

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

**ANÁLISE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA: UM OLHAR SOBRE A
ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Brasília, 2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

**ANÁLISE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA: UM OLHAR SOBRE A
ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Tânia Cristina
Morais Santa Bárbara Rehem

Brasília

2016

ARISTIDES VITORINO DE OLIVEIRA NETO

**ANÁLISE DO PROGRAMA MELHOR EM CASA: UM OLHAR SOBRE A
ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Prof. Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Examinadora

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Fátima de Sousa
Examinadora Suplente

A todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS que ousam se despir do “hospital em nós” e do poder que isso representa, possibilitando a abertura de frestas (ou fissuras) no modelo hegemônico de atenção e, com isso, a (re)invenção de modos de cuidar centrado no sujeito e suas necessidades de saúde

AGRADECIMENTOS

A todos com quem interagi nessa caminhada, aos que ficam e aos que passam, me tornado outro a cada “bom encontro”.

Ao meu amor e companheira de toda hora, Pauline, que me impulsiona com seu carinho temperado com pitadas de objetividade quando necessário, e me faz sentir mais capaz do que sou. Obrigado pela compreensão e incentivo.

À minha família, pelo carinho, apoio e incentivo em todos os aspectos.

À Paulette e Bernadete, amigas e eternas professoras, que tiveram papel importante no início da caminhada de se tornar um sujeito epistêmico.

À meus companheiros da residência de medicina de família e comunidade da UPE (Giliate, Isabel e Marciana). Fomos os pioneiros e essa experiência definiu o que sou hoje.

Ao “mestre” Cariri, pelo companheirismo, aprendizado e incentivo para também me tornar professor.

Aos companheiros da Faculdade de Medicina de Caruaru (UFPE), por dividirem o sonho e a missão de ensinar e aprender.

Aos colegas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que contribuíram para o desenvolvimento do Programa Melhor em Casa.

À Hêider, Helvécio e Padilha, pelo privilégio de ter contribuído e coordenado o Programa Melhor em Casa desde o início.

Aos companheiros da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB (os “cgadianos”), pela confiança, companheirismo, doação. Em especial, aos pioneiros: Mariana, Meloni, Bruna, Alyne, Larissa, Kátia, Luciana, Débora. À Mariana, minha gratidão profunda pela sabedoria, generosidade, entusiasmo e cumplicidade na condução desse programa, que é sonho e fruto de esforço de muita gente.

Aos coordenadores de atenção domiciliar espalhados SUS afora, em especial à Mônica (Campinas), Mara (Cascavel), Emília (Ribeirão Preto), Leopoldina (DF),

Marta (Volta Redonda) e Julieta (Pelotas). Agradeço, também, à Léo Savassi pelo por todo apoio à CGAD.

Por fim, agradeço a minha orientadora, Tânia Rehem, pela paciência, experiência compartilhada e companheirismo, que fizeram do processo de construção desse trabalho uma experiência prazerosa, exitosa e de muito aprendizado!

A casa é nosso centro no mundo; a casa abriga o devaneio; a casa abriga o sonhador; a casa permite sonhar em paz.

