirigindo a atenção não só para o usuário, mas também para o seu cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência domiciliar teve sua origem com o atendimento prestado por médicos de família de forma particular, evoluindo para um serviço organizado, denominado SAMDU, destinado ao atendimento de assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, incorporado pelo INPS em 1976.

Nos anos 60, a atenção domiciliar teve início como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo, porém a sua maior expansão se deu por meio do setor privado e vinculado a empresas. Após a promulgação da Constituição Federal e posterior criação do SUS, os serviços de saúde se ampliam e começam a ser prestados de forma Universal. Cresce o número de Programas locais de atendimentos domiciliares ligados aos hospitais, sendo que em 2011 a assistência domiciliar passa ao status de Política Nacional de Atenção Domiciliar, dando origem ao Programa Melhor em Casa.

Este Programa é desenvolvido em nível nacional e executado nos municípios que se habilitam junto ao Ministério da Saúde. O município de Pelotas que já tinha a experiência da atenção domiciliar iniciada pelo PID no Pronto Socorro, o qual posteriormente deu origem ao PIDI, vinculado ao Hospital Escola, foi uma das primeiras cidades habilitadas, inaugurando o PMC em 2012. Diferente das demais cidades brasileiras, em que a gestão municipal assumiu a execução, no caso de Pelotas, o Hospital Escola assumiu a execução por meio de uma pactuação com o gestor municipal, sendo a verba destinada pelo Ministério da Saúde ao município, repassada para o HE.

O PMC preconiza o trabalho humanizado e observa o cumprimento de quatro fundamentos básicos: abordagem integral à família; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade e estímulo às redes de solidariedade.

No atual contexto social, econômico, político e sanitário em que se vive, a pesquisa realizada sobre as implicações da pandemia na atenção domiciliar prestada pelas equipes do PMC, em Pelotas, obteve a opinião dos usuários e de seus familiares/cuidadores, tanto sobre as mudanças ocasionadas, como também

sobre o atendimento prestado, e serviram para subsidiar a análise das estratégias adotadas pelas equipes multiprofissionais no período pandêmico.

A pandemia Covid-19 impôs uma série de restrições e privações para toda sociedade, porém o PMC se manteve atuante mesmo diante das incertezas e dos cuidados para evitar o contágio que o momento atual requer, contudo não perdendo o foco do cuidado domiciliar na sua integralidade, ou seja, pensando no ser humano como um todo, em todas as suas necessidades e dimensões.

A análise dos dados obtidos evidenciou que a Covid-19 abalou a estrutura familiar dos usuários e familiares, que tiveram que se readequar, principalmente daquelas que perderam familiares pela Covid-19, ou que foi necessária à internação domiciliar no PMC devido as sequelas causadas pela Covid-19. Diante da perda total da renda familiar ou redução dela, o PMC encaminhou os usuários e familiares para Benefícios previdenciários, recorreu aos serviços disponíveis na comunidade, prestou orientações quanto à solicitação de auxílio emergencial, articulou com a Política de Assistência Social do município e com outras instituições e serviços da rede de saúde para atender as demandas e realizou campanhas pelo direito à alimentação, diante da emergência do momento.

A pesquisa contemplou usuários e familiares/cuidadores assistidos pelas três EMADs que compõem o PMC e os resultados obtidos, mostraram a dificuldade de acesso nos serviços de saúde do SUS, como também a escassez de recursos humanos e materiais para dar conta de toda a demanda necessária ao tratamento dos usuários, dando origem a reinternações e novas internações. O desemprego e por consequência a redução ou a perda total da renda familiar, apareceu também como uma das mudanças da pandemia na vida dos usuários e familiares, fazendo com que a procura por benefícios previdenciários e auxílio emergencial fosse ampliada, requerendo o fornecimento de informações e de encaminhamentos para o acesso a estes benefícios, por parte das assistentes sociais integrantes da equipe.

A falta de renda também gerou a procura por gêneros alimentícios e fraldas, sendo necessário uma atuação maior do serviço social do PMC, que articulou campanhas, diante a peculiaridade do contexto atual, e de acordo com a orientação do código de ética profissional, que prevê a atuação dos assistentes sociais nos

programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Assim, os resultados desse estudo revelaram o potencial da atenção domiciliar de se reinventar, criando estratégias diante da vulnerabilidade crescente dos usuários e familiares participantes do PMC. Ao contrário do que ocorreu em outros serviços da rede de saúde, com a redução da sua capacidade de atendimento e adiamento do tratamento de seus usuários, o PMC continuou recebendo rotineiramente via online novos encaminhamentos, efetuando as avaliações e respectivas internações no domicílio. Acolheu novos usuários e reinternou aqueles que já tinham recebido alta anteriormente, por não estarem com o seu direito à saúde assegurado pela atenção básica. Cada pessoa acolhida tem necessidades diferentes e traz consigo uma série de demandas relacionadas não só diretamente a sua doença específica, mas aos determinantes sociais da saúde, que na atual conjuntura estão intimamente conectados com a pandemia, gerando novas demandas.

