



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

MESTRADO ACADÊMICO



NATÁLIA ROMANA GOMES DA SILVA

**SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES E DOS IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR: Programa Melhor em Casa**

Recife

2020

NATÁLIA ROMANA GOMES DA SILVA

**SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES E DOS IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR: Programa Melhor em Casa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia

Linha de pesquisa: Envelhecimento e Saúde

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientadora: Dra. Vanessa de Lima Silva

Recife

2020

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586s Silva, Natália Romana Gomes da.
Satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de
atenção domiciliar: programa melhor em casa / Natália Romana Gomes
da Silva. – 2020.
99 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Idosos. 2. Serviços de assistência domiciliar. 3. Satisfação do
paciente. I. Moreira, Rafael da Silveira (Orientador). II. Título.

610 CDD (20.ed.) UFPE (CCS 2020-142)

NATÁLIA ROMANA GOMES DA SILVA

**SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES E DOS IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR: Programa Melhor em Casa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em gerontologia.

Aprovada em: 11/03/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano (Membro Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr Douglas Monteiro da Silva (Membro Titular Externo)
Universidade Maurício de Nassau

Prof^a Dr^a Anna Karla de Oliveira Tito Borba (Membro Suplente Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Fábria Maria de Lima (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

Recife
2020

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, causa primária de todas as coisas, pela permissão de vivenciar mais esse momento de aprendizagem e conhecimento.

Aos meus pais, **Michele Soares e Carlos Gomes**, por todo amor, carinho, cuidado e apoio que sempre me deram. Por me ensinarem que o melhor caminho a seguir é o do estudo, onde eu teria minhas maiores conquistas. Por sempre compreender e incentivar minhas escolhas e meus caminhos de vida. Sou extremamente grata por tudo que fizeram por mim, até mesmo quando as possibilidades eram poucas.

À minha irmã, **Maria Eduarda Gomes**, por suportar em tantos momentos meus estresses, meu humor não agradável, por ouvir minhas queixas e meus problemas. Por ser um exemplo de dedicação naquilo que faz. Por todo carinho e amor que tem por mim, e por demonstrar isto sempre.

Ao meu namorado, **Rafael Dornelas**, por ter sido meu suporte, meu ouvinte, meu professor de inglês para prova da seleção, meu segundo leitor e revisor da revisão sistemática, por todo apoio e carinho, pelo incentivo e parceria de sempre, por querer me ver crescer e está sempre ao meu lado em todas as minhas decisões.

Ao meu orientador, **Rafael da Silveira**, por aceitar construir este trabalho ao meu lado, por entender minha escolha de tema e se disponibilizar a produzir junto comigo. Por me possibilitar a realização do estágio docência, onde obtive muito aprendizado. E por me possibilitar a entrada em outros projetos que vão me fazer somar conhecimento na minha vida acadêmica.

À minha coorientadora, **Vanessa de Lima**, por todo suporte durante a trajetória, principalmente no primeiro ano de mestrado, na construção da revisão sistemática de literatura. Por sua doçura e suas colocações nas reuniões, e por sua disciplina e entusiasmo, que foram tão importantes durante o processo de construção.

Aos meu queridos colegas e amigos de turma 5 da PPGERO, por fazerem a nossa rotina se tornar mais leve. Pelo apoio, pela união e por se importarem com o bem-estar do outro. Em especial à **Marcelo Tavares**, grande amigo de outras jornadas, e que esteve comigo em todo percurso, alegrando meus dias. À **Renata Vinhal, Juliana Cordeiro e Amanda Santiago**, amigas que fizeram diferença na caminhada e que dividiram os problemas da jornada.

À toda equipe, secretaria, coordenação, docentes, serviços gerais, que fazem com que o mestrado em gerontologia da UFPE continue seguindo adiante. E por se fazerem presentes em todos os momentos em que houve necessidade.

Muito obrigada a todos!

Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tão pouco a sociedade muda (FREIRE, 2000, p.67).

RESUMO

A atenção domiciliar surge como uma ferramenta de mudança e adequação do cuidado frente a população de idosos, que cresce de forma acelerada devido as transições demográfica e epidemiológica no país. Neste contexto, a pesquisa objetivou avaliar a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa e seus fatores associados. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, baseado em dados secundários originados na pesquisa nacional da Ouvidoria Geral do SUS. Foram entrevistados através de um questionário 5.595 cuidadores e 950 idosos. Quatro perguntas relacionadas a satisfação foram unidas para formulação da variável dependente por meio da Análise de Classes Latentes e 13 perguntas foram utilizadas como variáveis independentes. Mostraram-se satisfeitos com o serviço, 93,7% dos idosos e 90,2% dos cuidadores. E após a análise multivariada, as variáveis que apresentaram associação com a satisfação foram: também serem acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família (Idoso: OR=4,22; p=0,014), o menor tempo entre o encaminhamento e a primeira visita (Idoso:OR=10,20; p=0,006), (Cuidador:OR=5,84; p<0,001), a realização de exames quando havia solicitação médica (Idoso:OR=5,74; p=0,037), (Cuidador:OR=7,41; p<0,001), realização de consulta com especialista (Cuidador:OR=6,02; p<0,001), ter visitas fora do horário agendado quando fosse necessário (Idoso:OR=8,09; p=0,014), (Cuidador:OR=1,81; p=0,015) e compreender as orientações que eram passadas pela equipe do programa (Cuidador:OR=10,61; p<0,001). Portanto, a maioria dos idosos e dos cuidadores estavam satisfeitos com o programa. E mostra-se que as características relacionadas ao programa influenciaram na satisfação, o mesmo não ocorreu com as características socioeconômicas e demográficas.

Palavras-Chave: Idosos. Serviços de assistência domiciliar. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Home care emerges as a tool for changing and adapting care to the elderly population, which is growing rapidly due to demographic and epidemiological transitions in the country. In this context, the research aimed to assess the satisfaction of caregivers and elderly users of the home care service through the Best at Home Program and its associated factors. This is a quantitative, cross-sectional study, based on secondary data from the national survey of the Ombudsman's Office of SUS. 5.595 caregivers and 950 elderly people were interviewed using a questionnaire. Four questions related to satisfaction were combined to formulate the dependent variable through Latent Class Analysis and 13 questions were used as independent variables. 93.7% of the elderly and 90.2% of the caregivers were satisfied with the service. And after the multivariate analysis, the variables that were associated with satisfaction were: also being accompanied by a Family Health Team (Elderly: OR = 4.22; p = 0.014), the shortest time between referral and the first visit (Elderly: OR = 10.20; p = 0.006), (Caregiver: OR = 5.84; p <0.001), the performance of tests when there was a medical request (Elderly: OR = 5.74; p = 0.037), (Caregiver: OR = 7.41; p <0.001), consultation with a specialist (Caregiver: OR = 6.02; p <0.001), having visits outside scheduled times when necessary (Elderly: OR = 8.09 ; p = 0.014), (Caregiver: OR = 1.81; p = 0.015) and understand the guidelines that were given by the program team (Caregiver: OR = 10.61; p <0.001). Therefore, the majority of the elderly and caregivers were satisfied with the program. And it is shown that the characteristics related to the program influenced satisfaction, the same did not happen with socioeconomic and demographic characteristics.

Keywords: Aged. Home care service. Patient satisfaction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Fluxograma apresentando a formação da população do estudo.....	37
Quadro 1-	Perguntas e respostas do questionário da pesquisa da Ouvidoria Geral do SUS, que foram utilizadas na análise de classes latentes, para satisfação de cuidadores e idosos usuários do PMC.....	40
Quadro 2-	Variáveis independentes, pertencer aos cuidadores e/ou aos idosos, suas respectivas perguntas no questionário e unidades de análise.....	41
Quadro 3-	Perguntas e padrão de respostas de acordo com a classe latente, de idosos e cuidadores.....	52
Gráfico 1-	Frequência relativa da distribuição de idosos nas regiões do Brasil, segundo Datasus em 2019 e da população de idosos e cuidadores atendidos pelo PMC.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos da população de idosos.....	45
Tabela 2-	Análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos da população de cuidadores.....	46
Tabela 3-	Análise descritiva dos dados relacionados ao PMC da população de idosos.....	47
Tabela 4-	Análise descritiva dos dados relacionados ao PMC da população de cuidadores.....	48
Tabela 5-	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados para a satisfação dos idosos.....	50
Tabela 6-	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados para a satisfação dos cuidadores.....	50
Tabela 7-	Frequências absolutas e relativas das classes e seus respectivos nomes na população de idosos.....	51
Tabela 8-	Frequências absolutas e relativas das classes e seus respectivos nomes na população de cuidadores.....	52
Tabela 9-	Associação e prevalências da satisfação dos idosos com os fatores socioeconômicos e demográficos.....	53
Tabela 10-	Associação e prevalências da satisfação dos idosos com os fatores relacionados ao PMC.....	53
Tabela 11-	Associação e prevalências da satisfação dos cuidadores com os fatores socioeconômicos e demográficos.....	55
Tabela 12-	Associação e prevalências da satisfação dos cuidadores com os fatores socioeconômicos e demográficos.....	56
Tabela 13-	Resultados das análises univariadas para a satisfação dos idosos (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.....	59
Tabela 14-	Resultados das análises multivariadas para a satisfação dos idosos (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.....	61

Tabela 15-	Resultados das análises univariadas para a satisfação dos cuidadores (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.....	63
Tabela 16-	Resultados das análises multivariadas para a satisfação dos cuidadores (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACL	Análises de Classes Latentes
AD	Atenção Domiciliar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
Dnasus	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DOGES	Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
LCA	<i>Latent Class Analysis</i>
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NUPE	Núcleo de Pesquisa
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PMC	Programa Melhor em Casa
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretária de Atenção à Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	20
2.2	ATENÇÃO DOMICILIAR.....	22
2.2.1	MODALIDADES DA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	24
2.2.2	PROGRAMA MELHOR EM CASA.....	25
2.3	O PAPEL DO CUIDADOR NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	27
2.4	AValiação EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	30
2.4.1	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO/PACIENTE.....	32
3	PERGUNTA CONDUTORA.....	34
4	OBJETIVOS.....	35
4.1	GERAL.....	35
4.2	ESPECÍFICOS.....	35
5	MÉTODOS.....	36
5.1	TIPO DO ESTUDO.....	36
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
5.4	COLETA DE DADOS.....	37
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	39
5.5.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	39
5.5.2	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	39
5.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	39
5.6.1	VARIÁVEL DEPENDENTE.....	39
5.6.2	VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	40
5.7	ANÁLISE DE DADOS.....	43
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
6.	RESULTADOS.....	45
7.	DISCUSSÃO.....	69
8.	CONCLUSÃO.....	77
	REFERÊNCIAS.....	78

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DO RELATÓRIO MELHOR EM CASA ETAPA III.....	87
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	96

1 INTRODUÇÃO

A população idosa cresce vertiginosamente no país, que adota o conceito de idoso da Organização Mundial de Saúde, como indivíduo com 60 anos ou mais de idade. Em 1920, a expectativa de vida era de 35,2 anos de idade e os idosos representavam 4% da população do país. Os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2019, mostram que a expectativa de vida do brasileiro é de 76,3 anos de idade e os idosos representam 9,2% da população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; IBGE, 2018; IBGE, 2019).

Esse crescimento acelerado da população idosa ocorre devido alguns fatores, dentre eles, a transição demográfica, que significa a passagem de um regime demográfico de alta natalidade e mortalidade, para outro, com baixa natalidade e mortalidade (LEBRÃO, 2007). E a transição epidemiológica, caracterizada por uma mudança nos padrões de mortalidade e adoecimento da população, sendo as doenças infectocontagiosas substituídas por doenças crônicas não transmissíveis (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015).

Devido estas alterações que ocorrem no país, que tiveram como consequência o envelhecimento populacional, tornou-se necessário a realização de políticas públicas e de saúde que atendam adequadamente a demanda da população de idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). A atenção domiciliar, surge no Brasil, como uma das ferramentas de mudança e adequação do cuidado frente a estas alterações.

A atenção domiciliar teve sua primeira experiência no Brasil com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), no ano de 1949 (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). Porém, foi iniciada de forma organizada, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com o objetivo de reduzir o número de leitos ocupados por doentes crônicos estáveis, no hospital que estava com lotação máxima (BRASIL, 2013a).

A atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (BRASIL, 2013a). Em 2016, a portaria de número 828 de 25 de Abril, incluiu os cuidados paliativos na atenção domiciliar (BRASIL, 2016).

Dentro da perspectiva da atenção domiciliar, no dia 8 de Novembro de 2011, foi lançado pelo governo federal o Programa Melhor em Casa (PMC), que é indicado para indivíduos que apresentem dificuldades definitivas ou temporárias de sair de seu domicílio para chegar até o local de atendimento, ou ainda para indivíduos que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para seu tratamento (BRASIL, 2013c).

Os atendimentos prestados, pelo programa aos pacientes, são realizados pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social) e pela equipe multiprofissional de apoio (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional) (BRASIL, 2011a). As equipes realizam visitas regulares aos pacientes e têm a frequência definida conforme as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2013b).

Os idosos indicados ao PMC já apresentam algum tipo de patologia e/ou limitações e tendo em vista que com o avanço da idade os indivíduos podem debilitar-se gradativamente devido às alterações fisiológicas e cognitivas, limitando as suas funções e podendo ocasionar a dependência funcional, torna-se necessário a presença de um cuidador responsável identificado (MARIN; CAETANO; PALASSON, 2001; BRASIL, 2016).

Cuidador, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), é definido como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos”. É o indivíduo que presta cuidados à outra pessoa que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).

Os cuidadores podem ser classificados em: Primários, aqueles que assumem a maior parte dos cuidados. Secundários, aqueles que complementam o auxílio e geralmente não estão relacionados aos cuidados e decisões principais. Formais, aqueles profissionais remunerados, contratados e capacitados para exercer a função. E os informais, aqueles que fazem parte da comunidade ou da família e que prestam os cuidados à pessoas dependentes (CASSALES; SCHROEDER, 2012; FIGUEIREDO, 2007; SOUZA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2006).

No que tange a atenção domiciliar, o cuidador torna-se o elo entre a equipe e o paciente. Sendo ele o principal responsável pelo recebimento das informações disponibilizadas pela equipe de saúde, pela execução das orientações ofertadas e pelo cuidado ao paciente idoso. Por outro lado as equipes também ficam responsáveis pelos cuidadores, facilitando o processo do cuidar e ofertando apoio as suas demandas (BRASIL, 2016). Portanto o cuidador torna-se usuário da atenção domiciliar concomitantemente ao paciente.

Como uma estratégia disponibilizada pelo governo federal e vinculada ao Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa, traz consigo a necessidade de avaliação do serviço prestado, uma vez que, essa etapa tornou-se parte fundamental do planejamento e gestão do sistema de saúde no Brasil, e tem como objetivo reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades da população, racionalizando o uso dos seus recursos (ANVISA, 2004).

Donabedian, autor citado na maioria dos estudos de avaliação em serviços de saúde, formulou uma metodologia para desenvolver o escopo do estudo, conhecida como a tríade de Donabedian. É composta por três dimensões: estrutura, processo e resultado. Dentre estas, a que vem ganhando maior evidência é o “resultado”, pois ele mostra e retrata os produtos das ações, ou seja, demonstra por indicadores e pela satisfação do paciente, se os objetivos estão sendo alcançados (DONABEDIAN, 1988; VUORI, 1991; VIERIA-DA-SILVA, 2005).

No Brasil como recurso de avaliação, foi criado em 2010, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que tem como objetivo avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Ao longo dos anos através de decretos, normas e leis a avaliação dos serviços públicos de saúde foram ganhando força e destaque para verificação da qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários (RIOS; MENDES, 2016).

A avaliação da satisfação do usuário faz parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Além disso, o protagonismo dos usuários nesse processo torna-os avaliadores reais, amplia seus direitos como cidadãos e os envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado

à saúde, podendo influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Atualmente, as pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos (Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017) (ESPERIDIÃO; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Sendo assim , o objetivo desse estudo é avaliar a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa e seus fatores associados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A população idosa cresce aceleradamente no país, que adota o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define o idoso a partir da idade cronológica, como indivíduo com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Em 1920, a esperança de vida era de 35,2 anos e os idosos representavam 4% da população mundial do país (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). No ano de 2019, a expectativa de vida do brasileiro, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 76,3 anos de idade e os idosos representam 9,2% da população. Nota-se assim, um aumento de 40,6 anos na expectativa de vida do brasileiro entre os anos de 1920 e 2018. E espera-se que no ano de 2060 o número de idosos no Brasil chegue a 58,2 milhões, representando 25,5% da população (IBGE, 2018; IBGE, 2019).

Existem alguns fatores que influenciam o crescimento vertiginoso da população idosa no país. Entre eles, a transição demográfica, que significa a passagem de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, com baixa natalidade e baixa mortalidade (LEBRÃO, 2007).

Essas mudanças alteram a composição etária de um país, que é o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos, repercutindo em modificações nas pirâmides etárias, que passam de uma forma piramidal, com base larga, paredes inclinadas e ápice pontiagudo, para uma pirâmide em forma de “barril” (LEBRÃO, 2007; OMS, 2005).

Embora o envelhecimento da população brasileira já pudesse ser previsto no início do século XX, pela queda da mortalidade, só por volta de 1950 é que esse fenômeno se estabeleceu realmente, com o grande declínio da fecundidade, que passou de 6,2 filhos por mulher em 1940 para 2,3 em 2000 e para 1,77 em 2018 (LEBRÃO, 2007; IBGE, 2018).

Com o crescimento do número de idosos em relação à população jovem, estima-se a inversão da relação entre jovens e idosos, com 153 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). O crescimento relativo desses dois segmentos é o que mais impacta no envelhecimento populacional. Na medida que a

população com 60 anos ou mais de idade cresce mais rapidamente que a população abaixo de 60 anos de idade é que a população geral do país envelhece (LEBRÃO, 2007).

Ao mesmo tempo que acontecem essas mudanças demográficas ocorrem outras mudanças no comportamento da mortalidade e morbidade da população, explicadas por meio da teoria da transição epidemiológica, que também é um fator de influência para o envelhecimento populacional. Ela enfoca a complexa mudança nos padrões de saúde e doença e as interações entre esses padrões, seus determinantes e suas consequências demográficas, econômicas e sociológicas (MILBANK; OMRAN, 2005).

