

PERFIL DE FUNCIONAMENTO E ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO PROGRAMA MELHOR EM CASA: REALIDADE EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE

Alana Santos Oliveira¹, Karoline Borges Santos ², Lana Tayne Santos Ramos³, Maria Luisa Souza Lopes ⁴, Maxuell Oliveira Melo⁵, Roberta da Silva Sacramento⁶, Ariane Nepomuceno Andrade⁷

¹Discente do curso de Farmácia; UNEX-Itabuna; lanaoliveira2000@gmail.com.

²Discente do curso de Nutrição; UNEX-Itabuna; karolborges1994@hotmail.com.

³Discente do curso de Fisioterapia; UNEX-Itabuna; lana.ramos@ftc.edu.br.

⁴Discente do curso de Enfermagem; UNEX-Itabuna; marialuisasouza@gmail.com.

⁵Discente do curso de Enfermagem; UNEX-Itabuna; maxmelo191030@gmail.com.

⁶Discente do curso de Enfermagem; UNEX-Itabuna; roberta.sacramento@ftc.edu.br.

⁷Professora orientadora; UNEX-Itabuna; ariane.andrade@ftc.edu.br.

RESUMO

O presente estudo discute o tema de funcionamento do programa Melhor em Casa, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em um município de médio porte. Esse programa vem sendo utilizado para desospitalização de pacientes, reduzindo assim a superlotação de leitos de hospitais e reduzindo custos; contribuindo no tratamento e prevenção de contaminação; e melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Nesse novo modelo substitutivo ao cuidado hospitalar, a família participa de forma ativa no tratamento juntamente com a equipe multiprofissional, realizando cuidados no ambiente domiciliar. O objetivo geral desse estudo é traçar o perfil de funcionamento e a atuação da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa na cidade de Itabuna/BA. Tratou-se de um estudo quantitativo, com aplicação de questionário próprio à gestora do programa. Observou-se que a maior demanda nesse município é advinda da rede hospitalar, que os pacientes compõem diversas faixas etárias e que há uma predominância das doenças crônicas não transmissíveis como motivo da necessidade de internamento domiciliar. Além disso, observou-se que o município estudado respeita as diretrizes do programa quanto ao perfil de atendimento e ao quantitativo e atuação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Sendo assim, esses resultados servem como parâmetro para a gestão, para terem uma visão voltada para a causa desses internamentos, na tentativa de atuar na prevenção e, por conseguinte, diminuir danos em saúde à população e gastos à gestão.

Palavras-chave: Programa Melhor em Casa; Multiprofissional; Atendimento Humanizado; Família.

ABSTRACT

This study discusses the functioning of the Better at Home program, provided by the Unified Health System (SUS), in a medium-sized municipality. This program has been used to de-hospitalize patients, thus reducing the overcrowding of hospital beds and reducing costs; contributing to the treatment and prevention of

contamination; and improving their quality of life. In this new model to replace hospital care, the family actively participates in the treatment together with the multi-professional team, providing care in the home environment. The general aim of this study is to outline the functioning and performance of the multi-professional team of the Better at Home Program in the city of Itabuna/BA. This was a quantitative study, with a questionnaire administered to the program manager. It was observed that the greatest demand in this municipality comes from the hospital network, that the patients are of different age groups and that there is a predominance of chronic non-communicable diseases as the reason for the need for home hospitalization. In addition, it was observed that the municipality studied complies with the program's guidelines regarding the profile of care and the number and work of the professionals who make up the multidisciplinary team. Therefore, these results serve as a parameter for management, so that they have a vision of the cause of these hospitalizations, in an attempt to act in prevention and, consequently, reduce health damage to the population and costs to management.

Key words: Better at Home Program; Multiprofessional; Humanized Care; Family.

INTRODUÇÃO

Com a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, houve uma política de descentralização da saúde e de seu orçamento, deu-se então ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BAPTISTA; 2007). A nova política de saúde trouxe para a população brasileira mais acesso com seus princípios de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde (OLIVEIRA; 2012).

O principal mecanismo do SUS é a promoção e total direito a saúde, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) traz diferentes níveis de complexidade, da Atenção Básica até a Alta Complexidade. Desenvolve-se uma atenção integral, projetada para a melhoria da saúde das pessoas, trazendo uma nova perspectiva de vida (SILVA & ASIS; 2015).

O SUS é a primeira opção para a procura de atendimento, a maior parte dessa procura é no nível de Atenção Primária, que tem o princípio de ser ações de saúde, individual ou coletivo, proporcionando a saúde, prevenindo, diagnosticando, tratando, reabilitando, e mantendo a saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL; 2011).