É importante destacar que o estudo teve algumas limitações no seu desenvolvimento, sendo uma delas em realizar a pesquisa em período pandêmico, o que causou a redução do número de participantes convidados em responder ao formulário. Uma outra limitação foi que a autora teve Covid no período que deveria estar realizando a pesquisa, o que retardou o andamento da pesquisa e em consequência a conclusão do curso.

Ao final, recomenda-se que as equipes do PMC procurem debater e descobrir estratégias que possam proporcionar uma articulação mais efetiva com as demais políticas sociais setoriais, particularmente com a política de assistência social, para o encaminhamento dos usuários que dela necessitarem, para que assim a intersetorialidade possa garantir a integralidade do atendimento ao usuário.

REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: Editora AGE, 2003.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BARRY, J.M. **A grande gripe: a história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020.

BRASIL. **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRASIL. **Decreto nº 27.664 de 30 de dezembro de 1949**. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União de 31/12/1949, Seção 1, p.18060. Brasília, 1949.

BRASIL. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Secretaria Nacional de ações básicas de saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 438 p. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário oficial da União de 26/03/98 Seção I Pág. 106. Brasília, 1998

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

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.1,n. 208, Seção 1. p.44. 2011.

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

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/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. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto Nacional do Seguro Social/Presidência. **Portaria n. 373, de 16 de março de 2020.** Estabelece orientações quanto às medidas protetivas, no âmbito do INSS, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus (COVID 19). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 52, p.26, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-373-de-16-de-marco-de-2020-248328921>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL **Lei n. 13.982, de 2 de abril de 2020.** Atos do Poder Legislativo. Diário Oficial da União: Seção 1 – Extra, Brasília, DF, ano 64, p.1, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.982-de-2-de-abril-de-2020-250915958>. Acesso em: 29 nov. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. IN MOTA, Ana Elizabeth et al (orgs) **Serviço Social e saúde: Formação e trabalho profissional**.4.ed.; São Paulo: Cortez; Brasília. DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** In PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007

CARVALHO, Luís Cláudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro, UFRJ, 2009.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde: Uma Política Social.** In: GIOVANELLA, L. et. al. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. / Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23- 64.

FRIPP, Julieta Carricone. **Projeto: Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar- PIDI.** Universidade Federal de Pelotas, Fundação de Apoio Universitário, Pelotas, 2005.

FRIPP, Julieta Carricone. **Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar.** Universidade Federal de Pelotas, Hospital Escola, Pelotas, 2011.

FROSSARD, Andrea; AGUIAR, Aline Baptista. **Covid-19 e os novos modos de interação na assistência paliativa.** In. FROSSARD, Andrea (Org.) Cuidados Paliativos e Serviço Social: Ressignificando o Cuidar. Novas Edições Acadêmicas, 2020. p.136-150.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Posicionamento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **A evolução da Covid-19 no estado do Rio de Janeiro:** desafios no enfrentamento da crise sanitária e humanitária relacionada à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: http://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u91/relatório_distanciamentosocial.pdf

JESUS, Edivane de; CAMPOS, Sabrina Fermiano. **Previdência Social em Contrarreforma: o desmonte do INSS e os entraves ao acesso da classe trabalhadora na pandemia da Covid-19.** In. TAPAJÓS, L. et al. (Org) *Pandemia, políticas públicas e sociedade*.- 1. ed. - Florianópolis [SC] : Editora Emais, 2021. p. 81-93.

MENDES, Júnior WV. **Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** . 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. >
 Acesso em 12 junho 2021.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019** [Internet]. 2020 [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar. **Nota Técnica Nº 9/2020-CGAHD/DAHU/SAES/MS: Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos serviços de atenção domiciliar (SAD) – programa melhor em casa na pandemia do Coronavírus (COVID-19)** [Internet]. 2020[acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/SADNOTAT%C3%89CNIC-A-N%C2%BA-9_2020-CGAHD_DAHU_SAES-1.pdf

REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira.** Cienc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.10, p..231-242. 2005. Suplemento.

SENADO. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus> > Acesso em 24 de outubro de 2019.

SILVA, Clara Morgana Torres da Rocha. et al. **A privatização do sistema único de saúde via a complementaridade do setor privado ao público.** VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, p. 1-14, 2017. Disponível em: Acesso em: outubro de 2020.