Existe uma prolongada e gradativa mudança nos padrões de mortalidade e adoecimento, sendo as doenças infecciosas substituídas por doenças crônicas não transmissíveis e agravos produzidos pelo homem (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015). As doenças cardiovasculares, as neoplásicas, as respiratórias e as do sistema nervoso central são as principais causas de óbitos entre os idosos no Brasil, o que reforça a teoria das modificações epidemiológicas (CABRERA; ANDRADE; WAJNGARTEN, 2007).

Alguns autores usam o termo “transição da saúde”, pois relatam que estão envolvidos dois aspectos básicos da saúde nas populações humanas. De um lado está a transição das condições da saúde e por outro lado está a resposta social organizada a essas condições, que se operacionaliza por meio do sistema de atenção á saúde (FREK *et al.*, 1991).

Comparando-se todas essas mudanças e transições que ocasionam o envelhecimento populacional brasileiro com as que acontecem em países desenvolvidos, pode-se observar que a velocidade que se processam essas modificações é muito maior no Brasil. Além disso, nos países desenvolvidos, essas alterações, ocorreram muito depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos da desigualdades (VERAS, 2007; IBGE, 2007; PALLONI; PINTO-AGUIRRE; PELÁEZ, 2002).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade. Esse cenário conduz o país a discutir o envelhecimento na tentativa de compreender não apenas os fatores desencadeantes e sim de planejar-se para o futuro. Dessa forma, fica cada vez mais evidente a necessidade urgente da realização

de políticas públicas adequadas às necessidades de cuidado dos idosos do país (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; DANTAS; JUNIOR; MEDEIROS; SOUZA, 2017).

Uma rede de assistência qualificada de forma adequada e que possa contemplar, além da construção e manutenção de unidades de saúde, de profissionais suficientemente preparados para trabalhar com as demandas desses idosos, e por fim do alcance de um impacto positivo na qualidade de vida dos mesmo. Com isso, acredita-se que a atenção domiciliar surge como uma importante iniciativa a ser consolidada como estratégia de cuidado frente a população de idosos (DANTAS; JUNIOR; MEDEIROS; SOUZA, 2017).

2.2 ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar propriamente dita surgiu como extensão do hospital, em 1947 nos Estados Unidos para descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente. A partir de então, essas experiências multiplicaram-se na América do Norte e na Europa (REHEM; TRAD, 2005).

Entretanto, a utilização do domicílio como ambiente de cuidado à saúde elevou-se no mundo devido às transições demográficas e epidemiológicas que ocasionaram o envelhecimento populacional, no qual as demandas por melhor qualidade de atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas e na formulação de novas estratégias e mecanismos para cuidado em saúde (BRASIL, 2014; SILVA, *et al.*, 2010).

No Brasil, a primeira experiência de atendimento domiciliar foi com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), no ano de 1949 (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000). Porém a atenção domiciliar foi iniciada de forma organizada, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. O objetivo da criação do serviço, foi reduzir o número de leitos ocupados por doentes crônicos estáveis no hospital que estava com lotação máxima (BRASIL, 2013a).

Desde então, leis e portarias estão sendo desenvolvidas para regulamentar o serviço de atenção domiciliar no Brasil (TAVOLARI ; FERNANDES; MEDINA, 2000). A Portaria número 963 de 27 de Maio de 2013, cujo objetivo foi redefinir a atenção

domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera a atenção domiciliar como:

[...] nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Esse conceito de atenção domiciliar envolve elementos importantes para sua execução. Como modalidade substitutiva ou complementar, podendo tanto substituir o cuidado ofertado em outro ponto de apoio da Rede de Atenção à Saúde, como complementar um cuidado que já foi iniciado em outro ponto (MERHY; FEUERWERKER, 2008). Outro elemento são as ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, com elas o cuidado não fica focado apenas na assistência, ele torna-se abrangente e envolve estratégias de educação em saúde, dando autonomia aos familiares, cuidadores e ao próprio paciente (TAVALORI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Os outros elementos citados no conceito são a continuidade no cuidado e a integração às Redes de Atenção à Saúde, colocando os usuários e suas necessidades no centro da atenção, ofertando cuidado sem rupturas e oferecendo ligações com outros pontos de atenção (TAVALORI ; FERNANDES; MEDINA, 2000).

A portaria mais recente a respeito da atenção domiciliar, número 825 de 25 de Abril de 2016, que teve como objetivo redefinir a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualizar as equipes habilitadas, traz uma versão atualizada e diferente do conceito de atenção domiciliar.

Modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Quatro pilares sustentam e se beneficiam com a atenção domiciliar: pacientes e seus familiares, os médicos, os financiadores de saúde e os hospitais. Entre as vantagens, destacam-se: os pacientes estão em seu ambiente familiar; não têm sua rotina interrompida; podem acordar os melhores horários para os atendimentos; os pacientes e familiares conseguem, muitas vezes, um melhor contato com o médico; recebem informações mais detalhadas a respeito da doença e tratamento em linguagem mais

acessível; para o médico, melhora sua percepção à respeito do paciente; para os financiadores, a redução dos custos em saúde; e para os hospitais, aumentam a rotatividade de leitos (BRASIL, 2013a).

2.2.1 MODALIDADES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

No Sistema Único de Saúde as possibilidades de inserção na atenção domiciliar são diferentes e variam de acordo com as necessidades dos pacientes e agravos (BRASIL, 2014). A Atenção domiciliar é organizada em três modalidades: atenção domiciliar tipo 1 (AD1); atenção domiciliar tipo 2 (AD2); atenção domiciliar tipo 3 (AD3) (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

Nas três modalidades de atenção domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

Trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde; identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar; elaborar reuniões para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários; participar da educação permanente promovida pelos gestores; assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a).

A modalidade tipo 1 é de responsabilidade da atenção básica, através das visitas em domicílio, realizadas pelo menos uma vez ao mês.

Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica (BRASIL, 2013a).

A modalidade tipo 2 e tipo 3, são de responsabilidade do Programa Melhor em Casa e destinam-se aos usuários que apresentam problemas de saúde e dificuldades ou impossibilidade física de transferência até uma unidade de cuidado, precisam de uma

maior frequência de atendimentos, recursos de saúde e acompanhamento contínuo da equipe. Na modalidade tipo 3 além de todos esses cuidados os pacientes também necessitam de equipamentos para estabilização de seu quadro clínico (BRASIL, 2013a).

2.2.2 PROGRAMA MELHOR EM CASA

O Programa Melhor em Casa (PMC), foi lançado pelo governo federal em 8 de Novembro de 2011 e é um serviço indicado para indivíduos que apresentem dificuldades definitivas ou temporárias de sair de seu domicílio para chegar até o local de atendimento, ou ainda para indivíduos que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para seu tratamento (BRASIL, 2013c).

O PMC faz parte da atenção domiciliar, que surgiu devido a demanda por melhorias na qualidade de atenção e por cuidado integral à saúde. Além do envelhecimento da população associada a transição epidemiológica que vem acontecendo no Brasil, têm fortalecido estratégias, mecanismos e práticas inovadoras de cuidado em saúde, com destaque para o surgimento de formas de cuidar próximas ao domicílio (MALTA; MERHY, 2010).

O ambiente domiciliar e as relações familiares instituídas, que são diferentes da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, apresentam uma tendência de humanizar o cuidado. Colocando o paciente como sujeito ativo, no centro da atenção (BRASIL, 2011a).

A casa, muitas vezes, traz a possibilidade de um novo ambiente de cuidado, que pode levar a uma proximidade e identificação do cuidador que vai além da função técnica e da instituição hospitalar. Possibilitando assim, um maior número de opções na produção do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário (FEUERWERKER; MERHY, 2008; CARVALHO, 2009).

Os Serviços de atenção domiciliar do PCM compõem a Rede de Atenção à Saúde e devem estar integrados mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso, e mecanismos de regulação, em uma relação solidária e complementar (BRASIL, 2013c).

Os atendimentos prestados aos pacientes são realizados pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e pela equipe multiprofissional de apoio (EMAP). A EMAD é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. Já a EMAP pode ser constituída por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2011a)

Cada EMAD é responsável por uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local da residência do usuário e poderá estar destinada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde, devendo estar vinculada administrativamente ao serviço de assistência domiciliar. Para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar, quando clinicamente indicadas, será designada uma EMAP (BRASIL, 2013b).

As equipes do PMC são contratadas por estados e municípios, o cuidado é prestado no formato horizontal (diarista), de segunda-feira a sexta-feira, com jornada de 12 horas por dia de funcionamento. E também garantem o cuidado à saúde nos finais de semana e feriados. As equipes realizam visitas regulares aos pacientes e têm a frequência definida conforme as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2013b).

Para aderir ao PMC é necessário que o município tenha população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes. Essa população mínima pode ser atingida por um município isoladamente, ou por agrupamento. Neste último caso deve haver pactuação prévia da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR). Também deve possuir um hospital de referência no município ou região a qual integra e cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2013d).

Com relação aos investimentos, o Ministério da Saúde repassa, por mês 50.000 (cinquenta mil) reais para o custeio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo 1 (EMAD 1), R\$ 34 mil para o custeio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar Tipo 2 (EMAD 2) e R\$ 6 mil 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, 2013b).

O Ministério da Saúde relata alguns benefícios trazidos pelo PMC:

Melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família; Estudos apontam que o bem estar, carinho e atenção familiar, aliados à adequada assistência em saúde são elementos importantes para a recuperação de doenças; Pacientes submetidos a cirurgias e que necessitam de recuperação, quando atendidos em casa apresentam redução dos riscos de contaminação e infecção; Melhor em Casa representa um avanço para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que ajudará a desocupar os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais (BRASIL, 2013c).

Tendo em vista o perfil do paciente que a atenção domiciliar oferece suporte, torna-se de grande relevância a presença de um cuidador, definido como pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para ajudar o usuário em suas necessidades e atividades cotidianas de maneira formal ou informal. De tal modo que a participação ativa da família e dos profissionais junto ao cuidador, sujeito do processo de cuidar são fundamentais na manutenção da AD (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012).

2.3 O PAPEL DO CUIDADOR NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Com o avanço da idade os indivíduos podem debilitar-se gradativamente devido às alterações fisiológicas e cognitivas, limitando as funções do organismo. Isto faz com que se tornem predispostos à depender de outra pessoa para realizar o seu autocuidado (MARIN; CAETANO; PALASSON, 2001).

As pessoas estão envelhecendo e mesmo com todo o arcabouço de informações sobre a melhor maneira de manter a saúde por mais tempo ou a qualidade de vida, chega o momento em que serão necessários cuidados realizados por outras pessoas, as quais, em grande parte das culturas, são familiares ou amigos (POZZOLI; CECÍLIO, 2017).

Tornar-se cuidador é um processo que ocorre gradual ou repentinamente, de acordo com a patologia do dependente e, geralmente, obedece a alguns fatores como parentesco (frequência maior para cônjuges), gênero (predominância para mulheres), proximidade física (considerando-se quem vive com a pessoa) e proximidade afetiva

(maior destaque para as relações conjugais e entre pais e filhos) (MENDES, 2002; PAVARINI *et al.*, 2006).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o cuidador é definido como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É o indivíduo que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais (BRASIL, 2008).

Podem ser classificados em cuidador formal, pessoa com treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida para a atividade do cuidar e que recebe remuneração para a atividade; cuidador informal, pessoa da família ou próxima do idoso, como um vizinho ou amigo que presta os cuidados, sem que haja qualquer tipo de contrato e pagamento para o fim de cuidar; cuidador primário, responsável pela prestação integral dos cuidados; cuidador secundário, presta um apoio ocasional ou regular, mas que proporcionam menos tarefas que os primários (DINIZ *et al.*, 2018; SOUZA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2006).

Os cuidadores ficam responsáveis pela execução de algumas atividades com os idosos, variando de acordo com suas necessidades, como por exemplo: as atividades básicas de vida diária que envolvem ações como alimentar, vestir, banhar, mobilizar, deambular, bem como as atividades instrumentais de vida diária, ou seja, aquelas relacionadas à capacidade da pessoa levar uma vida independente na comunidade (realizar compras, administrar medicações, administrar finanças, utilizar transporte, entre outras) (MASCARENHAS; BARROSII, 2009).

Por suas dependências, limitações, diminuição da capacidade física ou cognitiva, os idosos demandarão de cuidados domiciliares e adaptações no cotidiano de suas famílias (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Nesta condição, o cuidador torna-se o elo entre a equipe de saúde e a pessoa cuidada, realizando tarefas e cuidados recomendados pela equipe diariamente, além de ser aquele que frequentemente buscará o serviço por informações que podem melhorar o atendimento prestado (RAFACHO; OLIVER, 2010).

No que se refere à atenção domiciliar no Brasil, o Programa Melhor em Casa entende como cuidador a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para

auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

As equipes da atenção domiciliar terão responsabilidades com os cuidadores, dentre eles: identificar, orientar e capacitar os cuidadores do idoso em atendimento, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-os como sujeitos do processo; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; e promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares (BRASIL, 2016). As atribuições dos cuidadores devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades (BRASIL, 2008).

O cuidador assume, portanto, responsabilidades de cuidados no domicílio em que seriam realizados pela equipe de saúde se a pessoa doente dependente de cuidado de longo prazo estivesse internada no hospital. Dessa forma, a atenção domiciliar como modelo assistencial possibilita que o cuidado seja realizado em espaço conhecido, com significado afetivo para a pessoa doente e que, minimamente, preserva certa autonomia do doente (LACERDA, 2010).

Para alguns cuidadores, o cuidar está relacionado ao prazer, a satisfação, ao se doar ao outro, é visto como algo gratificante. Embora, nos cuidados cotidianos à pacientes crônicos essa tarefa pode acarretar consequências negativas aos cuidadores, familiares e até mesmo ao paciente. A atividade do cuidar pode gerar uma sobrecarga física e psicológica trazendo efeitos negativos na vida do cuidador, tal como os problemas de saúde mental, o isolamento social, os sintomas de depressão e ansiedade (AIRES *et al.*, 2012; BOCHI, 2004). Diante desse quadro, o cuidador precisa também ser alvo de atenção das equipes da atenção domiciliar, auxiliando-o na melhoria do cuidado, com orientações, educação continuada e compreensão de suas necessidades. Sendo assim, o cuidador torna-se usuário junto ao idoso sobre o qual tem responsabilidade nos cuidados domiciliares (KARSCH, 2003; BRASIL, 2012) .

Considerando que o planejamento é uma ferramenta importante para a atenção domiciliar, faz-se necessário o levantamento de informações relevantes tais como:

qualidade do atendimento, resolubilidade da assistência, número de pessoas assistidas por equipe de saúde, satisfação do usuário, desempenho da equipe, entre outras. Dados esses que podem ser adquiridos através de sistemas de avaliação em serviços de saúde (BRASIL, 2012).

2.4 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Sabe-se que a avaliação constitui-se como uma atividade muito antiga existente desde os primórdios da história da humanidade (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). A busca para solucionar os problemas sociais e com o aumento e a complexidade dos desafios que vêm sendo impostos à sociedade, trouxe a temática da avaliação à tona e ocasionou uma multiplicidade de conceitos e metodologias de realização. Já o conceito de avaliação de programas públicos surge no cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da melhoria da eficácia da aplicação de recursos pelo Estado (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Segundo Patton (1997), avaliação corresponde à:

[...] coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e produtos dos programas para fazer julgamentos sobre o mesmo, melhorar a efetividade do mesmo e ou informar decisões sobre futuras programações.

Já o autor Contandriopoulos (2000), coloca a avaliação como julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer de seus componentes com o objetivo de auxiliar nas tomadas de decisões.

Worthen, Sanders e Fitzpatric (2004) conceituam avaliação como sendo a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação e enfatiza que seu uso tem aplicação geral, uma vez que possui como objetivos fornecer informações para tomada de decisões relativa a programas e direcionar melhorias na capacidade organizacional das instituições.

Akerman, Mendes e Borges (2004), afirmam que “avaliar é produzir um juízo de valor ou mérito para alguma ação humana sobre o ambiente social. Utiliza-se para tal intento um conjunto de procedimentos metodológicos”.

A dificuldade em se definir com precisão o que é avaliação se mostra através do desenvolvimento histórico do seu processo e da caracterização de suas diferentes fases. O autor mais citado e que apresenta sua definição, como a mais difundida, é Donabedian.

Em 1980b ele colocou que avaliar a qualidade em serviços de saúde tem como objetivo detectar e corrigir precocemente desvios dos padrões. E com o intuito de desenvolver esse escopo ele formulou uma metodologia conhecida como a tríade de Donabedian.

A tríade é composta por três dimensões: Estrutura, processo e resultado. Estrutura, refere-se aos recursos disponíveis indispensáveis para a realização da assistência; Processo, diz respeito a natureza e à sequência das ações de assistência desenvolvidas entre os profissionais e pacientes; e o Resultado, representa o produto final, ou seja, as consequências do cuidado na saúde do paciente ou população que podem ser avaliadas e que indicam mudança (DONABEDIAN, 1988).

Dentre essas três dimensões colocadas por Donabedian, a que vem ganhando maior evidência é o “resultado”, pois ele mostra e retrata os produtos das ações, ou seja, demonstra por indicadores e pela satisfação do paciente, se os objetivos de curar, restaurar, promover ou aliviar foram alcançados (VUORI, 1991; VIERIA-DA-SILVA, 2005).

No que diz respeito as avaliações dos serviços de saúde no Brasil, a lei orgânica de saúde 8080 de 1990, em seus itens primeiro e terceiro, estabelece além de outros, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde.

A avaliação tornou-se parte fundamental do planejamento e gestão do sistema de saúde no Brasil. Tendo como objetivo reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades da população, racionalizando o uso dos seus recursos (ANVISA, 2004).

Desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1998, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), foi implantado com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários (ANVISA, 2004).

Com o objetivo de ampliar o escopo da PNASH, para possibilitar a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas –DRAC/SAS/MS, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Departamento Nacional de Auditoria do

SUS (DENASUS), no ano de 2010 criaram o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) (BRASIL, 2015).

O objetivo do PNASS é avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015).

Ao longo dos anos através de decretos, normas e leis a avaliação dos serviços públicos de saúde foram ganhando força e destaque para verificação da qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos usuários (RIO; MENDES, 2016). A lei mais recente sobre o assunto é a 13.460/2017 conhecida como o código de defesa do usuário do serviço público, que dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário, colocando a avaliação de serviços públicos como um instrumento continuado e que tem como objetivo melhorá-los (BRASIL, 2017).