Um dos diversos nuances do SUS é o serviço de Atenção Domiciliar (SAD), é uma proposta feita com Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)

que conta com diversas áreas da saúde. O deslocamento assistencial para o domicílio é um desafio para as instituições, pela complexidade e necessidade de boa qualificação de serviços (CASTRO et al; 2018).

A decisão da implantação do Programa Melhor em casa (PMC) no país ocorreu em 2011, com o intuito de reduzir ou substituir a internação hospitalar, por esta causa, há uma diminuição dos gastos (CASTRO et al; 2018). Há estudos que comprovam que o domicílio potencializa a cura, previne e promove mais conforto ao paciente comparando com outros espaços da assistência à saúde (KERBER; 2007).

O PMC tem o intuito de atender pacientes com necessidades motoras, idosos, pacientes crônicos ou pós-cirúrgicos (BRASIL; 2011). As competências neste tipo de assistência envolvem alcançar os melhores resultados na Atenção Domiciliar, e diante do perfil epidemiológico da população, é de extrema importância a atuação de uma ampla equipe multiprofissional em todos os cuidados à domicílio (FRANCO & MERHY; 2008)

O surgimento do PMC no município de Itabuna-BA foi em 18 de maio de 2020 (PORTARIA Nº 1.279). De acordo com a Prefeitura de Itabuna, as equipes contam com a presença de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, odontólogos e outros. Em 2022, os profissionais receberam um treinamento do PMC para os serviços de atenção domiciliar aos 65 pacientes cadastrados no programa executado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Itabuna. (PREFEITURA DE ITABUNA; 2022)

A justificativa para esse estudo se dar pela necessidade de compreender o funcionamento de uma unidade de internamento domiciliar em um município de médio porte, como é a organização do trabalho da equipe multidisciplinar e quais são os perfis dos pacientes atendidos na localidade. O Programa Melhor em Casa tem como princípio a desospitalização e a diminuição da superlotação dos leitos hospitalares, por este motivo o estudo vai trazer informações sobre a prática de trabalho da equipe multiprofissional. Ao lançar luz sobre a atuação do PMC, visamos aprimorar as percepções dos profissionais de saúde e comunidade civil, incentivando a busca pelo conhecimento das ações pela Atenção Domiciliar 2.

METODOLOGIA

O presente estudo foi de caráter descritivo, de natureza quantitativa, a ser realizado com a gestão do Programa Melhor em Casa, no município de Itabuna-BA.

Inicialmente foi realizado contato prévio com a gestora do Programa, a fim de entender o funcionamento do serviço e acordar melhor dia e horário para aplicação do questionário. Seguida, a coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico próprio, contendo questões sobre o funcionamento do programa melhor em casa e sobre a atuação da equipe multiprofissional que compõe o programa. O questionário quantitativo foi composto por 29 questões, onde 15 delas são sobre o funcionamento geral do programa no município (tempo de funcionamento do programa; tempo da atual gestão no programa; patologias de admissão; quem são os cuidadores dos pacientes; quais hospitais habilitados para referenciar os pacientes; modalidades de Atendimento Domiciliar prestada pelo programa; quantitativo de pacientes referenciados por hospital e pela atenção básica; quantitativo de pacientes avaliados mensalmente; quantitativo de pacientes atendidos atualmente; e faixa etária e sexo dos pacientes) e 14 sobre a equipe multiprofissional (quais profissionais compõem a equipe multiprofissional; quais profissionais compõem a equipe de apoio; qual a carga horária dos profissionais; e frequência de atendimento de cada profissional por paciente). Esse questionário foi aplicado com a gestora atual do programa e, por isso, não houve critérios de inclusão e exclusão.

Para tabulação e análise dos dados, utilizou-se o software Excel, versão 16.1 (Office 2016).

À participante do estudo, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a mesma não foi identificada na pesquisa, respeitando as Diretrizes Éticas da Pesquisa envolvendo seres humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012.

RESULTADOS

O questionário foi aplicado à gestora que está à frente do programa há 3 anos, desde a sua implementação. Os dados referentes ao funcionamento geral do programa estão detalhados na Tabela 1.

Tabela 1: Informações relacionadas ao funcionamento do Programa Melhor em Casa. Itabuna-BA, 2023.