Gaston Bachelard

RESUMO

INTRODUÇÃO: A atenção domiciliar avançou no Brasil nas últimas décadas, em resposta à transição epidemiológica e demográfica, e à crise do modelo de atenção hegemônico. O Programa Melhor em Casa representa uma iniciativa do governo federal para expandir e qualificar a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde, frente a esse cenário. **OBJETIVO:** Este estudo objetiva caracterizar a implantação do Programa Melhor em Casa e o analisar sob a perspectiva dos gestores municipais. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa, no qual foi realizada análise de frequência simples das variáveis contidas no instrumento de monitoramento do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde; e, entrevistas semiestruturadas com coordenadores municipais dos serviços de atenção domiciliar. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva; além do software ALCESTE que subsidiou a análise dos dados qualitativos. **RESULTADO:** Os resultados mostram que o Programa Melhor em Casa está concentrado nas regiões Sudeste e Nordeste, e em municípios com mais de 40.000 habitantes e com o Índice de Desenvolvimento Humano mais elevado. Constatou-se, na fala dos coordenadores municipais, que a atenção domiciliar, no âmbito do programa, tem papel importante da articulação da rede de atenção à saúde, na coordenação do cuidado dos usuários e como alternativa ao cuidado hospitalar. Além disso, verificou-se que o custeio federal das equipes é um dispositivo fundamental para o seu desenvolvimento nos municípios; que o papel da atenção básica na atenção domiciliar carece ser fortalecido; e, que a normativa federal possui lacunas, sobretudo no que diz respeito à incorporação da ventilação mecânica invasiva. **CONCLUSÃO:** O Programa Melhor em Casa foi uma importante iniciativa para o desenvolvimento da atenção domiciliar no sistema público de saúde e representou uma grande expansão de cobertura, com resultados positivos. No entanto, aponta-se a necessidade de apoio aos municípios com maior dificuldade, considerando as necessidades de saúde da população, e não só as condições de cada município em implantar o programa. Ademais, é necessário avaliar a necessidade de adequação da normativa; e, discutir o risco da expansão da atenção domiciliar significar a ampliação da medicalização, desperdiçando sua potência.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Atenção Domiciliar; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Home care has advanced in Brazil in recent decades, in response to demographic and epidemiological transition, and due to the crisis in the hegemonic health attention model. The “Melhor em Casa Program” is an initiative of the Brazilian federal government to expand and qualify home care for the National Health System, in the counter flow of this scenario. **OBJECTIVES:** This study aims to characterize the implementation of the Program Melhor em Casa and analyze it from the perspective of municipal health managers. **METHODS:** This is a descriptive and exploratory study with a quantitative and qualitative approach, which was conducted by a simple frequency analysis of the variables featured on the monitoring assessment of the Program from the Brazilian Health Ministry. Semi-structured interviews with municipal managers of home care services were also performed. Data analysis was obtained using descriptive statistics, with the support of ALCESTE software, which provided the analysis of the qualitative data. **RESULTS:** The results show that the “Melhor em Casa Program” is concentrated in the Southeast and Northeast regions, in which municipalities with more than 40,000 inhabitants and with the highest Human Development Index displays more adhesion. It was found, in the discourse of municipal managers, that home care under the program, has an important role in creating awareness of health care network, coordination of care to users, thus being an alternative to hospital care. In addition, the federal funding of its teams plays a key role for its development in the municipalities, the role of primary care in home care needs to be strengthened, and that the federal rules still have gaps, especially regarding to the incorporation of invasive respiratory mechanical ventilation. **CONCLUSION:** The Program was an important initiative for the development of home care assistance in the Brazilian public health system and represented a major expansion of coverage, with positive results. Nevertheless, it points to further need to support municipalities with greater difficulty, considering the health needs of the population, and not only the conditions of each municipality in implementing the program. Moreover, it is necessary to assess the need to adapt the normative regimen, therefore discussing the risks of avoiding the expansion of home care meaning the expansion of the process of medicalization, thus undermining this health policy.

Keywords: Home care; Home care assistance; Health policies; Unified Health System; Program Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução da Pirâmide Etária brasileira de 1980 a 2050	28
Figura 2 - Teto de Equipes de Atenção Domiciliar segundo porte populacional implantadas com custeio federal	55
Figura 3 - Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente sobre as entrevistas dos Coordenadores dos Serviços de Atenção Domiciliar acerca do Programa Melhor em Casa, 2015	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios selecionados para a realização da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão. BRASIL, 2015	56
Tabela 2 - Distribuição dos municípios e equipes do Programa Melhor em Casa, segundo região e segundo faixa populacional, junho de 2015	62
Tabela 3 - Implantação das equipes de atenção domiciliar por região e ano de implantação, junho de 2015	63
Tabela 4 - IDH dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, junho de 2015	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quantidade de estados, municípios e equipes de atenção domiciliar implantada, segundo Região do Brasil, junho de 2015.....	61
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica
ALCESTE	<i>Analyse lexicale par contexte d'un ensemble de segments de texte</i>
CE	Ceará
CAAE	Certificado e Apresentação para Apreciação Ética
CGAD	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CnR	Consultório na Rua
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
EEUU	Estados Unidos
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
GM	Gabinete do Ministro
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde

NHS	<i>National Health System</i>
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PMC	Programa Melhor em Casa
PID	Programa de Internação Domiciliar
PMM	Programa Mais Médicos
PR	Paraná
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RJ	Rio de Janeiro
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SAMDU	Serviço de Atendimento Móvel Domiciliar de Urgência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade Federativa
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	O MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO LIBERAL E SUAS CONTRADIÇÕES.	22
3.2	OS DESAFIOS IMPOSTOS PELA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE.....	27
3.3	ELEMENTOS QUE FAVORECERAM O DESENVOLVIMENTO DA AD.....	33
3.4	A ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNDO OCIDENTAL.....	36
3.5	A ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL.....	38
3.6	A ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	48
4	MÉTODO	52
4.1	TIPO DO ESTUDO	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
5.1	ESTUDO QUANTITATIVO	60
5.2	ESTUDO QUALITATIVO.....	73
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXOS	104
	ANEXO A – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA.	104

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB.....	106
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A BASES DE DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	107
APÊNCICES	108
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DE ATENÇÃO DOMICILIAR	108
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
APÊNDICE C – Artigo 1: Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: caracterização da implantação do Programa Melhor em Casa	112
APÊNDICE D – Artigo 2: Atenção Domiciliar: análise do Programa Melhor em Casa a partir do olhar dos gestores municipais.....	133

APRESENTAÇÃO

A modalidade atenção domiciliar, apesar de ser praticada no Brasil há algumas décadas, é recente, como estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para lidar com desafios inerentes ao desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde e à crise do modelo hegemônico de atenção à saúde ou modelo médico hegemônico liberal.

O Programa Melhor em Casa, neste sentido, é resultado do acúmulo de experiências que vêm se desenvolvendo no Brasil em estabelecimentos hospitalares, desde a década de 60, e por meio de experiências municipais, sobretudo a partir da criação do SUS e o processo de municipalização que começou na década de 90.

Minha relação com o tema da atenção domiciliar iniciou no curso de medicina, quando fiz o rodízio do internato realizado na Estratégia Saúde da Família e, posteriormente, durante toda a residência de medicina de família e comunidade, experiências vivenciadas na atenção básica (AB) no SUS Recife. Durante a residência, tive a sorte de frequentar a Linha de Pesquisa liderada pelo professor Emerson Merhy, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e que acabara de concluir estudo demandado pelo Ministério da Saúde (MS) sobre a atenção domiciliar no Brasil.

Posteriormente, vivenciando a gestão do SUS na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, como Gerente de Atenção Básica, pude apoiar a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar do SUS Recife e sua necessária articulação com AB do município.

No começo de 2011, na gestão do ex – ministro da saúde Alexandre Padilha, passei a compor a equipe do Departamento de Atenção Básica do MS. Neste ano, o debate sobre a atenção domiciliar como modalidade de atenção a ser desenvolvida no SUS foi retomado. Assim, foi criado Grupo de Trabalho que teve a responsabilidade de dialogar com diversas experiências municipais em atenção

domiciliar e com o próprio acúmulo de normas e documentos já produzidos pelo governo federal.

O fruto desse esforço foi a revisão da normativa e o lançamento do Programa Melhor em Casa, cujo objetivo era a expansão e a qualificação da atenção domiciliar no âmbito do SUS. Nesse momento, foi criada, mesmo que sem formalização, a Coordenação – Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), e tomada a decisão que ela ficaria no Departamento de Atenção Básica, que deveria dialogar com o conjunto do MS para estruturar e implantar o Programa em todo o Brasil.

Assim, fui convidado para ser o primeiro coordenador desta coordenação e, ao mesmo tempo, coordenar o Programa Melhor em Casa. Foi, ao mesmo tempo, um grande privilégio e um enorme desafio, por vários motivos: apesar de ser médico de família e comunidade e isso me aproximar do tema da atenção domiciliar, tinha pouco experiência na assistência e na gestão hospitalar; tinha pouca experiência na gestão federal do SUS; foi um programa que despontou como prioritário para a Presidência da República, sendo acompanhado e monitorado como tal; tivemos que construir muita coisa no “zero” (manuais; cursos; cadernos; critérios para análise de projetos municipais; fluxos para repasse do custeio das equipes aos municípios e estados; etc.); e, por fim, tratava-se de uma estratégia há muito esperada por um grupo diverso de trabalhadores, gestores e sociedade civil que tinham a atenção domiciliar como objeto de militância e viram no Programa Melhor em Casa um grande avanço que precisava dar certo. Era, sem dúvidas, uma grande responsabilidade.