Como discorrido neste tópico, a avaliação dos serviços de saúde tanto globalmente como nacionalmente mostra-se como uma crescente para o auxílio da gestão no planejamento. E outro item bastante abordado e que entra em destaque como aspecto para avaliar os serviços prestados é a satisfação do usuário.

2.4.1 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO/PACIENTE

Satisfação do paciente ou do usuário pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (LINDER-PELZ, 1982). Autores, como Donabedian (1980a) e Pascoe (1983), consideram que a satisfação pode ser vista pela relação que os usuários têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço.

Para Donabedian, a noção de satisfação do paciente é um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde a ser complementada com a avaliação do médico e da comunidade. Favaro e Ferris (1991) mostraram que a perspectiva do usuário, abordada por meio de sua satisfação, implica julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção.

Avaliar a satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para gestão dos serviços, tendo em vista que seu entendimento pode facilitar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, indicando decisões estratégicas e operacionais que venham a influenciar no nível da qualidade dos sistemas de saúde prestados à sociedade. Estas avaliações podem expressar uma resposta efetiva baseada na ideia de que o cuidado possui particularidades que podem ser avaliadas apenas pelos pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A avaliação da satisfação do usuário faz parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006) . Além disso, o protagonismo dos usuários nesse processo torna-os avaliadores reais, amplia seus direitos como cidadãos e os envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, podendo influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Em estudo realizado por Protasio (2017), foi verificado que a satisfação do usuário atinge o serviço de saúde em diferentes dimensões. Ficando evidente que a visão do usuário é de extrema importância ao se dimensionar o reflexo das ações que vêm sendo desenvolvidas no setor saúde, e serve como vetor de direcionamento e planejamento do serviço (CRUZ, 2017).

No Brasil, as primeiras publicações sobre satisfação do usuário foram da década de 1970 e tinham como objetivo a avaliação da qualidade do cuidado em enfermagem. O olhar do usuário na avaliação de políticas públicas governamentais difundiu-se a partir dos anos de 1990, com a criação do SUS e o incentivo à participação dos usuários nas políticas de saúde. Em 2002, foi implantado o Sistema Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos, que institucionalizou o Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação (IPPS), difundindo a avaliação da satisfação com os serviços públicos em distintas áreas. Atualmente, as pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos (Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017) (ESPERIDIÃO; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

3 PERGUNTA CONDUTORA

Qual a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa, e seus fatores associados?

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa, e seus fatores associados.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever as características sociodemográficas e econômicas dos idosos e dos cuidadores (sexo, escolaridade, idade, renda, tipo de relação do cuidador com o idoso e região do país que residem);
2. Descrever as características do Programa Melhor em Casa (Saber que é um serviço do SUS, atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família, tempo para primeira visita e frequência de visitas, acesso a outros serviços, prestação de orientações pelos profissionais e compreensão dos usuários, e convite/participação de grupos de cuidadores);
3. Verificar a satisfação dos cuidadores e dos idosos com o Programa Melhor em Casa;
4. Analisar a associação entre a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa e as demais variáveis avaliadas (Socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC).

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo transversal, baseado nos dados secundários da pesquisa nacional realizada pelo Núcleo de Pesquisa (NUPE), do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sobre o Programa Melhor em Casa.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

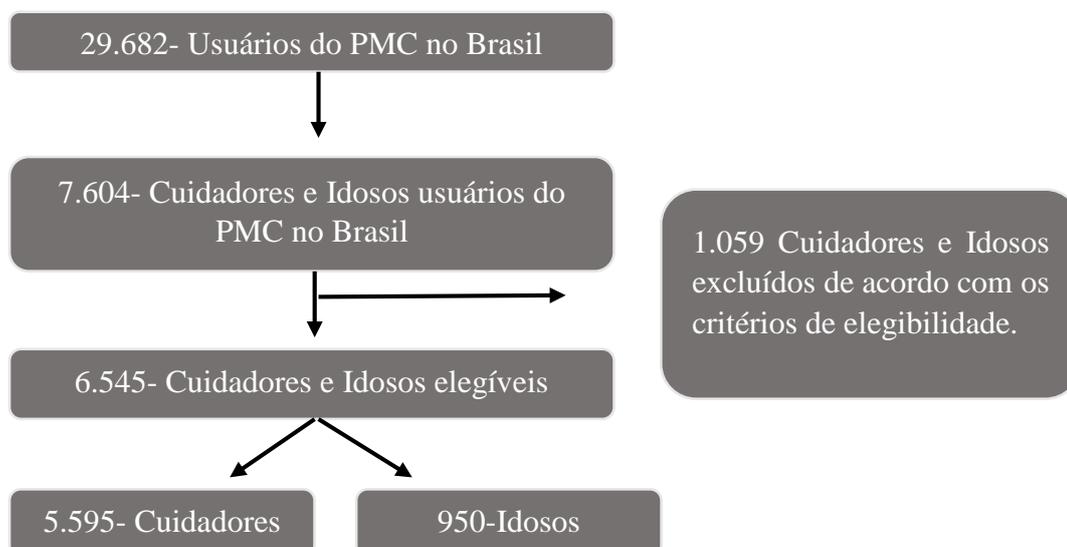
Os dados da pesquisa base foram coletados em Brasília, no Núcleo de Pesquisa do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS da SGEP. Esta pesquisa que teve como base a citada acima, foi realizada na Universidade Federal de Pernambuco/ UFPE.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi formada por dois grupos. Um grupo foi composto por cuidadores de idosos, atendidos pelo Programa Melhor em Casa, de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos. E o outro grupo, por idosos com 60 anos de idade ou mais, usuários do PMC e de ambos os sexos. Cuidadores e idosos deveriam ter participado da pesquisa da Ouvidoria Geral do SUS, sobre o PMC.

Como trata-se de um estudo com base em dados secundários foi utilizada toda a população de cuidadores e de idosos que finalizaram o questionário. Dessa forma, não houve necessidade de realizar sorteio ou cálculo amostral, uma vez que, todos os cuidadores e idosos que realizaram a pesquisa base foram incluídos no estudo, de acordo com os critérios de elegibilidade (figura 1).

Figura 1- Fluxograma apresentando a formação da população do estudo.



Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

5.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa base executada pela Ouvidoria Geral do SUS foi realizada no período de Abril a Junho de 2017, com os usuários do PMC de todo Brasil, da seguinte maneira:

Foi realizada com base em uma amostra contendo 58.392 usuários do Programa, originários do banco de dados do e-SUS AD, alocados no e-SUS da Atenção Básica. Depois de submetida à uma triagem para eliminação dos telefones inválidos, duplicados e de informações obrigatórias que não estavam preenchidas, esta amostra ficou reduzida a 29.682 usuários/pacientes.

A pesquisa foi feita a partir de um questionário composto de 22 perguntas, sendo 3 relacionadas ao perfil do paciente, uma sobre o cuidador – quando este respondeu a pesquisa por impossibilidade do paciente fazê-lo –, e 18 questões relativas ao Programa Melhor em Casa.

O questionário foi aplicado por meio de contato telefônico por teleatendentes, monitorados e supervisionados por uma equipe de profissionais da empresa *CALL CONTACT CENTER* sob a orientação e supervisão do NUPE/DOGES.

Para facilitar e padronizar o atendimento, foi criado um roteiro com orientações sobre a maneira de como fazer a abordagem ao entrevistado, paciente ou cuidador, além

de esclarecimentos específicos, visando auxiliar o teleatendente na compreensão e marcação das opções apresentadas em cada questão do Questionário

Como ocorrem nas pesquisas, que tem como base de levantamento dos participantes um banco de dados, nem sempre este banco está atualizado e nem toda tentativa de contato com o paciente resulta em um questionário preenchido, pois são várias as situações que podem surgir nesse processo de comunicação.

Em função disso, o resultado dessas pesquisas tem apresentado as seguintes situações:

- Finalizado com Sucesso: questionários respondidos de forma completa;
- Finalizado sem Sucesso: quando ocorre uma das seguintes situações, as quais definem que não é possível sucesso em contato posterior:
 - Não quis responder: o entrevistado não tem interesse em participar da pesquisa;
 - Desistiu: iniciada a pesquisa, o entrevistado desiste de responder o restante das perguntas;
 - Faleceu: o entrevistado já havia falecido;
 - Telefone não completa ligação: quando há a mensagem “não foi possível completar a ligação, por favor, confira o número discado”;
 - Número errado: quando a pessoa que recepciona a ligação, diz não conhecer o entrevistado;
 - Não fez o procedimento: entrevistado não fez o procedimento;
 - Já respondeu a pesquisa: entrevistado já respondeu a pesquisa;
 - Paciente internado: entrevistado está internado/hospitalizado e não é possível fazer agendamento até a previsão de término da pesquisa;
 - Paciente em instituição: entrevistado está em uma casa de repouso, casa de convivência, asilo, presídio; e
 - Outros: esta opção será selecionada nas situações não contempladas nas anteriores.
- Contato sem Sucesso – quando ocorre as seguintes situações, nas quais é possível sucesso em contato posterior:
 - Telefone ocupado: quando a ligação dá sinal de ocupado e em caso da mensagem “o número para o qual você ligou está ocupado, uma nova tentativa será feita em alguns segundos; caso você ouça o som de ocupado, desligue e tente mais tarde”.
 - Não atende: quando toca e ninguém atende; ou cai na secretária eletrônica;
 - Não encontrado: alguém atende, mas o entrevistado não está;
 - Ligação cai: durante o diálogo, a ligação cai e ao retornar não há sucesso;
 - Agendamento: quando a pesquisa é agendada para outro momento mais conveniente para o entrevistado. Importante que o agendamento seja feito preferencialmente com o entrevistado.

Em todas as situações, diferentes de “Finalizado com Sucesso”, foram realizadas no mínimo 6 ligações.

O estudo presente extraiu desse banco, cuja metodologia de execução foi citada acima, os dados de todos os cuidadores de idosos e dos idosos que foram finalizados com sucesso, ou seja, que possuem o questionário respondido de maneira completa. Foram utilizadas 17 das 22 perguntas contidas no questionário da pesquisa base, para formulação das variáveis dependentes e independentes do estudo (ANEXO A).

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- O idoso ser atendido pela Atenção Domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa e ter participado da pesquisa base;
- O cuidador ser de idosos usuários do PMC e ter participado da Pesquisa da base;
- Cuidadores e idosos de ambos os sexos;
- Idosos com 60 anos de idade ou mais.

5.5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não ter a situação definida como “Finalizado com sucesso” no banco de dados, que caracteriza questionário e informações incompletas.

5.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.6.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

Como variável dependente foi utilizada a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do PMC. A satisfação do paciente ou do usuário pode ser definida como avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (LINDERPELZ, 1982). Para Favaro e Ferris (1991) a perspectiva do usuário, abordada por meio da sua satisfação, implica um julgamento sobre as características dos serviços e fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção.

Todavia, dada a complexidade do objeto em estudo e a dificuldade de se mensurar o mesmo, optou-se pela realização de Análises de Classes Latentes (ACL), sendo a satisfação fenômeno latente (não observado diretamente), mas indiretamente mensurado pelas perguntas diretamente desenvolvidas e realizadas na pesquisa base (Quadro 1).

Quadro 1- Perguntas e respostas do questionário da pesquisa da Ouvidoria Geral do SUS, que foram utilizadas na ACL, para satisfação de cuidadores e idosos usuários do PMC.

Perguntas	Opções de respostas
Questão 18. O (a) Sr. (a) está satisfeito com o serviço prestado pela Equipe de Atenção Domiciliar?	Sim; Não.
Questão 19. Como o Sr. avalia o atendimento prestado pela Equipe de Atenção Domiciliar?	Muito bom e Bom; Regular; Muito ruim e Ruim.
Questão 20. O (a) Sr. (a) recomendaria o Serviço de Atenção Domiciliar para um amigo ou familiar?	Sim; Não.
Questão 21. Em relação ao serviço de Atenção Domiciliar, o (a) Sr. (a) acha que alguma coisa precisa (m) ser melhorada (as)?	Sim; Não.

Fonte: Elaborada pela autora, 2020.

A Análise de Classes Latentes (LCA, *Latent Class Analysis*, em inglês) é usada para identificar subgrupos, tipos ou categorias de indivíduos de uma população em estudo e permite identificar padrões de resposta com base em características observadas, relacionando-as a um conjunto de classes latentes. A variável latente, ou construto, não é observada diretamente, mas sim mensurada indiretamente através de duas ou mais variáveis observadas (COLLINS; LANZA, 2010).

5.6.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Serão consideradas como independentes as variáveis descritas e listadas no Quadro 2.

Quadro 2- Variáveis independentes, pertencer aos cuidadores e/ou aos idosos, suas respectivas perguntas no questionário e unidades de análise.

Variável	Cuidador/ Idoso	Perguntas	Unidade de análise
Idade	Idoso	-	1. Abaixo da mediana 2. Acima da mediana 3. Não sabe/Não respondeu
Sexo	Idoso	-	1. Feminino 2. Masculino 3. Não sabe/Não respondeu
Escolaridade	Cuidador	Questão 4. Qual a sua escolaridade?	1. Alfabetizado 2. Fundamental (completo e incompleto) 3. Médio (completo e incompleto) 4. Superior (completo e incompleto) 5. Pós-graduação 6. Analfabeto 7. Não sabe/Não respondeu
Renda Familiar	Idoso	Questão 2. Qual a renda de sua família?/Qual a renda da família do paciente?	1. 0 a menos de 1 SM 2. Entre 1 e 2 SM 3. Mais que 2 SM 4. Não sabe/Não respondeu
Tipo de relação do cuidador com o Idoso	Cuidador	Questão 3. Qual o seu grau de relação com o paciente?	1. Formal 2. Informal 3. Não sabe/Não respondeu
Região do País que residem	Cuidador/ Idoso	-	1. Norte, 2. Nordeste, 3. Sul, 4. Sudeste, 5. Centro-Oeste.
Conhecimento que o Programa é do SUS	Cuidador/ Idoso	Questão 5. O Sr. (a) sabe que esse serviço de atenção domiciliar é do SUS?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/Não respondeu
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família	Cuidador/ Idoso	Questão 7. Além do atendimento pela Equipe de Atenção Domiciliar, o (a) Sr.(a)/ (Nome do paciente) e sua família são	1. Sim 2. Não 3. Não sabe/Não respondeu

		acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família?	
Tempo para receber a primeira visita	Cuidador/ Idoso	Questão 11. Depois que o profissional de saúde que o acompanhava/nome do paciente ter indicado a atenção domiciliar para o (a) Sr. (a)/ (nome do paciente), qual foi o tempo de espera até a primeira visita da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa?	1. Até 3 dias 2. 3 a 7 dias 3. 8 a 15 dias 4. 16 a 30 dias 5. Mais que 30 dias 6. Não sabe/Não respondeu
Frequência de atendimentos	Cuidador/ Idoso	Questão 12. Com que frequência o (a) Sr. (a)/ nome do paciente recebeu/recebe visitas da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa durante o período que estava/está sendo cuidado em casa?	1. Diariamente 2. Semanalmente 3. 1 vez ao mês 4. 2 vezes ao mês 5. 3 vezes ao mês 6. Não sabe/Não respondeu
Acesso a exames, quando solicitados	Cuidador/ Idoso	Questão 13. Durante o acompanhamento da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa, o (a) Sr. (a) / nome do paciente conseguiu/consegue realizar exames quando solicitados pelo médico?	1. Sim, todas as vezes 2. Sim, algumas vezes 3. Não, não precisou realizar exames 4. Não, não conseguiu realizar nenhum exame 5. Não sabe/Não respondeu
Acesso a especialistas, quando solicitados	Cuidador/ Idoso	Questão 14. Durante o acompanhamento da Equipe de Atenção Domiciliar Melhor em Casa, o (a) Sr. (a)/nome do paciente conseguiu/consegue realizar consulta com especialista quando foi solicitado pelo médico?	1. Sim, todas as vezes 2. Sim, algumas vezes 3. Não, não precisou realizar exames 4. Não, não conseguiu realizar nenhum exame 5. Não sabe/Não respondeu
Acesso a atendimento pelo programa fora do horário das visitas	Cuidador/ Idoso	Questão 15. No caso em que houve a necessidade de que a equipe fosse até o domicílio em horário diferente da visita agendada, a visita foi realizada?	1. Sim 2. Não 3. Não houve necessidade 4. Não sabe/Não respondeu
Compreensão das orientações realizadas pelos	Cuidador/ Idoso	Questão 16. Na (s) visita (s), as orientações que lhes foram/são dadas pelos profissionais desta equipe	1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Quase nunca 4. Nunca

profissionais da equipe		sobre os cuidados que se deve tomar para se recuperar, tais como: alimentação adequada, uso de medicamentos, foram/são compreendidas?	5. Não sabe/Não respondeu
Convite ou participação de curso/grupo para cuidadores ofertados pela equipe	Cuidador	Questão 17. O (A) senhor (a) foi convidado ou participou de algum grupo ou curso de cuidadores, ofertado pela equipe de atenção domiciliar?	1. Sim 2. Não 3. Está em curso 4. Não sabe/Não respondeu

Legenda: SM- Salário Mínimo; SUS- Sistema Único de Saúde

Fonte: Elaborada pela autora, 2020

Foram considerados como valores ausentes na análise dos resultados a opção de resposta “Não sabe/não respondeu”.

5.7 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística foi realizada por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20 e do programa Mplus 7.31.

Foi realizada uma análise descritiva por meio de tabelas de frequência e de medidas de tendência central conforme a natureza das variáveis analisadas.

A variável dependente satisfação, tanto para cuidadores quanto para os idosos, foi formulada por meio de Análises de Classes Latentes. Baseando-se nos dados observados nas respostas das quatro perguntas do questionário, foi identificado o comportamento dos indivíduos, que foram classificados quanto ao seu desempenho. Desta forma, foi criada a variável latente, na qual os indivíduos foram classificados de acordo com a probabilidade de estar em uma determinada classe. Na construção da variável latente, vários modelos com diferentes números de classe foram criados e testados até se encontrar o modelo ideal para expressar a variável satisfação. Assim, os indivíduos foram classificados em distintos grupos, nos quais as características intragrupos apresentaram homogeneidades. No entanto, nos intergrupos as características mostraram heterogeneidade.

Na escolha do melhor modelo estatístico da variável latente, foram observados os seguintes critérios: critério de informação e Akaike (AIC), critério de informação

Bayesiano (BIC), critério de informação Bayesiano ajustado (BIC ajustado), observando-se sempre os menores valores quando comparados o modelo atual com o anterior. Também foi considerado o maior valor de entropia e os valores de $p < 0,05$ nos Testes de Razão de Verossimilhanças (LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin; LRT Lo-Mendell-Rubin; LRT Bootstrap paramétrico) (NYLUND; ASPAROUHOV; MUTHÉN, 2007).