Programa Melhor em Casa de Itabuna/BA	
Hospitais Habilitados	Todos
Modalidade de Atendimento Domiciliar	AD2
Origem dos pacientes	
Hospital	85 (70%)
Atenção Básica	35 (30%)
Média de Avaliações mensais	40
Quantidade de pacientes atendidos atualmente	120
Sexo	
Masculino	65
Feminino	55

AD2: Atendimento Domiciliar AD2.

Segundo a gestora, os pacientes são variados quanto a faixa etária, tendo pacientes adultos, de meia-idade, terceira idade e quarta idade; quanto às patologias de admissão, tendo pacientes com acidente vascular encefálico, câncer, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, lesão por pressão e insuficiência cardíaca congestiva, por exemplo; e quanto aos cuidadores desses pacientes, que variam de membro da família à amigo/vizinho.

Em relação à atuação da equipe multiprofissional, os dados coletados estão expostos na Tabela 2.

Tabela 2: Informações relacionadas à equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa. Itabuna-BA, 2023.

Programa Melhor em Casa de Itabuna/BA	
Profissionais EMAD	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta e Assistente Social
Profissionais EMAP	Dentista, Fonoaudiólogo e Nutricionista
Carga horária dos profissionais (horas)	
Enfermeiro	40
Médico	40
Técnico de Enfermagem	40
Fisioterapeuta	30
Assistente Social	30
Dentista	30
Fonoaudiólogo	30

Por fim, foi relatado que os pacientes podem ser atendidos por todos esses profissionais, a depender das necessidades dos mesmos, sendo os atendimentos do médico, do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do fisioterapeuta são obrigatórios para todos eles. A frequência com que esses profissionais vistam os pacientes é definida de acordo com o plano terapêutico estabelecido após avaliação dos mesmos.

DISCUSSÃO

A decisão política e institucional de implantar a Atenção Domiciliar (AD) no Brasil, criada após o surgimento do Programa Melhor em Casa (PMC) em 2011, é fundamentada tanto na compreensão do Atendimento Domiciliar (AD) como uma abreviação ou substituição da internação hospitalar, buscando, assim, a redução dos custos associados a internação hospitalar, como na visão da AD como uma alternativa para a reorganização do modelo tecno-assistencial, abrindo precedentes para a introdução de novas abordagens de cuidado (Revista Saúde Pública em 2010). Ambas as perspectivas, interligadas, desempenham papéis centrais na orientação dos gestores e profissionais que lideram o processo de organização dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs). (Brasil, 2011)

A unidade do Programa Melhor em Casa de Itabuna é classificada com Atenção Domiciliar 2 (AD2). Essa atenção é caracterizada pelo direcionamento específico na média e alta complexidade e aborda casos onde os pacientes possuem maiores deficiências clínicas e necessitam de maior demanda profissional (Brasil, 2013). Essa afirmativa é justificada nos resultados deste estudo, onde dentre 120 pacientes atendidos na unidade atualmente, 70% são encaminhados por hospitais e apenas 30% pela Atenção Básica.

Os resultados obtidos apontaram uma variedade na faixa etária, abrangendo desde adultos até pacientes da quarta idade, porém, estudos apontam que pessoas acima de 60 anos estão mais suscetíveis a convalescer por doenças crônicas (Brasil, 2006). Apesar do aumento da expectativa de vida

nas últimas décadas, a idade é considerada um fator de risco não modificável para o agravamento destas doenças (ALVES, et al., 2011).

Em relação ao sexo, 65 pacientes são do sexo masculino enquanto 55 são do sexo feminino. O motivo da porcentagem masculina ser maior pode estar ligado ao fato de os homens raramente procurarem serviços de saúde em busca de prevenção de doenças na atenção primária (BAROSA, 2014). Entre eles, é mais comum casos de busca de ajuda médica quando as patologias já estão agudas. Fatores como a baixa escolaridade, medo, vergonha, incompatibilidade com a carga horária de trabalho e paradigmas culturais podem ser usados como justificativa para este fato (SCHRAIBER, et. al., 2010; GOMES, et. al, 2011; VIEIRA, et. al., 2013).

Quanto às doenças acometidas a esses pacientes, o acidente vascular encefálico (AVE), câncer, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, lesão por pressão e insuficiência cardíaca congestiva são as mais constantes na unidade do PMC de Itabuna. Por se caracterizar como Atenção Domiciliar 2, a unidade desse município é composta pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). As causas mais comuns de admissão de pacientes nessas equipes são o AVE e suas sequelas, doenças crônicas (síndromes neurológicas e genéticas, paralisia cerebral e má formação congênita), demência e ulcera por pressão nos graus III E IV (FormSUS 2019).