VALOR ECONÔMICO BRASIL. **Notícia – Número de Mortes por Covid19 no Brasil Ultrapassa 206 mil, aponta consórcio de imprensa.** Brasília. 13/01/2021. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/01/13/numero-de-mortes-por-covid-19-no-brasil-se-aproxima-de-206-mil.ghtml>. Acesso em: 14/01/21.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS E FAMILIARES/ CUIDADORES DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

1. A pandemia Covid-19 produziu mudanças que influíram na vida de vocês? Caso sim, quais as que mais influíram no tratamento domiciliar?
2. Com a pandemia Covid 19, o que você considera relevante destacar em relação ao atendimento prestado pelos profissionais do Programa Melhor em Casa?
3. Durante a pandemia Covid-19 houve alguma dificuldade em relação ao tratamento de saúde que você considera que esteja diretamente relacionada à pandemia?
4. Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, você conversou sobre a(s) dificuldade(s) com algum profissional da EMAD ou da EMAP durante a pandemia Covid 19?
5. Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, houve alguma intervenção profissional ou encaminhamento, a fim de buscar uma solução para a situação relatada?
6. Você tem alguma sugestão a fazer para melhorar a qualidade do serviço prestado pelo Programa Melhor em Casa? Caso sim, qual ou quais?
7. O Programa Melhor em Casa viabilizou algum serviço ou benefício específico no período da pandemia, que antes você não necessitava? Qual? Fez alguma diferença para você e sua família receber este serviço ou benefício? Por que?
8. Considerando o atendimento recebido durante a pandemia, o que você pensa que poderá ser suprimido ou mantido após o término da pandemia?

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E DIREITOS
HUMANOS

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
USUÁRIOS DO PROGRAMA MELHOR EMCASA, FAMILIARES OU CUIDADORES

Meu nome é Marcia Inêz Xavier dos Santos, sou mestrande do curso de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas, e estou realizando esta pesquisa intitulada “PROGRAMA MELHOR EM CASA: uma análise a partir dos impactos no período da pandemia Covid 19”, sob orientação da professora Dra. Vini Rabassa da Silva. Gostaria de convidar você para participar do estudo, respondendo a uma entrevista que será registrada por escrito, para que nenhum detalhe importante seja perdido. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui o objetivo de analisar os impactos da pandemia COVID19 na atenção domiciliar realizada pelas equipes multiprofissionais que atuam no Programa Melhor em Casa, no município de Pelotas, considerando a opinião dos/as usuários/as e dos seus familiares ou cuidadores/as. Os riscos dessa pesquisa são mínimos pois serão tomadas todas as medidas para proteger seu anonimato e o sigilo das informações prestadas, sendo criado um código pela própria pesquisadora para sua identificação. Desta forma quando os dados da pesquisa forem apresentados e publicados, a sua identidade será mantida em segredo, não sendo revelada qualquer informação que possa identificar você publicamente. Você tem o direito de se manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos. Sua participação é voluntária, não havendo qualquer penalidade ou interferência quanto ao atendimento prestado pelo Serviço de Atenção Domiciliar, caso não queira participar deste estudo. Também não haverá qualquer tipo de despesas pessoais ou compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. É garantida a liberdade de retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você, para tanto entre em contato comigo (endereço: Rua Manoel Ferraz Viana nº 180- Bairro Areal/Pelotas- RS), e-mail: (marcia.inez@ebserh.gov.br), pelo meu telefone celular: (53) 984636226 ou pelos telefones do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Escola (32844988- 32844989). Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com o(a) pesquisador(a). Você aceita participar? Eu aceito.

Assinatura do (a) participante/responsável

Assinatura da pesquisadora

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO 1: Folder de divulgação da Campanha "A solidariedade salva vidas", ocorrida no ano de 2019, quando deflagrou a Pandemia Covid-19.

O SERVIÇO SOCIAL E PSICOLOGIA DA
ATENÇÃO DOMICILIAR DO HE UFPEL
EBSERH ESTÃO PROMOVENDO UMA
CAMPANHA PRA ARRECADAÇÃO DE

ALIMENTOS E FRALDAS

QUE SERÃO DOADOS AOS
PACIENTES E FAMILIARES POR ELES
ATENDIDOS

QUER AJUDAR?

**Sua doação pode ser
entregue diretamente na
Rua Voluntários da Pátria
1523, no turno da manhã,
mas se não puder ir até lá,
ligue para (53)32844988!**

A solidariedade salva vidas!

ANEXO 2: Folder da “Ação Solidária pelo direito à alimentação”, que está vigente.

Ação Solidária
pelo direito à alimentação

Estamos arrecadando **alimentos** para as famílias dos **pacientes assistidos** pelos programas **PIDI e Melhor em Casa**, em situação de vulnerabilidade social.

Participe conosco deixando sua doação de **alimentos não perecíveis** nas portarias do Hospital Escola UFPel ou do Bloco 3 do HE UFPel

 **Hospital Escola UFPel**
Rua Professor Araújo, 538 - Centro

Bloco 3 do Hospital Escola UFPel
Av. Almirante Guilhobel, 221- Fragata 