Após a criação da variável latente “satisfação” (variável dependente), foi realizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson e Análise dos Resíduos Padronizados para as medidas de associação entre a variável dependente e as independentes. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

Como medida de efeito foi utilizado o *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95%, por meio de modelos de regressão logística multinomial. Foram realizadas análises simples e múltipla. Na análise simples foram eletivas para a análise múltipla as variáveis que obtiveram valor- $p < 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Para a regressão múltipla foi utilizado o método forward e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Aggeu Magalhães- Fiocruz PE, registrado sob o número CAAE 25806419.9.0000.5190, de acordo com a resolução 466/12 sobre pesquisas desenvolvidas com seres humanos (Anexo B).

6 RESULTADOS

Na Tabela 1 temos a análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos dos 950 idosos usuários do Programa Melhor em Casa. Verifica-se que a maioria reside na região Sudeste (76,2%), é do sexo feminino (59,3%), possui idade de 60 a 70 anos (52,5%) e apresentam uma renda familiar de até dois salários mínimos (85,9%). O idoso mais novo tinha 60 e o mais velho tinha 99 anos de idade, com mediana de 70 anos.

Tabela 1- Análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos da população de idosos.

Fatores socioeconômicos e demográficos	n (%)
Região (0^a)	
Norte	29 (3,1)
Sul	57 (6,0)
Nordeste	110 (11,6)
Centro-Oeste	30 (3,2)
Sudeste	724 (76,2)
Sexo (0^a)	
Feminino	563 (59,3)
Masculino	387 (40,7)
Idade pela mediana (26^a)	
≤ mediana (70 anos)	499 (52,5)
> mediana (70 anos)	451 (47,5)
Renda familiar (52^a)	
0 a 2 salários mínimos	771 (85,9)
Maior que 2 salários mínimos	127 (14,1)

(a) Valores ausentes

Na Tabela 2 temos a análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos dos 5.595 cuidadores de idosos do Programa Melhor em Casa. Verifica-se que a maioria reside na região Sudeste (72%), cuidam de idosos do sexo feminino (59,1%), com idade entre 60 e 81 anos (53%), sendo a idade do idoso mais novo de 60 anos e a do mais velho de 109 anos, com mediana de 81 anos, e que possuem renda familiar de um a dois salários mínimos (74,5%). Os cuidadores apresentam ensino médio completo ou incompleto (40,2%) e são classificados como cuidadores informais (97,1%).

Tabela 2- Análise descritiva dos dados socioeconômicos e demográficos da população de cuidadores.

Fatores socioeconômicos e demográficos	n (%)
Região (0^a)	
Norte	263 (4,7)
Sul	330 (5,9)
Nordeste	707 (12,6)
Centro-Oeste	265 (4,7)
Sudeste	4030 (72)
Sexo dos idosos (8^a)	
Feminino	3301 (59,1)
Masculino	2286 (40,9)
Idade dos idosos pela mediana (0^a)	
≤ mediana (81 anos)	2966 (53)
> mediana (81 anos)	2629 (47)
Renda familiar do idoso (398^a)	
0 a 1 salário mínimo	274 (5,3)
Entre 1 e 2 salários mínimos	3874 (74,5)
Maior que 2 salários mínimos	1049 (20,2)
Escolaridade (30^a)	
Alfabetizado	185 (3,3)
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	2101 (37,8)
Ensino médio (completo ou incompleto)	2235 (40,2)
Ensino superior (completo ou incompleto)	893 (16)
Pós-graduação	37 (0,7)
Analfabeto	114 (2,0)
Tipo de cuidador (11^a)	
Formal	160 (2,9)
Informal	5.424 (97,1)

(a) valores ausentes

Com relação a descrição do PMC pelos idosos verifica-se que a maioria sabia que era um programa do SUS (73,1%), além da equipe do PMC também eram acompanhados pela Equipe de Saúde da Família (58,3%), levaram até três dias para começarem a ser atendidos pelo programa (34,7%), recebiam visitas da equipe diariamente ou semanalmente (63,9%), conseguiam realizar exames e consultas com especialistas todas

as vezes que foram solicitados pelos médicos (55,5% e 40,5%), recebiam visitas da equipe fora do horário de agendamento quando era necessário (53,9%), e sempre entendiam as orientações que eram passadas pelos profissionais da equipe sobre os seus cuidados (84,1%) (Tabela 3).

Tabela 3- Análise descritiva dos dados relacionados ao PMC da população de idosos.

Fatores relacionados ao Programa Melhor em Casa	n (%)
Saber que o PMC é do SUS (2^a)	
Sim	693 (73,1)
Não	255 (26,9)
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família (9^a)	
Sim	549 (58,3)
Não	392 (41,7)
Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita (209^a)	
Até 3 dias	257 (34,7)
De 3 a 7 dias	179 (24,2)
De 8 a 15 dias	144 (19,4)
De 16 a 30 dias	78 (10,5)
Mais que 30 dias	83(11,2)
Frequência de atendimentos (88^a)	
Diariamente ou Semanalmente (uma vez por semana ou mais)	551 (63,9)
1 vez ao mês	185 (21,5)
2 vezes ao mês	101 (11,7)
3 vezes ao mês	25 (2,9)
Acesso a exames, quando solicitados (11^a)	
Sim, todas as vezes	521 (55,5)
Sim, algumas vezes	152 (16,2)
Não, não precisou realizar exames	209 (22,3)
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	57 (6,1)
Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados (17^a)	
Sim, todas as vezes	378 (40,5)
Sim, algumas vezes	123 (13,2)
Não, não precisou de consulta com especialista	317 (34,0)
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	115 (12,3)

Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento (13^a)	
Sim	497 (53,9)
Não	49 (5,2)
Não houve necessidade	391 (41,7)
Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC (24^a)	
Sempre	779 (84,1)
Na maioria das vezes	124 (13,4)
Quase nunca	5 (0,5)
Nunca	18 (1,9)

(PMC) Programa Melhor em Casa (SUS) Sistema Único de Saúde (a) Valores ausentes

Com relação a descrição do PMC pelos cuidadores de idosos verifica-se que a maioria sabia que era um programa do SUS (85,6%), além da equipe do PMC também eram acompanhados pela Equipe de Saúde da Família (53,6%), levaram de três a sete dias para começarem a ser atendidos pelo programa (27,4%), recebiam visitas da equipe semanalmente (46,6%), conseguiam realizar exames e consultas com especialistas para os idosos todas as vezes que foram solicitados pelos médicos (58,3% e 40,3%), recebiam visitas da equipe fora do horário de agendamento quando era necessário (60,2%), sempre entendiam as orientações que eram passadas pelos profissionais da equipe sobre os seus cuidados (90,6%) e não foram convidados ou participaram de cursos para cuidadores (80,2%) (Tabela 4).

Tabela 4- Análise descritiva dos dados relacionados ao PMC da população de cuidadores.

Fatores relacionados ao Programa Melhor em Casa	n (%)
Saber que o PMC é do SUS (10^a)	
Sim	4782 (85,6)
Não	803 (14,4)
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família (58^a)	
Sim	2969 (53,6)
Não	2568 (46,4)

Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita (941^a)	
Até 3 dias	1199 (25,8)
De 3 a 7 dias	1273 (27,4)
De 8 a 15 dias	970 (20,8)
De 16 a 30 dias	565 (12,1)
Mais que 30 dias	647 (13,9)
Frequência de atendimentos (502^a)	
Diariamente	468 (9,2)
Semanalmente (uma vez por semana ou mais)	2375 (46,6)
1 vez ao mês	1290 (25,3)
2 vezes ao mês	788 (15,5)
3 vezes ao mês	172 (3,4)
Acesso a exames, quando solicitados (78^a)	
Sim, todas as vezes	3214 (58,3)
Sim, algumas vezes	966 (17,5)
Não, não precisou realizar exames	946 (17,1)
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	391 (7,1)
Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados (140^a)	
Sim, todas as vezes	2198 (40,3)
Sim, algumas vezes	733 (13,4)
Não, não precisou de consulta com especialista	1806 (33,1)
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	718 (13,2)
Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento (74^a)	
Sim	3323 (60,2)
Não	362 (6,6)
Não houve necessidade	1836 (33,3)
Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC (84^a)	
Sempre	4993 (90,6)
Na maioria das vezes	455 (8,3)
Quase nunca e Nunca	63 (1,2)
Convite e/ou participação de curso/grupo para cuidadores, ofertados pela equipe do PMC (27^a)	
Sim	1100 (19,8)
Não	4468 (80,2)

(PMC) Programa Melhor em Casa (SUS) Sistema Único de Saúde (a) Valores ausentes

Para verificar a prevalência da satisfação, tanto de idosos quanto de cuidadores, foram testados 5 modelos na Análise de Classes Latentes (ACL). As Tabelas 5 e 6 apresentam os resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados.

Tabela 5- Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados para a satisfação dos idosos.

Categorias	2	3	4	5	6
Critério de informação de Akaike (AIC)	1994.852	1992.590	2000.954	2010.954	2020.954
Critério de informação de Bayesian (BIC)	2038.310	2060.192	2092.700	2126.843	2160.987
BIC ajustado	2009.727	2015.729	2032.358	2050.622	2068.886
Entropia	0.945	0.984	0.760	0.832	0.851
LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin (Valor-p)	0.0000	0.0017	0.0167	0.5000	0.4938
LRT Lo-Mendell-Rubin (Valor-p)	0.0000	0.0020	0.0180	0.5000	0.4938
LRT Bootstrap paramétrico (Valor-p)	0.0000	0.0000	1.0000	1.0000	1.0000

Tabela 6- Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados para a satisfação dos cuidadores.

Categorias	2	3	4	5	6
Critério de informação de Akaike (AIC)	12956.189	12695.948	12701.884	12713.527	12725.504
Critério de informação de Bayesian (BIC)	13028.858	12808.255	12853.829	12905.109	12956.725
BIC ajustado	12993.904	12754.234	12780.742	12812.956	12845.505
Entropia	0.957	0.901	0.882	0.853	0.865

LRT Mendell-Rubin (Valor-p)	Lo-	0.0000	0.0000	0.0257	0.7778	0.8677
LRT Bootstrap paramétrico (Valor-p)		0.0000	0.0000	0.0000	1.0000	1.0000

Observa-se que o modelo com maior parcimônia é o que possui 3 classes, tanto para cuidadores quanto para os idosos, pois apresenta valor elevado de entropia juntamente com valores significantes de LRT, além de ter apresentado valores pequenos de BIC e AIC. Os testes AIC, BIC e BIC ajustado devem ser os menores possíveis para denotar um bom ajuste do modelo ao passo que a entropia deverá ter o valor mais próximo de 1, denotando um modelo com número de classes mais adequado e, por fim, os valores de LRT (Testes de Razão de Verossimilhanças) significantes indicam que o número de classes do modelo não precisaria ser reduzido para uma classe a menos, ou seja, está adequado.

As Tabelas 7 e 8 mostram a frequência absoluta e relativa em cada classe, assim como os nomes atribuídos a cada uma delas. Verifica-se que tanto idosos quanto cuidadores mostraram-se satisfeitos com o PMC. A nomenclatura das classes foi atribuída de acordo com os padrões de respostas. A classe nomeada como “satisfeito” apresentou respostas positivas em todas as perguntas, a “moderadamente satisfeito” apresentou padrão misto de respostas onde, os participantes estavam satisfeitos com o serviço e o recomendariam para terceiros mas, acreditavam que algo ainda podia ser melhorado e avaliavam o serviço como regular, a classe nomeada como “insatisfeito” apresentou respostas negativas a todas as perguntas (Quadro 3). Tanto idosos quanto cuidadores mostraram-se, em sua maioria, satisfeitos com o PMC.

Tabela 7- Frequências absolutas e relativas das classes e seus respectivos nomes na população de idosos.

Classificação (26^a)	n (%)
Insatisfeito	25 (2,7)
Moderadamente Satisfeito	33 (3,6)
Satisfeito	866 (93,7)

(a) Valores ausentes

Tabela 8- Frequências absolutas e relativas das classes e seus respectivos nomes na população de cuidadores.

Classificação (129^a)	n (%)
Insatisfeito	194 (3,5)
Moderadamente Satisfeito	340 (6,2)
Satisfeito	4932 (90,2)

(a) valores ausentes

Quadro 3- Perguntas e padrão de respostas de acordo com a classe latente, de idosos e cuidadores.

Perguntas	Classes Latentes e Respostas		
	Insatisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito
O (a) Sr. (a) está satisfeito com o serviço prestado pela Equipe de Atenção Domiciliar?	Não	Sim	Sim
Como o Sr. avalia o atendimento prestado pela Equipe de Atenção Domiciliar?	Muito Ruim e Ruim	Regular	Muito Bom e Bom
O (a) Sr. (a) recomendaria o Serviço de Atenção Domiciliar para um amigo ou familiar?	Não	Sim	Sim
Em relação ao serviço de Atenção Domiciliar, o (a) Sr. (a) acha que alguma coisa precisa (m) ser melhorada (as)?	Sim	Sim	Não

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Com relação a análise de associação entre a variável dependente satisfação e as variáveis independentes socioeconômicas e demográficas para a população de idosos, nenhuma apresentou resultados significantes ($p < 0,05$) (Tabela 9). Já com relação as variáveis independentes relacionadas ao PMC, das oito apenas uma não apresentou resultado significativo (saber que o programa era do SUS), com valor de $p = 0,552$ (Tabela 10).

Tabela 9- Associação e prevalências da satisfação dos idosos com os fatores socioeconômicos e demográficos.

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Valor-p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Região (26^a)				
Norte	1 (4,0)	2 (6,1)	26 (3,0)	0,147 ^c
Sul	1 (4,0)	0 (0,0)	56 (6,5)	
Nordeste	2 (8,0)	8 (24,2)	97 (11,2)	
Centro-Oeste	1 (4,0)	2 (6,1)	26 (3,0)	
Sudeste	20 (80,0)	21 (63,6)	661 (76,3)	
Sexo (26^a)				
Feminino	13 (52,0)	20 (60,6)	512 (59,1)	0,761 ^b
Masculino	12 (48,0)	13 (39,4)	354 (40,9)	
Idade (26^a)				
≤ mediana (70 anos)	14 (56,0)	13 (39,4)	460 (53,1)	0,285 ^b
>mediana (70 anos)	11 (44,0)	20 (60,6)	406 (46,9)	
Renda (75^a)				
0 a 2 salários mínimos	22 (88,0)	28 (90,3)	701 (85,6)	0,864 ^c
Maior que 2 salários mínimos	3 (12,0)	3 (9,7)	118 (14,4)	

(a) valores ausentes (b) teste de qui-quadrado (c) exato de fisher

Tabela 10- Associação e prevalências da satisfação dos idosos com os fatores relacionados ao PMC.

Fatores relacionados ao PMC	Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Valor-p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Saber que o PMC é do SUS (28^a)				
Sim	16 (64,0)	24 (72,7)	637 (73,7)	0,552 ^c
Não	9 (56,0)	9 (27,3)	227 (26,3)	
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família (34^a)				
Sim	7 (28,0)	16 (48,5)	501(59,6) ^b	0,004 ^{c*}
Não	18 (72,0)	17 (51,5)	347 (40,4)	

Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita (222^a)				
Até 3 dias	2 (10,0)	5 (21,7)	247(36,1) ^b	<0,001 ^{d*}
De 3 a 7 dias	2 (10,0)	7 (30,4)	168 (24,5)	
De 8 a 15 dias	3 (15,0)	3 (13,0)	134 (19,6)	
De 16 a 30 dias	4 (20,0)	1 (4,3)	72 (10,5)	
Mais que 30 dias	9 (45,0) ^b	7 (30,4) ^b	64 (9,3)	
Frequência de atendimentos (222^a)				
Diariamente ou Semanalmente (uma vez por semana ou mais)	4 (20,0)	12 (52,2)	415 (60,6)	
1 vez ao mês	3 (15,0) ^b	3 (13,0) ^b	134 (19,6)	<0,001 ^{d*}
2 vezes ao mês	4 (20,0)	1 (4,3)	72 (10,5)	
3 vezes ao mês	9 (45,0)	7 (30,4)	64 (9,3)	
Acesso a exames, quando solicitados (36^a)				
Sim, todas as vezes	5 (20,0)	12 (36,4)	496(57,9) ^b	<0,001 ^{d*}
Sim, algumas vezes	8 (32,0) ^b	11 (33,3) ^b	127 (14,8)	
Não, não precisou realizar exames	5 (20,0) ^b	6 (18,2)	191 (22,3)	
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	7 (28,0)	4 (12,1)	42 (4,9)	
Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados (42^a)				
Sim, todas as vezes	3 (12,0)	7 (21,9)	362(42,5) ^b	<0,001 ^{d*}
Sim, algumas vezes	4 (16,0)	9 (28,1) ^b	108 (12,7)	
Não, não precisou de consulta com especialista	6 (24,0)	6 (18,8)	294(34,5) ^b	
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	12 (48,0) ^b	10 (31,2) ^b	87 (10,2)	
Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento (38^a)				
Sim	4 (16,0)	16 (51,6)	471(55,0) ^b	<0,001 ^{d*}
Não	8 (32,0) ^b	3 (9,7)	31 (3,6)	
Não houve necessidade	13 (52,0)	12 (38,7)	354 (41,4)	

Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC (47^a)				
Sempre	12 (54,5)	17 (54,8)	732(86,1) ^b	
Na maioria das vezes	6 (27,3) ^b	10 (32,3) ^b	104 (12,2)	<0,001 ^{d*}
Quase nunca	2 (9,1) ^b	1 (3,2) ^b	2 (0,2)	
Nunca	2 (9,1) ^b	3 (9,7) ^b	12 (1,4)	

(PMC) Programa Melhor em Casa (SUS) Sistema Único de Saúde (a) valores ausentes (b) resíduo padronizado >1,96 (c) teste de qui-quadrado (d) exato de fisher (*) p<0,05.

Com relação ao grupo de cuidadores, no conjunto das variáveis socioeconômicas e demográfica, apresentaram associação significativa a região, a escolaridade e o grau de parentesco (Tabela 11). E no conjunto das variáveis relacionadas ao PMC, como no grupo dos idosos, apenas saber que o programa pertence ao SUS não teve associação estatisticamente significativa (Tabela 12).