No Brasil, cerca de 67% da população possui alguma patologia crônica (Pesquisa Nacional de Saúde, 2019). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as mais comuns, entre as quais destaca-se o acidente vascular encefálico, hipertensão arterial, infarto, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas e atinge principalmente pessoas com baixa renda e baixa escolaridade. O tratamento para essas doenças pode ser custoso e de tempo prolongado, levando em contas os gastos com moradia, alimentação, transporte e medicamentos ainda não disponibilizados pela farmácia popular, o que contribui para a entrada ou permanência de indivíduos na linha de pobreza (Ministério da Saúde, 2011). Além do prejuízo socioeconômico, as DCNTs também afetam a mobilidade física contribuindo para as limitações funcionais com maior impacto sob os idosos, e, além disso, atua no déficit do estado psicológico do enfermo e seus familiares (Brasil, 2011).

A participação da família no cuidado do paciente debilitado tem contribuição na estabilização e/ou melhora do quadro do indivíduo. Em muitos casos, essa ação viabiliza a reaproximação e fortalecimento de vínculos já que, apesar do estado de doença, a normalidade do lar e a convivência com os familiares auxilia no fortalecimento físico-psíquico do enfermo (PNAB, 2017). Apesar dos pontos positivos, há também autores que defendem o cansaço e sobrecarga do cuidador, o aumento do encargo financeiro para a família, além das divergências que podem ocorrer entre familiares e profissionais (Merhy e Feuerwerker, 2008).

A humanização do atendimento dos profissionais multidisciplinares busca dar mais atenção aos pacientes do Programa Melhor em Casa, assim como seus familiares, concedendo mais autonomia aos profissionais e liberdade aos mesmos, como Maldonado (2019) diz:

“[...] a autonomia e a criatividade na prática domiciliar se expressam a partir de intervenções profissionais que vão além do cuidado físico, biológico. Os entrevistados reconhecem a necessidade de desenvolver um papel que vai além do cuidado técnico e a importância de oferecer suporte individualizado, em especial às famílias dos pacientes [...]”

A distribuição de quadro dos profissionais é relativa ao cuidado do paciente e suas necessidades, cumprindo suas funções dentro do plano terapêutico. A equipe formada por médico, nutricionistas, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, fonoaudiólogos e assistente social utiliza essas informações colhidas previamente pelo enfermeiro para desenvolver um plano específico para cada paciente com o intuito de atender todas as necessidades, tanto psicológica como fisiológicas (BRASILIA, 2021)

Mediante a pesquisa realizada ao funcionamento da equipe de atendimento humanizado na cidade de Itabuna, a equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e assistente social, sendo atendimento obrigatório para todos os pacientes da rede, os atendimentos do médico, do enfermeiro, do

técnico de enfermagem e do fisioterapeuta. Um ponto positivo do PMC é a obrigatoriedade do atendimento do fisioterapeuta para o tratamento domiciliar, onde os pacientes idosos, com déficit motor e outras morbidades podem receber seu tratamento no lar evitando sair e diminuindo as chances de queda e infecções. (ADMBALOO, 2020)

O plano desenvolvido para cada paciente, se baseia nas necessidades de cada um. Assim, o profissional consegue acompanhar paciente por paciente, realizando o atendimento domiciliar, em casos em que são vistos como alta complexidade. Seja por locomoção ou patologias.

Devido a equipe multidisciplinar ser ampla, no que se referem a especialidades, ocasiona ao paciente, um cuidado maior e de mais qualidade. Ele pode ir de uma consulta médica de rotina, como uma avaliação nutricional. Em quase todos os dias da semana, algum profissional realiza a execução do plano prioritário ao paciente, o que acarreta em uma melhora não só em um quadro clínico especial, e sim em um conjunto.

Importante ressaltar que a frequência no tratamento é o que faz a equipe multidisciplinar do programa ser o diferencial.

É o que mostra estudos recentes, que comprovam os benefícios de se ter uma equipe agrupada, que tenha visão de saúde integrada e uma relação multiprofissional na recuperação do paciente. (Karen Andréia et al., 2020)

Por fim, é válido destacar que, são altos os gastos hospitalares por cada paciente sendo bilhões de reais gastos por ano. A desospitalização ofertada pelo PMC é um grande benefício devido a redução da sobrecarga de leitos ocupados por pacientes que podem receber seus atendimentos no domicílio. (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019). Logo, a reintegração do paciente no âmbito familiar próximo da rotina da sua família traz um ponto positivo para sua recuperação. (CASTRO, 2016)

CONCLUSÃO

O Programa Melhor em Casa desempenha um papel de extrema relevância ao fornecer diferentes categorias de atendimento domiciliar para pacientes que necessitam de cuidados especiais. Ele oferece cuidados,

tratamentos e orientações necessárias para a recuperação da saúde do indivíduo.