Tabela 11- Associação e prevalências da satisfação dos cuidadores com os fatores socioeconômicos e demográficos.

Variáveis socioeconômicas e demográficas	Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Valor-p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Região (129^a)				
Norte	7 (3,6)	21 (6,2)	231 (4,7)	0,006 ^{c*}
Sul	5 (2,6)	11 (3,2)	311 (6,3) ^b	
Nordeste	24 (12,4)	62 (18,2) ^b	609 (12,3)	
Centro-Oeste	11 (5,7)	17 (5,0)	234 (4,7)	
Sudeste	147 (75,8)	229 (67,4)	3547 (71,9)	
Sexo do idoso (137^a)				
Feminino	116 (60,4)	213 (62,8)	2889 (58,6)	0,289 ^c
Masculino	76 (39,6)	126 (37,2)	2038 (41,4)	
Idade do idoso (129^a)				
≤mediana (81 anos)	106 (54,6)	199 (58,5)	2591 (52,5)	0,090 ^c
>mediana (81 anos)	88 (45,4)	141 (41,5)	2341 (47,5)	
Renda (519^a)				
0 a 1 salário mínimo	11 (6,3)	25 (8,0)	235 (5,1)	0,062 ^c
Entre 1 e 2 salários mínimos	123 (70,3)	237 (76,0)	3427 (74,7)	
Maior que 2 salários mínimos	41 (23,4)	50 (16,0)	927 (20,2)	

Escolaridade (158^a)				
Alfabetizado	4 (2,1)	15 (4,4)	161 (3,3)	
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	61 (32,3)	117 (34,5)	1880(38,3) ^b	
Ensino médio (completo ou incompleto)	84 (44,4)	145 (42,8)	1954 (39,8)	0,009 ^{c*}
Ensino superior (completo ou incompleto)	34 (18,0)	53 (15,6)	781 (15,9)	
Pós-graduação	5 (2,6) ^b	4 (1,2)	27 (0,6)	
Analfabeto	1 (0,5)	5 (1,5)	106 (2,2)	
Tipo de cuidador (140^a)				
Formal	1 (0,5)	5 (1,5)	150 (3,0) ^b	
Informal	192(99,5) ^b	334 (98,5)	4773 (97,0)	0,034 ^{c*}

(a) valores ausentes (b) resíduo padronizado >1,96 (c) teste de qui-quadrado (*) p<0,05.

Tabela 12- Associação e prevalências da satisfação dos cuidadores com os fatores relacionados ao PMC.

Variáveis relacionadas ao PMC	Insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Valor-p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Saber que o PMC é do SUS (138^a)				
Sim	158 (81,4)	282 (82,9)	4239 (86,1)	0,059 ^c
Não	36 (18,6)	58 (17,1)	684 (13,9)	
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família (183^a)				
Sim	69 (35,6)	137 (40,5)	2702(55,4) ^b	<0,001 ^{c*}
Não	125 (64,4) ^b	201 (59,5) ^b	2178 (44,6)	
Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita (1033^a)				
Até 3 dias	14 (8,6)	41 (14,2)	1127 (27,4)	
De 3 a 7 dias	17 (10,5)	51 (17,7)	1190(28,9) ^b	
De 8 a 15 dias	31 (19,1)	60 (20,8)	855 (20,8)	<0,001 ^{c*}
De 16 a 30 dias	38 (23,5) ^b	53 (18,4) ^b	464 (11,3)	
Mais que 30 dias	62 (38,3) ^b	83 (28,8) ^b	476 (11,6)	

Frequência de atendimentos (605^a)				
Diariamente	5 (3,3)	11 (3,9)	449 (9,9) ^b	
Semanalmente (uma vez por semana ou mais)	36 (23,5)	108 (38,6)	2197(48,2) ^b	
1 vez ao mês	80 (52,3) ^b	105 (37,5) ^b	1062 (23,3)	<0,001 ^{c*}
2 vezes ao mês	28 (18,3)	47 (16,8)	691 (15,2)	
3 vezes ao mês	4 (2,6)	9 (3,2)	158 (3,5)	
Acesso a exames, quando solicitados (202^a)				
Sim, todas as vezes	39 (20,5)	121 (36,0)	3006(61,8) ^b	
Sim, algumas vezes	44 (23,2) ^b	91 (27,1) ^b	804 (16,5)	
Não, não precisou realizar exames	36 (18,9)	78 (23,2)	797 (16,4) ^b	<0,001 ^{c*}
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	71 (37,4) ^b	46 (13,7) ^b	260 (5,3)	
Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados (260^a)				
Sim, todas as vezes	17 (8,9)	67 (20,1)	2084(43,3) ^b	
Sim, algumas vezes	32 (16,8)	56 (16,8)	627 (13,0)	
Não, não precisou de consulta com especialista	63 (33,2)	105 (31,4)	1593 (33,1)	<0,001 ^{c*}
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	78 (41,1) ^b	106 (31,7) ^b	507 (10,5)	
Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento (195^a)				
Sim	47 (25,0)	127 (38,7)	3094(63,3) ^b	
Não	80 (42,6) ^b	81 (24,7) ^b	190 (3,9)	<0,001 ^{c*}
Não houve necessidade	61 (32,4)	120 (36,6)	1600 (32,8)	
Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC (208^a)				
Sempre	123 (71,1)	271 (82,9)	4491(91,9) ^b	
Na maioria das vezes	21 (12,1)	46 (14,1) ^b	376 (7,7)	<0,001 ^{d*}
Quase nunca e Nunca	29 (16,8) ^b	10 (3,1) ^b	20 (0,4)	

Convite participação curso/grupo cuidadores, pela equipe do PMC (156^a)	e/ou de para ofertados do PMC				
Sim		18 (9,3)	40 (11,8)	1032(21,0) ^b	<0,001 ^{c*}
Não		176 (90,7) ^b	300 (88,2) ^b	3873 (79,0)	

(PMC) Programa Melhor em Casa (SUS) Sistema Único de Saúde (a) valores ausentes (b) resíduo padronizado >1,96 (c) teste de qui-quadrado (d) exato de fisher (*) p<0,05.

Ao realizar a análise simples (univariada) com a população de idosos, observou-se que apenas as variáveis sexo, renda familiar e saber que o programa é do SUS, não foram eletivas para a análise multivariada (Tabela 13). Após a realização da análise múltipla (multivariada) permaneceram associados a satisfação dos idosos, eles serem acompanhados também por uma Equipe de Saúde da Família, o menor tempo entre o encaminhamento e a primeira visita pelo PMC, a realização de exames quando havia solicitação médica e ter visitas fora do horário agendado quando fosse necessário. Em relação ao acompanhamento da Equipe de Saúde da Família junto a do PMC, os idosos que a possuem apresentam aproximadamente 4 vezes mais chances de estarem satisfeitos quando comparados com aqueles que não tem (OR= 4,22; p= 0,014) (Tabela 14).

A satisfação também foi associada com o tempo para realização da primeira visita pela equipe do PMC, quanto menor o tempo maior a chance dos idosos estarem satisfeitos. A maior chance de satisfação foi de aproximadamente 10 vezes mais, apresentada pelos idosos que receberam a visita em até três dias quando comparados com aqueles que receberam a primeira visita em mais de 30 dias (OR= 10,20; p= 0,006) (Tabela 14).

Com relação a realização de exames quando solicitados, a chance de está satisfeito era aproximadamente 6 vezes maior entre os idosos que conseguiram todas as vezes quando comparados aqueles que não conseguiram nenhuma das vezes (OR= 5,74; p= 0,037). A associação que também foi estatisticamente significativa foi com relação as visitas realizadas fora do horário agendado quando fossem necessárias, os idosos apresentaram aproximadamente 5 vezes mais chance de estarem satisfeitos quando comparados aqueles que não tiveram necessidade da visita (OR= 4,96; p= 0,024). Os que não conseguiram a visita fora do horário tinham 78% de chance de não estarem satisfeitos

(OR= 0,22; p= 0,019). Os idosos que conseguiram a visita também apresentaram aproximadamente 8 vezes mais chances de estarem moderadamente satisfeitos, quando comparados aqueles que não precisaram da visita (OR= 8,09; p= 0,014) (Tabela 14).

Tabela 13- Resultados das análises univariadas para a satisfação dos idosos (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.

Fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados ao PMC	Satisfação dos Idosos						
	e ao	Satisfeito			Moderadamente Satisfeito		
		OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p
Sexo							
Feminino		1,33	0,60-2,96	0,477	1,42	0,49-4,06	0,513
Masculino		1,00			1,00		
Idade							
≤ mediana (70 anos)	(70 anos)	0,89	0,40-1,98	0,776	0,51	0,17-1,46	0,212
> mediana (70 anos)	(70 anos)	1,00			1,00		
Renda							
0 a 2 salários mínimos		0,81	0,23-2,74	0,736	1,27	0,23-6,93	0,780
Maior que 2 salários mínimos		1,00			1,00		
Saber que o PMC é do SUS							
Sim		1,57	0,68-3,62	0,281	1,50	0,49-4,59	0,478
Não		1,00			1,00		
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família							
Sim		3,78	1,56-9,16	0,003	2,42	0,79-7,33	0,118
Não		1,00			1,00		
Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita							
Até 3 dias		17,36	3,66-82,37	<0,001	3,21	0,47-21,80	0,232
De 3 a 7 dias		11,81	2,48-56,15	0,002	4,50	0,70-28,79	0,112
De 8 a 15 dias		6,28	1,64-23,99	0,007	1,28	0,19-8,43	0,793
De 16 a 30 dias		2,53	0,74-8,61	0,137	0,32	0,02-3,55	0,355
Mais que 30 dias		1,00			1,00		

Frequência de atendimentos							
Diariamente ou Semanalmente (uma vez por semana ou mais)	14,59	4,36-48,77	<0,001	3,85	0,85-17,32	0,078	
1 vez ao mês	6,28	1,64-23,99	0,007	1,28	0,19-8,43	0,793	
2 vezes ao mês	2,53	0,74-8,61	0,137	0,32	0,29-3,55	0,355	
3 vezes ao mês	1,00			1,00			
<hr/>							
Acesso a exames, quando solicitados							
Sim, todas as vezes	16,53	5,02-54,35	<0,001	4,20	0,83-21,04	0,081	
Sim, algumas vezes	2,64	0,90-7,73	0,075	2,40	0,52-11,10	0,260	
Não, não precisou realizar exames	6,36	1,92-21,03	0,002	2,10	0,38-11,58	0,395	
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	1,00			1,00			
<hr/>							
Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados							
Sim, todas as vezes	16,64	4,59-60,25	<0,001	2,80	0,57-13,75	0,205	
Sim, algumas vezes	3,72	1,16-11,95	0,027	2,70	0,63-11,46	0,178	
Não, não precisou de consulta com especialista	6,75	2,46-18,53	<0,001	1,20	0,29-4,90	0,800	
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	1,00			1,00			
<hr/>							
Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento							
Sim	4,32	1,39-13,37	0,011	4,33	1,12-16,67	0,033	
Não	0,14	0,05-0,36	<0,001	0,40	0,08-1,89	0,252	
Não houve necessidade	1,00			1,00			

Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC							
Sempre	10,16	2,04-50,45	0,005	0,94	0,13-6,54	0,954	
Na maioria das vezes	2,88	0,52-15,94	0,224	1,11	0,14-8,68	0,920	
Quase nunca	0,16	0,01-1,96	0,154	0,33	0,01-6,65	0,472	
Nunca	1,00			1,00			

PMC: Programa Melhor em Casa ; SUS: Sistema Único de Saúde; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 14- Resultados das análises multivariadas para a satisfação dos idosos (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.

Fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados ao PMC	Satisfação dos Idosos						
	Satisfeito			Moderadamente Satisfeito			
	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família							
Sim	4,22	1,33-13,34	0,014	3,43	0,83-14,16	0,088	
Não	1,00			1,00			
Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita							
Até 3 dias	10,20	1,95-53,23	0,006	2,07	0,28-15,41	0,474	
De 3 a 7 dias	9,66	1,80-51,78	0,008	3,30	0,45-24,01	0,237	
De 8 a 15 dias	6,45	1,44-28,75	0,014	1,26	0,17-9,24	0,820	
De 16 a 30 dias	1,57	0,40-6,15	0,515	0,20	0,01-2,45	0,210	
Mais que 30 dias	1,00			1,00			

Acesso a exames, quando solicitados							
Sim, todas as vezes	5,74	1,11-29,77	0,037	1,53	0,19-12,33	0,685	
Sim, algumas vezes	0,56	0,11-2,77	0,479	0,44	0,05-3,48	0,441	
Não, não precisou realizar exames	1,57	0,31-7,94	0,584	0,12	0,008-1,93	0,136	
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	1,00			1,00			
Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento							
Sim	4,96	1,23-19,89	0,024	8,09	1,52-43,05	0,014	
Não	0,22	0,06-0,78	0,019	0,24	0,02-2,69	0,248	
Não houve necessidade	1,00			1,00			

PMC: Programa Melhor em Casa; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Com relação a população de cuidadores ao realizar a análise simples (univariada), observou-se que apenas as variáveis sexo e idade do idoso, não foram eletivas para a análise multivariada (Tabela 15). Após a realização da análise multivariada permaneceram associados a satisfação dos cuidadores, o menor tempo entre o encaminhamento e a primeira visita pelo PMC, a realização de exames e de consultas com especialistas quando havia solicitação médica, ter visitas fora do horário agendado quando fosse necessário e compreender as orientações que eram passadas pela equipe do programa (Tabela 16).

No que se refere ao tempo para primeira visita, quanto menor o tempo maior a chance dos cuidadores estarem satisfeitos. Aqueles que foram atendidos em até três dias apresentaram aproximadamente 6 vezes mais chances de atingir a satisfação, quando comparados aqueles que levaram mais de 30 dias para primeira visita (OR= 5,84; $p < 0,001$). Os cuidadores que conseguiram realizar os exames nos idosos todas as vezes quando foram solicitados apresentaram aproximadamente 7 vezes mais chances de estarem satisfeitos (OR= 7,41; $p < 0,001$) e 4 vezes mais chances de estarem moderadamente satisfeitos, quando comparados com aqueles que não conseguiram (OR= 4,31; $p < 0,001$) (Tabela 16).

No que diz respeito ao acesso a especialistas quando solicitados, os cuidadores tinham 6 vezes mais de ficarem satisfeitos quando conseguiram todas as vezes (OR= 6,02; $p<0,001$) e aproximadamente 2 vezes quando conseguiram algumas vezes (OR= 1,68; $p= 0,044$), quando comparados aqueles que não tiveram acesso. Com relação as visitas fora dos horários agendados, os cuidadores ficaram quase 2 vezes mais satisfeitos quando a conseguiram, comparados aqueles que não precisaram (OR= 1,81; $p= 0,015$), e não ter conseguido a visita levou a 86% de chance de não atingiram a satisfação (OR= 0,14; $p<0,001$) (Tabela 16).

A variável que também apresentou relação significativa com a satisfação dos cuidadores foi o fato deles compreenderem as orientações que eram passadas pela equipe. Aqueles que sempre compreenderam as orientações apresentaram 10,61 vezes mais chances de estarem satisfeitos (OR=10,61 ; $p<0,001$) e 3,16 de estarem moderadamente satisfeitos (OR= 3,16 ; $p= 0,010$). Os que compreenderam na maioria das vezes apresentaram 7,01 vezes mais chances de estarem satisfeitos (OR= 7,01 ; $p<0,001$) e 3,49 de estarem moderadamente satisfeitos (OR= 3,49 ; $p= 0,018$), quando comparados com aqueles que não entenderam nunca ou quase nunca (Tabela 16).

Tabela 15- Resultados das análises univariadas para a satisfação dos cuidadores (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.

Fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados ao PMC	Satisfação dos cuidadores						
		Satisfeito			Moderadamente Satisfeito		
	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	
Sexo dos idosos							
Feminino	0,92	0,69-1,24	0,623	1,10	0,77-1,59	0,582	
Masculino	1,00			1,00			
Idade dos idosos							
≤ mediana (81 anos)	0,91	0,68-122	0,565	1,17	0,82-1,67	0,382	
> mediana (81 anos)	1,00			1,00			
Renda familiar do idoso							
0 a 1 salário mínimo	0,94	0,47-1,86	0,870	1,86	0,82-4,23	0,137	

Entre 1 e 2 salários mínimos	1,23	0,85-1,76	0,257	1,58	0,99-2,52	0,055
Maior que 2 salários mínimos	1,00			1,00		
Escolaridade						
Alfabetizado	0,38	0,04-3,44	0,389	0,75	0,06-8,38	0,815
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	0,29	0,04-2,11	0,223	0,38	0,04-3,35	0,387
Ensino médio (completo ou incompleto)	0,21	0,03-1,59	0,134	0,34	0,04-3,00	0,335
Ensino superior (completo ou incompleto)	0,21	0,02-1,59	0,134	0,31	0,03-2,78	0,297
Pós-graduação	0,05	0,00-0,45	0,008	0,16	0,01-1,98	0,154
Analfabeto	1,00			1,00		
Grau de relação com o(a) paciente						
Informal	0,16	0,02-1,19	0,074	0,34	0,04-3,00	0,337
Formal	1,00			1,00		
Saber que o PMC é do SUS						
Sim	1,41	0,97-2,04	0,068	1,10	0,70-1,75	0,662
Não	1,00			1,00		
Atendimento compartilhado com a Equipe de Saúde da Família						
Sim	2,24	1,66-3,03	<0,001	1,23	0,85-1,78	0,258
Não	1,00			1,00		
Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita						
Até 3 dias	10,48	5,81-18,91	<0,001	2,18	1,09-4,36	0,026
De 3 a 7 dias	9,11	5,27-15,75	<0,001	2,24	1,18-4,25	0,013
De 8 a 15 dias	3,59	2,30-5,60	<0,001	1,44	0,83-2,49	0,184
De 16 a 30 dias	1,59	1,04-2,42	0,032	1,04	0,61-1,77	0,880
Mais que 30 dias	1,00			1,00		
Frequência de atendimentos						
Diariamente	2,27	0,60-2,57	0,225	0,97	0,20-4,76	0,978
Semanalmente (uma vez por semana ou mais)	1,54	0,54-4,39	0,415	1,33	0,38-4,59	0,648
1 vez ao mês	0,33	0,12-0,93	0,036	0,58	0,17-1,96	0,384

2 vezes ao mês	0,62	0,21-1,80	0,385	0,74	0,21-2,64	0,650
3 vezes ao mês	1,00			1,00		
Acesso a exames, quando solicitados						
Sim, todas as vezes	21,04	13,95-31,73	<0,001	4,78	2,85-8,03	<0,001
Sim, algumas vezes	4,99	3,34-7,45	<0,001	3,19	1,90-5,35	<0,001
Não, não precisou realizar exames	6,04	3,95-9,24	<0,001	3,34	1,94-5,74	<0,001
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	1,00			1,00		
Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados						
Sim, todas as vezes	18,86	11,06-32,15	<0,001	2,90	1,58-5,32	0,001
Sim, algumas vezes	3,01	1,96-4,62	<0,001	1,28	0,76-2,17	0,344
Não, não precisou de consulta com especialista	3,89	2,75-5,50	<0,001	1,22	0,80-1,88	0,350
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	1,00			1,00		
Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento						
Sim	2,51	1,70-3,68	<0,001	1,37	0,87-2,16	0,171
Não	0,09	0,06-0,13	<0,001	0,51	0,33-0,79	0,003
Não houve necessidade	1,00			1,00		
Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC						
Sempre	52,94	29,13-96,19	<0,001	6,38	3,01-13,52	<0,001
Na maioria das vezes	25,96	12,64-53,31	<0,001	6,35	2,62-15,39	<0,001
Quase nunca e Nunca	1,00			1,00		

Convite e/ou participação de curso/grupo para cuidadores, ofertados pela equipe do PMC							
	Sim	2,60	1,59-4,25	<0,001	1,30	0,72-2,34	0,376
Não	1,00				1,00		

PMC: Programa Melhor em Casa; SUS: Sistema Único de Saúde; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 16- Resultados das análises multivariadas para a satisfação dos cuidadores (a categoria insatisfeito foi utilizada como referência) e as variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao PMC.

Fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados ao PMC	Satisfação dos cuidadores						
	Satisfeito			Moderadamente Satisfeito			
	OR	IC 95%	Valor p	OR	IC 95%	Valor p	
Tempo entre o encaminhamento e o recebimento da primeira visita							
Até 3 dias	5,84	2,91-11,75	<0,001	1,76	0,81-3,79	0,149	
De 3 a 7 dias	5,40	2,88-10,12	<0,001	1,67	0,83-3,37	0,146	
De 8 a 15 dias	3,28	1,87-5,76	<0,001	1,40	0,75-2,63	0,282	
De 16 a 30 dias	1,18	0,71-1,99	0,510	0,81	0,45-1,45	0,481	
Mais que 30 dias	1,00			1,00			
Acesso a exames, quando solicitados							
Sim, todas as vezes	7,41	4,17-13,14	<0,001	4,31	2,22-8,37	<0,001	
Sim, algumas vezes	2,97	1,74-5,06	<0,001	2,79	1,50-5,18	0,001	
Não, não precisou realizar exames	2,83	1,55-5,14	0,001	3,58	1,79-7,16	<0,001	
Não, não conseguiu realizar nenhum exame	1,00			1,00			

Acesso a consulta com especialistas, quando solicitados

Sim, todas as vezes	6,02	2,89-12,55	<0,001	1,72	0,78-3,78	0,176
Sim, algumas vezes	1,32	0,75-2,31	0,330	0,68	0,36-1,27	0,231
Não, não precisou de consulta com especialista	1,68	1,01-2,80	0,044	0,63	0,36-1,13	0,126
Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta	1,00			1,00		

Atendimento realizado pela equipe do PMC fora do horário de agendamento

Sim	1,81	1,12-2,91	0,015	1,21	0,70-2,07	0,488
Não	0,14	0,09-0,24	<0,001	0,67	0,39-1,14	0,142
Não houve necessidade	1,00			1,00		

Compreender as orientações sobre os cuidados, passadas pelos profissionais da equipe do PMC

Sempre	10,61	4,27-26,37	<0,001	3,16	1,31-7,64	0,010
Na maioria das vezes	7,01	2,47-19,85	<0,001	3,49	1,24-9,85	0,018
Quase nunca e Nunca	1,00				1,00	

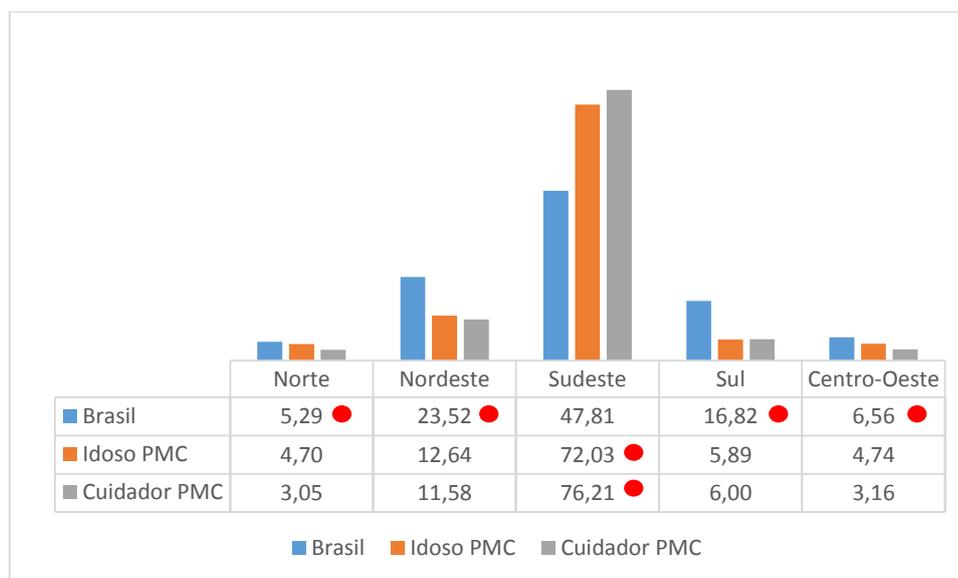
PMC: Programa Melhor em Casa; OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Ao analisar as variáveis independentes que apresetaram associação com o grupo de idosos e de cuidadores, nota-se que os resultados foram parecidos, ou seja, fatores praticamente iguais parecem influenciar na satisfação e nenhum deles estava relacionado aos fatores socioeconômicos e demográfico. Todavia, a variável região não foi colocada para análise nas regressões, uma vez que, não apresentou número suficientes de indivíduos nos subgrupos para que a análise fosse realizada. Havia uma grande concentração de idosos e cuidadores satisfeitos e que residiam no Sudeste.

Todavia, ao verificar a quantidade de idosos no Brasil em suas respectivas regiões, segundo a projeção do IBGE para o ano de 2019, disponibilizada no Datasus, notou-se uma diferença significativa ($p < 0,001$) entre os números totais de idosos residentes e o

número daqueles que estão cobertos pelo PMC. Apenas na região Sudeste o valor esperado para os idosos atendidos pelo programa ficou acima, nas outras regiões os valores ficaram todos abaixo do esperado (Gráfico 1).

Gráfico 1- Frequência relativa da distribuição de idosos nas regiões do Brasil, segundo Datasus em 2019 e da população de idosos e cuidadores atendidos pelo PMC.



● - Resíduo padronizado > 1,96

7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do Programa Melhor em Casa e seus fatores associados. O tema satisfação já vem sendo discutido e abordado em vários estudos, embora ainda não se tenha clareza e definição de como esta variável deve ser investigada. Vale ressaltar que, nenhum estudo foi encontrado com a proposta de avaliar a satisfação por meio da Análise de Classes Latentes, como foi proposto no presente estudo. Além disso, avaliar a satisfação dentro desta perspectiva, e de um programa nacional ofertado pelo serviço público de saúde torna ainda mais raro o achado na literatura.

Com relação ao perfil dos idosos e cuidadores atendidos pelo PMC, estudo realizado por Bajotto *et al.* (2012) em Porto Alegre com idosos atendidos por um programa de atenção domiciliar ofertada pelo SUS, apresentou características semelhantes entre as populações. Onde, a maioria dos idosos eram do sexo feminino, com idade variando entre os 60 e 98 anos. Outros estudos corroboram os achados relacionados as características socioeconômicas e demográficas da população, de maioria feminina, com idade mais avançada, de baixa renda, com cuidadores do tipo informal e com ensino médio completo ou incompleto (CARNAÚBA *et al.*, 2017; DEFINE; FRANCISCO; KPOGHOMOU, 2019; NEVES; SEIXAS; ANDRADE; CASTRO, 2019; LOUREIRO; FERNANDES, 2015). Sendo assim, nota-se um perfil semelhante entre o grupos de idosos e de cuidadores que estão inseridos no contexto da atenção domiciliar.

No que se refere a maioria do idosos ser do sexo feminino, acredita-se que as idosas tenham uma maior sobrevivência, permitindo assim que elas cheguem a idades mais avançadas, nas quais o aparecimento de doenças crônicas se tornam mais evidentes assim como suas consequências (CAMARGOS; GONZAGA; COSTA; BOMFIM, 2019). Já na variável idade, o grupo de idosos apresentou mediana de 70 anos e os idosos que necessitaram dos cuidadores para responder ao questionário apresentou mediana de 81 anos. Os idosos representados por cuidadores são mais logenvos e conseqüentemente podem apresentar mais comprometimentos e vulnerabilidades.

A baixa renda tanto no grupo de idosos quanto no grupo de cuidadores é um resultado esperado já que trata-se de um programa disponibilizado pelo serviço público de saúde brasileiro (NEUMANN; ALBERT, 2018). Com relação a predominância de

cuidadores informais estudos mostram que é uma característica do perfil de cuidado brasileiro, em que geralmente membros da família, amigo ou vizinho se disponibilizam para exercer tal função e oferecer uma rede de apoio e de suporte (LOUREIRO; FERNANDES, 2015; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018). A escolaridade dos cuidadores é uma informação relevante, pois estudos apontam que ela pode ser considerada um indicador de vulnerabilidade. Tendo em vista que está relacionada a apreensão de informação e habilidade para lidar com as tarefas cotidianas, a baixa escolaridade pode influenciar na realização de atividades de cuidado, tais como auxílio nos medicamentos, acompanhar em consultas, capacidade de receber e transmitir orientações médicas. Nesta perspectiva, quanto maior o nível de escolaridade, melhor a qualidade dos cuidados prestados (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018; MAGALHÃES; SILVA, 2014).

Com relação a região em que residiam os idosos e os cuidadores, mesmo não havendo uma diferença estatisticamente significativa, é notável a distribuição desigual de atendidos pelo PMC. Com uma porcentagem de 72% de idosos e 76,2% de cuidadores morando na região Sudeste e uma minoria de 3,1% dos idosos na região Norte e 4,7% de cuidadores na região Norte e Nordeste. Mesmo que o número de idosos seja maior na região Sudeste e menor nas outras regiões, a proporção dos cobertos pelo PMC não é equivalente.

A região Sudeste é colocada como a que apresenta indicadores melhores de saúde, quando comparada a região Norte e Centro-oeste. Além disso relata-se que, as regiões Sudeste e Sul do país apresentam experiências com a atenção domiciliar de forma mais sistematizadas e reconhecidas no campo da formulação de políticas públicas (BRASIL, 2014). Estes dados podem explicar as diferenças aqui encontradas, sendo importante salientar a importância de se ter uma cobertura equitativa em todas as regiões do país.

No que se refere a atenção domiciliar no Brasil, existe uma abordagem tanto de serviços particulares quanto de serviços públicos. Dentre os serviços prestados pelo setor público, destaca-se as equipes de saúde da família e a do PMC (NERY; FAVILLA; ALBUQUERQUE; SALOMON, 2018). O PMC tem se configurado como um espaço não tradicional de atenção à saúde, em que os profissionais, em conjunto com os cuidadores, cuidam de usuários elegíveis para o atendimento em casa. O domicílio ganha dimensão

de ambiente particular, individual, possibilitando que a assistência esteja centrada no usuário e sua família (ANDRADE *et al.*, 2017).

O PMC que foi analisado por esta pesquisa apresentou algumas características que corroboram o que é preconizado pela legislação do programa e outras não apresentaram semelhança. No que diz respeito a frequência de visitas, os dois grupos (idosos e cuidadores) apresentaram uma frequência diária ou semanal. O que corresponde com o preconizado o qual, a média de visitas deve ser pelo menos semanal dada a complexidade dos pacientes que são indicados para este modelo de atenção (BRASIL, 2011a). O tempo para primeira visita, depois da indicação para o programa, foi considerado como rápido. Chegando em sua maioria, a no máximo sete dias no grupo de cuidadores e três no dos idosos

Com relação ao fornecimento de orientações pela equipe ao idoso ou ao cuidador, é uma atribuição e uma ação para implantação do serviço o treinamento das equipes para orientar quanto aos cuidados necessários (BRASIL, 2012). No referente estudo esta atribuição foi pontuada positivamente pois, idosos e cuidadores, em sua maioria, receberam e compreenderam as orientações que foram prestadas pela equipe.

No que tange a preparação dos cuidadores, o programa não atingiu a meta, das equipes do PMC ofertarem cursos e realizarem grupos junto aos cuidadores, pois, 80,2% destes não foram convidados e nem participaram de cursos ofertados pela equipe do PMC. Necessidade esta de extrema importância na manutenção do cuidado, sendo assim, tanto as equipes de atenção básica quanto as de atenção domiciliar devem orientar e supervisionar à qualificação daqueles que estão cuidando dos indivíduos no domicílio. E esta qualificação dos cuidadores deve voltar-se para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades para que possam realizar funções específicas quanto aos cuidados diários dos pacientes de maneira capacitada (BRASIL, 2012).

Pouco mais da metade dos idosos (58,3%) e dos cuidadores (53,6%), respondeu que além da equipe do PMC também eram acompanhados pela Equipe de Saúde da Família. Promover o cuidado compartilhado com os serviços/equipes de saúde que compõem a rede é essencial para a prática diária das equipes, pois o paciente em atenção domiciliar, muitas vezes, apresenta-se com uma característica migratória entre os diversos pontos de atenção. Além disso, esse paciente comumente se caracteriza pela

multipatologia, polifarmácia e fragilidades em diversas esferas, seja pelo quadro clínico que possui, seja pelas condições socioeconômicas. O trabalho integrado e o cuidado compartilhado potencializam a eficácia e eficiência da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Com relação ao acesso, a maioria de idosos e cuidadores responderam que sempre que houve necessidade conseguiram ter acesso a exames e consultas com especialistas. Isto pode ser explicado pelo fato de que em alguns municípios, a organização da equipe do PMC está sediada dentro de uma Unidade de Pronto Atendimento ou até de hospitais, o que possibilita a articulação do serviço de atenção domiciliar com este ponto da RAS, facilitando a tomada de decisões referentes ao cuidado e também reforça o aspecto normativo da AD enquanto um componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2014). Neste cenário, o PMC promove a articulação necessária no interior da RAS, exercendo o papel de modalidade substitutiva, buscando garantir a continuidade da assistência, a qual foi iniciada, prevenindo-se a hospitalização (ANDRADE *et al.*, 2013).

No que se refere a satisfação, observa-se que é uma variável que vem sendo discutida, definida e abordada pelos autores de estudos há alguns anos porém, ainda não existe consenso na literatura a respeito da metodologia que deve ser utilizada e nem dos instrumentos para avaliá-la (KAJONIUS; KAZEMI, 2016; SMITH-CARRIER *et al.*, 2016; LEVINE *et al.*, 2018; STOLEE; ZAZA; SCHUEHLEIN, 2012; RODRÍGUEZ-CERRILLO *et al.*, 2010). A avaliação da satisfação dos serviços de saúde, públicos ou privados, representa uma preocupação mundial. Ela é fundamental para conhecimento das falhas e aspectos positivos de cada serviço, de modo que possibilita e dá subsídios para melhoria dos serviços e no auxílio do planejamento das políticas públicas voltadas ao setor de saúde (JUNIOR; DIAS, 2016). É considerada como um indicador de qualidade dos serviços (GILL; WHITE, 2009).

O presente estudo encontrou níveis elevados de satisfação, tanto no grupo dos idosos (93,7%) quanto no dos cuidadores (90,2%). Estudos, frequentemente, têm apresentado níveis altos de satisfação dos usuários, tanto no âmbito internacional como no Brasil, e isto ocorre independente da característica do serviço e da metodologia utilizada (STOLEE; ZAZA; SCHUEHLEIN, 2012; SMITH-CARRIER *et al.*, 2016; HOLLANDA *et al.*, 2012). Alguns pesquisadores atribuem este fato ao viés da gratidão, em que existe uma relutância em expressar opiniões negativas (DONABEDIAN, 1980b).

E normas de cortesia, como obrigações sociais em demonstrar respeito pelas autoridades ou entender a crítica como algo que mostra incôveniência social também podem estar associados à satisfação elevada (ATKINSON; MEDEIROS, 2009).

Porém, vale ressaltar a importância de se avaliar a satisfação de um serviço de saúde como forma de subsídio para o planejamento e retorno das ações que estão sendo implantadas, além de emponderar o usuário dentro da construção do serviço de saúde. Além disso, na tentativa de reduzir algum viés o presente estudo avaliou a satisfação por meio de Análise de Classes Latentes pois, levou em consideração a sua complexidade e a dificuldade em se medir ou mensurar. Sendo assim, o achado a respeito da satisfação de idosos e cuidadores com o PMC também pode ser justificado pela qualidade dos serviços ofertados, uma vez que, em sua caracterização o programa apresentou indicadores positivos em praticamente todos os aspectos avaliados. Também foram encontrados fatores que estão associados a esta satisfação elevada, tanto dos idosos quanto dos cuidadores.

Com relação aos fatores que mostraram associação significativa com a satisfação, após a análise múltipla (multivariada), os grupos dos idosos e dos cuidadores apresentaram resultados semelhantes. Ambos os grupos tiveram como fator associado o tempo entre a indicação ao PMC e a primeira visita, o acesso a exames quando foram solicitados e a visita fora do horário agendado, quando necessária. Além destes, os idosos apresentaram como fator associado ser acompanhado também pela Equipe de Saúde da Família, e os cuidadores ter acesso a consulta com especialista para o idoso, quando solicitado e compreender as orientações a respeito dos cuidados com os idosos. Nenhuma variável socioeconômica ou demográfica manteve a associação com a satisfação.

Martins *et al.* (2014), relatam que segundo a percepção dos usuários os fatores que podem garantir uma melhor qualidade dos serviços públicos de saúde em todas as complexidades incluem, diminuir o tempo de espera e a facilidade para agendar consulta em serviço especializado, corroborando os nossos achados. A qualidade aferida pela percepção do usuário baseia-se no conceito que esse faz em relação ao fato de um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado (MEDEIROS; SOUZA; BARBOSA, 2010; SCHWARTZ *et al.*, 2010). Ou seja, os usuários realizam comparações entre o desempenho dos serviços e suas expectativas, os resultados são bons, quando a qualidade

percebida é obtida (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010; DAMASCENO, 2012; JORGE *et al.*, 2007).

Neste estudo o tempo de espera para iniciar os atendimentos do PMC foi classificado como pequeno, chegando em sua maioria a no máximo sete dias no grupo dos cuidadores e com aproximadamente 6 vezes mais chance de estarem satisfeitos com o serviço se esse tempo fosse alcançado, e a três dias no grupo dos idosos, em que este tempo aumentava em aproximadamente 10 vezes a chance de satisfação com o serviço. Pode-se inferir que a expectativa foi alcançada e conseqüentemente o desempenho do serviço e sua qualidade obtiveram bons resultados, deixando os idosos e os cuidadores satisfeitos com o programa.

Com relação a garantia de acesso a serviços de diferentes complexidades, foram criadas redes de atenção à saúde (RAS) que são formadas por arranjos organizacionais de conjuntos de serviços de saúde ligados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que fornece a possibilidade de uma atenção contínua e integral aos usuários (MENDES, 2010). O serviço de atenção domiciliar faz parte da RAS e tem como objetivo articular-se com outros pontos de atenção à saúde, principalmente hospitais, serviços de urgência e com a atenção básica, buscando evitar demanda direta dos usuários. Ele também deve assegurar fluxos de encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgências (BRASIL, 2016). E como muitas vezes as equipes estão inseridas em hospitais ou em unidades de pronto atendimento, a facilidade do acesso de seus usuários a outros serviços pode aumentar, o que não ocorre em outros serviços públicos de saúde (ARRUDA; BOSI, 2017).

Dessa forma, se justifica o fato dos idosos e dos cuidadores terem conseguido o acesso, na maioria das vezes, sempre que foram solicitados. Dado este que mostrou relação significativa e levou a um aumento de até aproximadamente 7 vezes a chance de estarem satisfeitos com o PMC.

As visitas fora do horário agendado também apresentaram associação significativa nos dois grupos (idosos e cuidadores), estando mais satisfeitos com o programa aqueles que recebiam estas visitas, que por sua vez, mostram uma diponibilidade maior da equipe para o cuidado. Estudo realizado por Gorina *et al.* (2014) analisou dois modelos de

atenção domiciliar, em que a diferença entre eles estava no tempo disponibilizado pela equipe para o atendimento. Aquele no qual a equipe disponibilizava um tempo maior junto aos pacientes, mostrou melhores níveis de satisfação pelos usuários quando comparado com o outro modelo no qual a equipe disponibilizava um menor tempo. Arruda e Bosi (2017) colocam a disponibilidade da equipe como uma oferta de ajuda, ressaltando a necessidade do estabelecimento de vínculo, que se apresenta como determinante no que diz respeito à satisfação dos usuários em relação ao atendimento.

No que tange a compreensão das orientações informadas pela equipe, estudo realizado por Kajonius e Kazemi (2016) encontrou forte associação entre a satisfação e o acesso a informações por parte dos usuários. Compartilhar informações os envolve em uma parceria ativa nos cuidados. Fatores como este que envolve o relacionamento entre equipe e usuários ou cuidadores, parece ser primordial na satisfação com o serviço. Neste estudo compreender estas informações/orientações mostrou-se como um forte fator entre os cuidadores na influência quanto a satisfação, levando à uma chance 10 vezes maior de satisfação entre aqueles que sempre compreendiam quando comparados com aqueles que nunca ou quase nunca compreendiam.

Por fim, o idoso ser acompanhado pelo PMC e pela Equipe de Saúde da Família foi associado à satisfação, no qual, aqueles que tinham seus cuidados compartilhados estavam mais satisfeitos. O compartilhamento do cuidado está relacionado a compreensão da equipe sobre as necessidades do paciente e a sensibilidade às singularidades de cada usuário. Promover este cuidado compartilhado com as equipes ou serviços que compõem a rede é essencial, ele potencializa a eficácia e a eficiência da RAS, e como a gestão do cuidado ao paciente da atenção domiciliar é complexa, existe uma exigência de integração e interação de grande parte da rede (BRASIL, 2012). Possivelmente, dentro desta perspectiva de compartilhamento do cuidado o idoso sente-se mais seguro e confortável com o atendimento e conseqüentemente isto reflete na percepção da qualidade do serviço e na satisfação do mesmo.

No que diz respeito as limitações do estudo, a natureza ser baseada em análise de dados secundários acaba reduzindo o acesso a informações que podíamos considerar como relevantes mas, que não continham no estudo de onde os dados foram extraídos. Porém, foi o que possibilitou ter uma análise ampla e utilizar os usuários de todo país. As informações socioeconômicas e demográficas estarem mais relacionadas aos idosos do

que aos cuidadores, dificultou a caracterização deste grupo. E embora o número tenha sido menor de indivíduos idosos quando comparado ao de cuidadores, vale ressaltar que, as limitações dos idosos inseridos no PMC são elevadas e muitos apresentam-se acamados ou, muitas vezes, com déficits cognitivos, o que impossibilitava as respostas ao questionários.

8 CONCLUSÃO

A atenção domiciliar vem se tornando uma importante ferramenta de cuidado ao idoso. Ter um serviço que auxilia na desospitalização de pacientes crônicos e viabiliza os cuidados em seu domicílio torna-se bastante relevante. Diante do cuidado aos idosos dentro do lar o papel do cuidador emerge como uma importante ponte de ligação entre o paciente, a família e a equipe. O cuidador, seja ele formal ou informal, torna-se responsável pelo idoso, por ouvir, transmitir e executar as orientações da equipe relacionadas ao cuidado.

O Programa Melhor em Casa como um fornecedor da atenção domiciliar no Brasil e como um serviço público de saúde deve passar por avaliações quanto a prestação de seus serviços. A satisfação como um dos critérios desta avaliação vem ganhando cada vez mais força e permite a participação do usuário de forma ativa dentro do planejamento da gestão pública, no qual os resultados das ações impletadas podem ser observados.

A satisfação mostrou-se como uma variável de complexa análise e avaliação, a literatura não oferece consenso quanto a metodologia ou instrumento a ser utilizado. Por isso, optou-se pela Análise de Classes Latentes que permite um agrupamento de questões subjetivas para chegar a uma conclusão de acordo com o padrão de resposta. Com isto, os idosos e os cuidadores foram classificados em satisfeito, moderadamente satisfeito e insatisfeito. Contudo, nos dois grupos, mais de 90% dos participantes demonstraram satisfação com o programa.

Dentre os fatores investigados, nenhuma variável socioeconômica ou demográfica permaneceu sendo associada à satisfação. Enquanto que as relacionadas ao programa como: tempo entre indicação e primeira visita, acesso a exames e especialistas, visitas fora dos horários de agendamento, compreensão das orientações transmitidas pela equipe e ser acompanhado pelo PMC e pela Equipe de Saúde da Família, mostram associação estatisticamente significativa.

Neste sentido, estudos como este possibilitam um melhor entendimento dos principais fatores relacionados a satisfação dos usuários e de seus cuidadores, auxiliando na compreensão a cerca do programa e também podendo auxiliar no planejamento da gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. et al. Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. **International Nursing Review**. United Kingdon, v. 59, [s.n.], p. 266-273, 2012.
- AKERMAN, M; MENDES, R.; BORGES, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência e saúde coletiva**. Rio de janeiro, v.9, n.3, p. 605-615, jul./set., 2004.
- ANDRADE, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v. 70, n. 1, p. 210-9, jan./fev. 2017.
- ANDRADE, A.M.; BRITO, M.J.M.; SILVA, K.L.; MONTENEGRO, L.C.; CAÇADOR, B.S.; FREITAS, L.F.C. Organization of the Health System from the perspective of home care professionals. **Rev Gaucha Enferm**. v.34 n.2 p.111-7. 2013.
- ANVISA. PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PNASS. Brasília 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/PNASS.pdf>>. Acessado em: 06 de setembro de 2018.
- ARRUDA, C.A.M.; BOSI, M.L.M. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. **Interface (Botucatu)**. v.21 n.61 p.321-32. 2017.
- ATKINSON S, MEDEIROS RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. **Soc Science Med**. v. 68 n.11 p. 2089-2096. 2009.
- BAJOTTO, A.P., WITTER, A., MAHMUD, S.J., SIRENA, S., GOLDIM, J.R. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. **Rev HCPA**. v.32 n.3. 2012.
- BRANDÃO, GIOVANELLA L, CAMPOS C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Cien Saude Colet**. v.18 n.1 p.103- 114. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde**, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Volume 1. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei número 13.460 de 26 de Junho de 2017**. Dispões sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm>.
Acessado em: 04 de Fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília (DF): MS; 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>.
Acesso em: 27 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 963, de 27 de Maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. Disponível em <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>.
Acesso em: 23 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011b. Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass : Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013b. Disponível em :
<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa/trabalho-das-equipes>> Acessado em: 04 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013c. Disponível em:<
<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>>. Acessado em: 04 de setembro de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013d. Disponível em:<
<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa/adesao-ao-melhor-em-casa>>. Acessado em: 04 de setembro de 2018

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 115- 121, jan./fev. 2004.

CABRERA, M.A.S.; ANDRADE, S.M.; WAJNGARTEN, M. Causas de mortalidade em idosos: Estudo de seguimento de nove anos. **Geriatrics & Gerontology**. v.1 n.1 p.14-20. 2007.

CAMARGOS, M.C.S., GONZAGA, M.R., COSTA, J.V., BOMFIM, W.V. Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. **Ciênc. saúde colet.** v.24 n.3. Mar. 2019.

CAMPANA, A.O.; PADOVANI, C.R.; IARIA, C.T.; FREITAS, C.B.D.; DE PAIVA, S.A.R.; HOSSNE, W.S. **Investigação científica na área médica**. 1st ed. Sao Paulo: Manole; 2001.

CARNAÚBA, C.M.D., SILVA, T.D.A., VIANA, J.F., ALVES, J.B.N., ANDRADE, N.L., FILHO, E.M.T. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.20 n.3. May/June 2017.

CARVALHO, L.M. Governando a educação pelo espelho do perito: uma análise do pisa como instrumento de regulação. **Educ. Soc., Campinas**. v. 30 n.109 p.1009-1036, set./dez. 2009.

CASSALES, L.; SCHROEDER, F. . Cuidadores de idosos com Alzheimer em suas Configurações: Familiares e Profissionais. **SEPE- Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**. 2012.

COLLINS, L. M.; LANZA, S. T. Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences. **Ed. Wiley**. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Revue Epidemiologie et Santé Publiqu**, Paris, v. 48 p. 517- 539. 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz. 131 p. 1997.

CRUZ, I.L.C.M, PARENTE, A.S., MESQUITA, F.O.S., JERONIMO, A.S.. Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS em um município do sertão de Pernambuco. **Rev. Mult. Psic.** v.11 n. 39. ISSN 1981-1179. P.142-163. 2017.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 30 n. 1 p. 37-40. 2012.

DANTAS, I.C., JUNIOR, E.P.P., MEDEIROS, K.K.S., SOUZA, E.A. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 20 n. 01 p. 93-108. 2017.

DEFINE, A.P.F., FRANCISCO, C.M., KPOGHOMOU, M.B. Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade. **Revista Recien**. v.9 n.28 p.113-122. 2019.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian). **Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press**. v. 1 p. 77-125. 1980a.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in quality assessment and monitoring). **Ann Arbor: Health Administration Press**. v.1. 1980b.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed. **JAMA**. v. 260 n.12 p. 1743-1748; sept., 1988.

ESPERIDIÃO M.A., TRAD L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad Saude Publica**. v.22 n.6 p.1267-1276. 2006.

ESPERIDIÃO, M.A. Avaliação de Satisfação de Usuários: II. Considerações metodológicas. (**mimeo**). p. 28-9. 2004.

ESPERIDIÃO, M.A., VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição da problemática. **Saúde debate**. Out. 2018.

FAVARO, P.; FERRIS, L.E. Program evaluation with limited fiscal and human resources. In: LOVE, A.J. (Ed.). **Evaluation methods sourcebook**. Ottawa: Sociéte Canadienne d'Evaluation, 1991.

FEUERWERKER ,L.C.M., MERHY, E.E. Atenção domiciliar na confi guração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v.24 n.3 p.180-8. 2008.

FIGUEIREDO, D. Cuidado Familiares ao Idoso Dependente. Lisboa, Climepsi. 2007.

FONSECA, A.F., MENDONÇA, M.H.M. A interação entre avaliação e a atuação dos agentes comunitários de saúde: Subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38 n. especial p. 343-357, out. 2014.

FREK, J.; FREJKA, T.; BOBADILHA, J.L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPÚLVEDA, J.; JOSÉ, M. La transición epidemiológica en américa latina. **Bol of sanit panam**. v.111 n.6. 1991.

GILL L, WHITE L. A critical review of patient satisfaction. **Leadership Health Serv**. v.22 n.1 p.8-19. 2009.

GORINA, M.; LIMONEROA, J.T.; PENART, X.; JIMÉNEZD, J.; GASSÓE, J. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. **Aten Primaria**. 2014.

HOLLANDA E.; SIQUEIRA, S.A.V.; ANDRADE, G.R.B.; MOLINARO, A.; VAITSMAN, J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciênc Saúde Colet.** v.17 n.12 p.3343-3352. 2012.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression. Danvers: John Wiley & Sons, Inc., 2ª ed., 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047.** 2018. Disponível em < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>> Acessado em: 23/08/2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Em 2018, expectativa de vida era de 76,3 anos.** 2019. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26104-em-2018-expectativa-de-vida-era-de-76-3-anos>>. Acessado em: 30/01/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais.** 2007. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em: 24/08/2018.

JESUS, I.T.M.; ORLANDI, A.A.S.; ZAZZETTA, M.S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.21 n.2 p.199-209. 2018.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; VIEIRA, L.B.; PAIVA, F.D.S; SILVA, D.R.; PINTO, A.G.A. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev Baiana Saude Publica.** v.31 n.2 p.256-66. 2007.

JUNIOR, G.B.S.; DIAS, E.R. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no Nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. **R. Dir. sanit.** v.17 n.2, p. 13-29, jul./out. 2016.

KAJONIUS, P.J.; KAZEMI, A. Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. **Health and Social Care in the Community.** v.24 n.6 p.699–707. 2016.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família: na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 15 n. 5 p. 2621-2626, ago. 2010.

LEBRÃO, L.M. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde coletiva.** v.04 n.17 p.135-140, 2007.

- LEVINE, S.; STEINMAN, B.A.; ATTAWAY, K.; JUNG, T.; ENGUIDANOS, S. Home Care Program for Patients at High Risk of Hospitalization. **Am J Manag Care**. v.18 n.8 p.e269–e276. 2018.
- LINDER-PELZ, S.. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science & Medicine**. v.16 n.5 p.577-582. 1982.
- LIMA, A.C.S.; CABRAL, E.D.; VASCONCELOS, M.M.V.B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.26 n.5 p.991-1002. 2010.
- LOUREIRO, L. S. N.; FERNANDES, M. G. M. Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. **Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental**, v. 7 n. supl., p.145-154, dez. 2015.
- MAGALHÃES, M.J.S.; SILVA, A.C. Conhecimento e dificuldades enfrentadas por cuidadores acerca de idosos acamados. **Rev Enferm UFPI**. v.3 n.1 p.32-8. 2014.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface: comunic., saúde, educ.** v. 14 n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MARIN, M.J.S.; CAETANO, F.B.; PALASSON, R.R. Avaliação da satisfação dos usuários do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar. **Espaço para Saúde** [Internet]. 2001
- MARTINS, L.F.V.; MENEGHIM, M.C.; MARTINS, L.C.; PEREIRA, A.C. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **RFO**. v. 19 n. 2 p. 151-158, maio/ago. 2014.
- MASCARENHAS, S.H.Z.; BARROSII, A.C.T.O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.** v.11 n.1 p.45-54. 2009.
- MEDEIROS, F.A.; SOUZA, G.C.A.; BARBOSA, A.A.A.; COSTA, I.C.C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev Salud Publica**. v.12 n.3 p.402-13. 2010.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saude Colet**. v.15 n.5 p.2297-305. 2010.
- MENDES, P.B.M.T. Quem é o cuidador? In: Dias ELF (Org.). Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Editora da Unicamp; p.19-33.17. 2002.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, Rio de Janeiro, 2008.

- MILBANK, Q. OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. **A multidisciplinary Journal of Population health and health policy**. v.83 n.4 p.731-757. 2005.
- MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.S.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.19 n.3 p.507-519.2016.
- NEUMANN, L. T. V.; ALBERT, S. M. Aging in Brazil. **The Gerontologist**, 2018.
- NERY, B.L.S.; FAVILLA, F.A.T.; ALBUQUERQUE, A.G.A; SALOMON, L.R. Características dos serviços de atenção domiciliar. **Rev enferm UFPE** [internet]. v.12 n.5 p.1422-9, maio, 2018.
- NEVES, A.C.O.J., SEIXAS, C.T., ANDRADE, A.M., CASTRO, E.A.B. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 29 n.2 p.e290214, 2019.
- NYLUND, K.L., ASPAROUHOV, T., MUTHÉN, B.O. Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. v.14 n.4 p.535-69. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- PALLONI, A.; PINTO-AGUIRRE, G.; PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of ageing in latin America and the Caribbean. **International journal of epidemiology**. v.31 p.762-771. 2002.
- PASCOE, G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Eval Program Plann.** v.6 n.3-4 p.185-210. 1983.
- PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation: the new century text. 3rd ed. **Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications**, 1997.
- PAVARINI, S.C.I; TONON, F.L.; SILVA, J.M.C.; MENDIONDO, M.Z.; BARHAM, E.J.; FILIZOLA, C.L.A. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.8 n.3 p.326-335. 2006.
- PEDREIRA, L.C.; OLIVEIRA, A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v.65 n.5 p.730-736. 2012.
- PEREIRA, R.A.; SOUZA R.A.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v.6 n.1 p.99-108, jan-jun, 2015.

PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica . **CEPESC**; 2009.

POZZOLI, S.M.L.; CECÍLIO, L.C.O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde Debate**. v. 41 n. 115 p. 1116-1129, out-dez, 2017.

PROTASIO, A.P.L., GOMES, L.B., MACHADO, L.S., VALENÇA, A.M.G. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22 n.6 p.1829-1844, 2017.