Indicadores atuais dessa pesquisa mostram que o município estudado respeita as diretrizes do programa quanto ao perfil de atendimento e ao quantitativo e atuação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Observou-se, com esse estudo, que a maior demanda nesse município de médio porte é advinda da rede hospitalar, que os pacientes compõem diversas faixas etárias e que há uma predominância das doenças crônicas não transmissíveis como motivo da necessidade de internamento domiciliar.

Esses resultados servem como parâmetro para a gestão, para terem uma visão voltada para a causa desses internamentos, na tentativa de atuar na prevenção e, por conseguinte, diminuir danos em saúde à população e gastos à gestão.

REFERÊNCIAS

ADMBALOO. 5 Benefícios da Fisioterapia Domiciliar. Disponível em: <<http://www.clinicaprogridir.com.br/index.php/noticias/item/409-5-beneficios-da-fisioterapia-domiciliar>>. Acesso em: 5 de dezembro de 2023.

ÁVILA, Karen, e col. A importância do trabalho multidisciplinar na saúde pública. Salão do conhecimento. Ijuí, 2020. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaokonhecimento/article/view/17932/16666>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Letícia de Moura Pontes. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-37595>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. – Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Decreto nº PORTARIA Nº 1.279, de 18 de maio de 2020. Destinados ao custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Programa Melhor em Casa). [S. l.], 18 maio 2020. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1279_26_05_2020.html. Acesso em: 5 de dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no brasil 2011-2022, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Vigitel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2006. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. FormSUS. Mapeamento: Boas Práticas em Ações Voltadas Para a Melhoria da Qualidade de Vida da População Idosa, 2019. Disponível em:

<https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/snpdh/ebapti/FormSus.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

CASTRO, E. A. B. DE. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, p. e2016-0002, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/npgPRKrXL4gftMvhvnQhzqd/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6PDdDj7TnQnrzS6tnnKWJdh/>. Acesso em: 10 de novembro de 2023.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n.5, p. 1511-1520, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/jcRpgtxZ65wpfJNfbwpsqmJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 de novembro de 2023.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 de novembro de 2023.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: Ciclos da vida, 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2023.

KERBER, N. P. C. A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yffQJfSDngvd5QGhzgcDYTD/?lang=pt>. Acesso em: 15 de novembro de 2023.

MALDONADO, T. de C. P. “Melhor em Casa!?” A Resiliência do profissional ante a prática do atendimento domiciliar. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. [Brasília] Ministério da Saúde, 2021. Disponível em,,: “<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa>.” Acesso em: 02 de novembro de 2023.

Feuerwerker L.C.M, Merhy E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(3):180–8. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

NISHIMURA, F; CARRARA, A. F; FREITAS, C. E. Efeito do programa melhor em casa sobre os gastos hospitalares. Rev. Saúde Pública. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zLnzmvq7yTfDybqkcf9QGqP/?lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20apontam%20que%20o,10%2C2%25%20em%202013>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. Encontros Teológicos, Uberlândia, ano 27, v. 1, ed. 61, p. 31 - 42, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/rober/Downloads/lepidus,+Encontros+Teologicos+61.compressed.31-42.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2023.

PREFEITURA de Itabuna: Programa Melhor em Casa em Itabuna aumenta a equipe multidisciplinar. [S. l.]: Departamento de Comunicação Social, 21 jun. 2022. Disponível em: <https://itabuna.ba.gov.br/2022/06/21/programa-melhor-em-casa-em-itabuna-aumenta-a-equipe-multidisciplinar/>. Acesso em: 5 de dezembro de 2023.

SILVA, S. S.; ASSIS, A. M. M. O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidade no Sistema único de Saúde. Ver Esc Enferm Usp, v. 49, n. 4, p.603-609, 2015. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 3 de dezembro de 2023.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Cienc. Saúde Colet., v. 10, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Tdb9VxVyHcTjZ6PskNpBntL/?lang=pt>. Acesso em: 3 de dezembro de 2023.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINEHIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; VALENÇA, O. A. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública. 2010, p. 961-970. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WqZXnfzQcY7FW5ycMfzvjjM/>. Acesso em: 3 de dezembro de 2023.

VIEIRA, K. L. D; COSTA, C. F. S.; GOMES, V. L. O; BORBA, M. R. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Rio Grande, 2013, p. 120-127.