RAFACHO, M.; OLIVER, F.C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de aúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup**. v.21 n.1 p.41-50. 2010.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 10 p. 231242, 2005.

RIOS, S.O.; MENDES, V.L.p.s. Qualidade e avaliação em serviços públicos federais no brasil: panorama histórico e normativo. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.40 supl.1 p.250-268. 2016.

RODRÍGUEZ-CERRILLO, M.; POZA-MONTORO, A.; FERNANDEZ-DIAZ, E.; ROMERO, A.I. Patients with uncomplicated diverticulitis and comorbidity can be treated at home. **European Journal of Internal Medicine**. p.553–554. 2010.

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

SITTA, E. I.; ARAKAWA, A. M.; CALDANA M. L.; PERES, S. H. C. S. A contribuição dos estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**. v.12 n.6 p.1059-1066. 2010.

SCHWARTZ, T.D.; FERREIRA, T.B.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória/ES. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.15 n.4 p.43-50. 2010.

SMITH-CARRIER, T.; SINHA, S.K.; NOWACZYNSKI, M.; AKHTAR, S.; SEDDON, G.; PHAM, T. It ‘makes you feel more like a person than a patient’: patients’ experiences receiving home-based primary care (HBPC) in Ontario, Canada. **Health and Social Care in the Community**. 2016.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice. 2. ed. Lisboa: Ambar. 145 p. 2006. WANSSA, M.C.D. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**. v.19 n.1 p.105-17. 2011.

STOLEE, P.; ZAZA, C.; SCHUEHLEIN, S. Evaluation of a volunteer-led in-home exercise program for home-bound older adults. **Work** 41. p.339–354. 2012.

TAVOLARI, C.E.L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Rev ADM em Saúde**. v.9 n.3. 2000.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**. v.18 n.6 p.1561-1569, nov./dez., 2002.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v.10 n. 3 p. 599- 613. 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad Saúde Pública**. v.23 n.10 p.2463-6. 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org). Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. **Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ**. p. 15-39. 2005.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em saúde para debate**. n.3, p. 17-25, fev.1991.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Avaliação de programas – concepções e práticas. **São Paulo: Editora Gente/Edusp**. 2004.

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DO RELATÓRIO MELHOR EM CASA ETAPA**III**

1. Quem respondeu a pesquisa?

ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE: Esta pergunta não deve ser feita ao (à) cidadão (ã), apenas marque conforme o (a) respondente.

Não precisa questionar novamente nem preencher o campo observação com o nome do cuidador, pois isso deve ter sido informado anteriormente no campo “Dados do cuidador”.

Sendo o cuidador, adapte a linguagem em todas as perguntas, conforme orientação do Roteiro

Paciente (BLOQUEAR 3, 4 e 17)

Cuidador novamente

2. Qual a renda de sua família?

Qual a renda da família do paciente?

ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE: a renda é de todos os membros da família que residem com o paciente.

Se a pessoa informar que recebe 1 salário mínimo a opção que deverá ser marcada é entre 1 e 2.

1. Menos de 1 Salário Mínimo

2. Entre 1 e 2 Salários Mínimos

3. Maior que 2 até 5 Salários Mínimos

4. Maior que 5 até 10 Salários Mínimos

5. Mais de 10 Salários Mínimos

6. Não tem renda

7. Não sabe/não respondeu

3. Qual o seu grau de relação com o paciente? (APENAS CUIDADOR)

ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE: Sinalizar ao cuidador (a) que esta questão se refere a ele próprio, cuidador.

1. Marido/Mulher
2. Companheiro(a)
3. Filho(a)
4. Pai/Mãe
5. Padrasto/madrasta
6. Irmão(ã)
7. Tio(a)
8. Primo(a)
9. Sogro(a)
10. Cunhado(a)
11. Amigo(a)
12. Vizinho(a)
13. Pessoa contratada
14. Outros. Quais? _____
15. Não sabe/não respondeu

4. Qual a sua escolaridade? (APENAS CUIDADOR)

ORIENTAÇÃO AO TELEATENDENTE: Sinalizar ao cuidador (a) que os dados desta questão se referem a ele próprio, cuidador.

1. Não sabe ler / escrever
2. Alfabetizado (pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhece)
3. Nível Fundamental Incompleto
4. Nível Fundamental Completo

5. () Nível Médio Incompleto
6. () Nível Médio Completo
7. () Nível Superior Incompleto
8. () Nível Superior Completo
9. () Especialização/residência
10. () Mestrado
11. () Doutorado
12. () Pós-doutorado
13. () Não sabe/não respondeu

5. O(a) Sr(a) sabia que esse serviço de atenção domiciliar é do SUS?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não respondeu

a) Perguntas sobre o atendimento (6 a 17)

6. O (A) Sr.(a) ainda está recebendo as visitas da equipe em sua casa?

O (A) Sr. (a) (nome do Paciente) ainda está recebendo as visitas da equipe em sua casa?

Em caso de falecimento, adaptar a pergunta para o passado.

1. () Sim (BLOQUEAR 8,9 e 10)?

2. () Não

3. () Não sabe/não respondeu

7. Além do atendimento pela Equipe de Atenção Domiciliar, o (a) Sr.(a) e sua família são acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família?

Além do atendimento pela Equipe de Atenção Domiciliar, o (a) Sr.(a) (Nome do paciente) e sua família são acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família? Orientação ao teleatendente: A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA É A EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA QUE ATENDE NO POSTO OU CENTRO DE SAÚDE.

1. () Sim

2. () Não

3. () Não sabe/não respondeu

8. O (A) Sr. (a) teve alta do programa Melhor em Casa?

Ele (a) teve alta do programa Melhor em Casa?

Em caso de falecimento, adaptar a pergunta para o passado:

“Ele (a) teve alta do programa Melhor em Casa antes de falecer?”

1. () Sim

2. () Não (BLOQUEAR 9 e 10)

3. () Não sabe/Não respondeu (BLOQUEAR 9 e 10)

9. Após a alta do Melhor em Casa houve necessidade de continuidade de tratamento pela equipe da Unidade Básica de Saúde?

Orientação ao teleatendente: se a resposta for sim, questione “onde” e ofereça as opções de domicílio ou Unidade de saúde.

Em caso de falecimento, adaptar a pergunta para o passado.

1. () Sim, no domicílio

2. () Sim, na unidade de saúde

3. () Sim, mas não teve acesso (BLOQUEAR 10)

4. () Não, não houve necessidade (BLOQUEAR 10)

5. () Não sabe / não respondeu. (BLOQUEAR 10)

10. Esse tratamento aconteceu/vem acontecendo de maneira satisfatória? Orientação ao teleatendente: se responder SIM questione se sempre ou na maioria das vezes; se responder NÃO, verifique se nunca ou quase nunca.

1. () Sempre

2. () Na maioria das vezes

3. () Quase nunca

4. () Nunca

5. () Não sabe/não respondeu

11. Depois que o profissional de saúde que o acompanhava ter indicado a atenção domiciliar para o (a) Sr. (a), qual foi o tempo de espera até a primeira visita da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa?

Depois que o profissional de saúde que acompanhava o (a) Sr (a) (nome do paciente) ter indicado a atenção domiciliar para ele (a), qual foi

o tempo de espera até a primeira visita da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa?

Ler as opções

1. () Até 3 dias

2. () De 3 a 7 dias

3. () De 8 a 15 dias

4. () de 16 a 30 dias

5. () Mais que 30 dias

6. () Não sabe/não respondeu

12. Com que frequência o (a) Sr. (a) recebeu/recebe visitas da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa durante o período que estava/está sendo cuidado em casa?

Com que frequência o (a) Sr. (a) (Nome do Paciente) recebeu/recebe visitas da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa durante o período que estava/está sendo cuidado em casa?

Orientação ao teleatendente: quando a resposta for diferente das opções disponíveis, marcar “não sabe/não respondeu” e colocar a frequência informada no campo de observação.

Ler as opções

1. () 1 vez ao mês

2. () 2 vezes ao mês
3. () 3 vezes ao mês
4. () Semanalmente (uma vez por semana ou mais)
5. () Diariamente
6. () Não sabe / não respondeu

13. Durante o acompanhamento da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa, o (a) Sr. (a) conseguiu/consegue realizar exames quando solicitados pelo médico?

Durante o acompanhamento da Equipe de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa, o (a) Paciente conseguiu/consegue realizar exames quando solicitados pelo médico?

Orientação ao teleatendente: se o entrevistado responder que sim, perguntar se conseguiu todas as vezes ou algumas vezes. Se responder que não, perguntar se não conseguiu ou se não precisou.

1. () Sim, todas as vezes
2. () Sim, algumas vezes
3. () Não, não conseguiu realizar nenhum exame
4. () Não, não precisou realizar exames
5. () Não sabe/não respondeu

14. Durante o acompanhamento da Equipe de Atenção Domiciliar Melhor em Casa, o (a) Sr. (a) conseguiu/consegue realizar consulta com especialista quando foi solicitado pelo médico?

Durante o acompanhamento da Equipe de Atenção Domiciliar Melhor em Casa, o (a) Paciente conseguiu/consegue realizar consulta com especialista quando foi solicitado pelo médico?

Orientação ao teleatendente: se o entrevistado responder que sim, perguntar se conseguiu todas as vezes ou algumas vezes. Se responder que não, perguntar se não conseguiu ou se não precisou.

1. () Sim, todas as vezes

2. () Sim, algumas vezes
3. () Não, não conseguiu realizar nenhuma consulta
4. () Não, não precisou de consulta com especialista
5. () Não sabe/não respondeu

15. No caso em que houve a necessidade de que a equipe fosse até o domicílio em horário diferente da visita agendada, a visita foi realizada?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não houve necessidade
4. () Não sabe/não respondeu

16. Na (s) visita(s), as orientações que lhes foram/são dadas pelos profissionais desta equipe sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: alimentação adequada, uso de medicamentos, foram/são compreendidas?

Ler as opções

1. () Sempre
2. () Na maioria das vezes
3. () Quase nunca
4. () Nunca
5. () Não sabe/não respondeu

17. O (A) senhor (a) foi convidado ou participou de algum grupo ou curso de cuidadores, ofertado pela equipe de atenção domiciliar? (APENAS CUIDADOR) Orientação ao teleatendente: se ele recebeu o convite marcar - sim. 1. () Sim 2. () Não 3. () Está em curso 4. () Não sabe/Não respondeu

b) Satisfação Geral (18 a 22)

18. O (a) Sr.(a) está satisfeito com o serviço prestado pela Equipe de Atenção Domiciliar?

1. () Sim

2. () Não

3. () Não sabe/ Não respondeu

19. Como o Sr. avalia o atendimento prestado pela Equipe de Atenção Domiciliar?
Orientação ao teleatendente: Ler apenas os conceitos nas opções de respostas.

1. () Muito bom 2. () Bom 3. () Regular 4. () Ruim 5. () Muito ruim 6. () Não sabe/ não respondeu

20. O (a) Sr. (a) recomendaria o Serviço de Atenção Domiciliar para um amigo ou familiar?

1. () Sim

2. () Não

3. () Não sabe/não respondeu

21. Em relação ao serviço de Atenção Domiciliar, o (a) Sr.(a) acha que alguma coisa precisa(m) ser melhorada(as)?

1. () Sim

2. () Não (BLOQUEAR 22/FINALIZAR)

3. () Não sabe/ Não respondeu (BLOQUEAR 22/FINALIZAR)

22. O que precisa ser melhorado no serviço de Atenção Domiciliar? (pode marcar mais de uma opção)

Ler as opções

1. () Quantidade de visitas

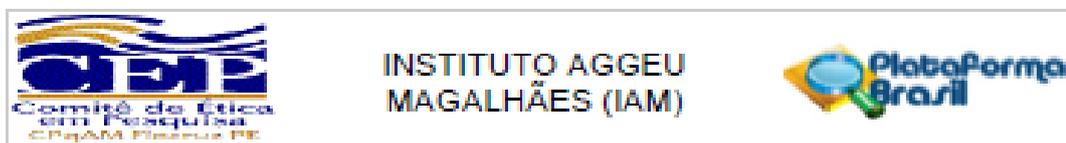
2. () Qualidade do atendimento prestado durante as visitas

3. () Quantidade de materiais disponíveis para o tratamento

4. () Realização dos exames solicitados
5. () Acesso aos medicamentos prescritos pelo médico
6. () Disponibilidade da equipe
7. () Transporte, caso seja necessária remoção do paciente para o serviço de saúde
8. () Transporte, da equipe para o domicílio do paciente
9. () Outros. Quais? _____

Encerramento: “Informo que terminamos a pesquisa. O Ministério da Saúde agradece pela atenção. Tenha um (a) bom dia / boa tarde / boa noite.”

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES E DOS IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR: PROGRAMA MELHOR EM CASA

Pesquisador: Natália Romana Gomes da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25806419.9.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Instituto Aggeu Magalhães (IAM)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.842.885

Apresentação do Projeto:

O projeto trata-se de um estudo transversal cuja hipótese é que a satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde tende a ser elevada, uma vez que, os usuários ficam satisfeitos a partir do momento que conseguem ter acesso ao serviço. Porém, alguns usuários mostram-se mais críticos que outros, e alguns fatores parecem estar relacionados ao seu grau de satisfação, como fatores socioeconômicos e demográficos e fatores relacionados ao próprio programa de saúde (recursos humanos, financeiros e acessibilidade). Tem como desenho de estudo o tipo transversal, baseado em dados secundários. A população a ser pesquisada corresponderá 6.545, sendo 5.595 cuidadores e 950 idosos, tendo como critérios de inclusão: O idoso ser atendido pela Atenção Domiciliar através do Programa Melhor em Casa e ter participado da pesquisa base; cuidador ser de idosos usuários do PMC e ter participado da Pesquisa da base; cuidadores e idosos de ambos os sexos; cuidador acima de 18 anos; idosos com 60 anos de idade ou mais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa, e seus fatores associados.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rago, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2830 Fax: (81)2101-2839 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Protocolo: 3.042.005

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas e econômicas dos idosos e dos cuidadores (sexo, escolaridade, idade, renda, tipo de relação do cuidador com o idoso e região do país que residem);
- Analisar as características do Programa Melhor em Casa (alta do paciente e condições pós -alta, tempo para primeira visita e frequência de visitas semanais, acesso a outros serviços, prestação de orientações pelos profissionais e compreensão dos usuários, convite/participação de grupos de cuidadores);
- Verificar a satisfação dos cuidadores e dos idosos com o Programa Melhor em Casa;
- Verificar se a satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do serviço de atenção domiciliar por meio do Programa Melhor em Casa associa-se com as demais variáveis avaliadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O referido projeto apresenta riscos mínimos aos participantes, visto que, não ocorrerá contato direto com o participante, apenas dados referentes aos mesmos serão utilizados. O risco de exposição nominal dos participantes será minimizado por uso de código identificador que será utilizado na pesquisa.

Benefícios:

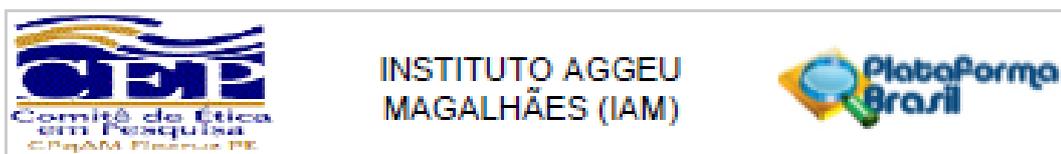
Quanto aos benefícios, esses são diversos. Através do questionário aplicado pela pesquisa da ouvidoria geral do SUS sobre o PMC serão disponibilizados dados que delinearão o perfil de satisfação com o atendimento prestado por um serviço de saúde, possibilitando a compreensão de quais fatores influenciam o nível de satisfação dos usuários, e com isso permitindo a melhoria dos atendimentos prestados pelo programa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como trata-se de um estudo com base em dados secundários, será utilizado toda a população de cuidadores e de idosos que finalizaram o questionário. Dessa forma, não haverá necessidade de realizar sorteio ou cálculo amostral, uma vez que, todos os cuidadores e idosos que realizaram a pesquisa base serão incluídos no estudo. A pesquisa base executada pela ouvidoria geral do SUS foi realizada no período de Abril a Junho de 2017, com os usuários do PMC de todo Brasil.

Será realizada uma análise descritiva por meio de tabelas de frequência e de medidas de tendência central conforme a natureza das variáveis analisadas. A variável dependente satisfação será formulada por meio de Análises de Classes Latentes. Será realizado o teste de Qui-Quadrado de Pearson e Análise dos Resíduos Padronizados para as medidas de associação entre a variável dependente e as independentes. Como medida de efeito iremos utilizar o Odds Ratio (OR) e seus

Endereço:	Av. Prof. Moraes Rego, s/nº		
Bairro:	Cidade Universitária	CEP:	50.670-420
UF:	PE	Município:	RECIFE
Telefone:	(81)2101-2839	Fax:	(81)2101-2839
		E-mail:	comiteetica@cpqam.focruz.br



Continuação do Parecer: 3.042.605

respectivos Intervalos de Confiança de 95%, por meio de modelos de regressão logística (binária ou multinomial, a depender da categorização da variável dependente). O nível de significância será de 5% para todos os testes estatísticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados sem pendências.

Recomendações:

Entrega de relatórios parciais e final via notificação, assim como informar qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas às pendências anteriores:

1. Anexar uma declaração de dispensa de TCLE. ATENDIDA.
2. Ajustar cronograma da plataforma Brasil e projeto, considerando período de análise do CEP. ATENDIDA.
3. Incluir o pesquisador Domicilo Aurélio de Sá como integrante da equipe ou anexar carta deste pesquisador cedendo o uso dos bancos de dados citados na carta de anuência apresentada. ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº				
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.670-420		
UF: PE	Município: RECIFE			
Telefone: (81)2101-2630	Fax: (81)2101-2630	E-mail: comiteetica@cpqam.focuz.br		



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.042.005

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1470300.pdf	02/01/2020 17:48:13		Aceito
Outros	Carta_resposta_as_pendencias.pdf	02/01/2020 17:47:15	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Outros	declaracao_DOMICIO_coordenador.pdf	02/01/2020 17:45:29	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	02/01/2020 17:43:55	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite_de_etica.pdf	02/01/2020 17:43:12	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_equipe.pdf	19/11/2019 00:13:22	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso.pdf	19/11/2019 00:12:56	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	19/11/2019 00:08:52	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Outros	lattes.pdf	19/11/2019 00:08:03	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	19/11/2019 00:05:44	Natália Romana Gomes da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

María Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br