O privilégio consistia na possibilidade de contribuir, desde o começo, com uma estratégia que fazia todo o sentido para mim, desde que comecei a frequentar as unidades básicas de saúde e as comunidades da periferia de Recife no curso médico e na residência. Fazia todo o sentido porque ficou evidente que o domicílio era um lugar de práticas de cuidado, e que isso trazia benefícios para o usuário, para as famílias e para o conjunto da rede de atenção em saúde. Tornou-se clara a necessidade de qualificar a assistência realizada nesse ambiente. Ficou evidente, também, o quanto os profissionais precisavam de apoio, formação e legitimação para realizar este cuidado.

Assim, aceitei o convite ciente de que era um desafio e do significado que isso tinha para o SUS, mas sem a real dimensão do que significava para pessoas que vinham, há cerca de duas décadas, desenvolvendo a atenção domiciliar nos municípios e estabelecimentos hospitalares, e até no setor privado, e com as quais eu teria que dialogar cotidianamente.

De forma muito rápida, esse complexo desafio foi entendido de forma mais abrangente e, com o apoio do diretor do Departamento de Atenção Básica, do Secretário de Atenção à Saúde do MS e do próprio Ministro da Saúde, a recém-montada, pequena e guerreira “equipe da CGAD” começou a viajar todo o país e dialogar com diversos parceiros que estavam ávidos por apoio e em apoiar, numa agenda tida como estratégica para todos: consolidar a atenção domiciliar como uma modalidade de atenção estratégica para o desenvolvimento das redes de atenção no SUS e para lidar com os desafios do seu desenvolvimento, num contexto da transição epidemiológica e demográfica pela qual o Brasil está passando.

Minha pesquisa de mestrado, mesmo reconhecendo os meus limites e os limites da instituição de ensino superior que escolhi para vivenciar esta importante etapa da minha vida profissional e acadêmica, não poderia ser sobre outro tema que não a atenção domiciliar, com foco no Programa Melhor em Casa, que ajudei a construir, e com os quais tenho intrínseca relação afetiva, ética, política, profissional e militante.

Por fim, ao realizar este estudo, coloco-me em análise, com o objetivo maior de refletir sobre o que produzimos, sobre os acertos, sobre os erros, sobre o que foi vivenciado; e poder contribuir para o contínuo processo de encontro do Programa Melhor em Casa com as invenções e adaptações produzidas por gestores, equipes e usuários/familiares no cotidiano da produção do cuidado que vêm ocorrendo em milhares de domicílios, ou melhor, lares em todo o país.

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 60, o cuidado domiciliar vem se desenvolvendo em todo mundo e contando com distintas modalidades e arranjos assistenciais, que vão desde a visita domiciliar a pacientes crônicos, até a utilização de complexo aparato médico-hospitalar no domicílio (SILVA et al., 2010).

Segundo Lacerda (2006), a atenção domiciliar (AD) à saúde engloba quatro modalidades: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar. Afirma, ainda, que AD é a modalidade de maior amplitude dentre as quatro e engloba todas as outras, que seriam, na verdade, formas de operacionalizá-la.

O termo atenção domiciliar possui diversos sentidos e significados. Atualmente, o MS define que 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 e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, esse trabalho utilizará o conceito estabelecido pelo MS e utilizado no SUS atualmente, uma vez que não limita a AD a ações assistenciais, ao mesmo tempo em que demarca duas questões centrais para o desenvolvimento desta modalidade de atenção: a continuidade do cuidado e a integração às redes de atenção. Assim, o termo atenção domiciliar se refere ao conjunto de atividades de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento realizadas no ambiente domiciliar.

No Brasil, desde o final da década de 1990 até meados da década de 2000, várias normativas referentes à AD foram publicadas pelo governo federal. A última delas (Portaria GM/MS nº 2.529 de 2006) instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS. No entanto, apesar da evolução da legislação que regulamenta a AD, esta modalidade não fez parte do projeto original do SUS, sendo proposta por meio da Lei nº 10.424 em 2002 (REHEM; TRAD, 2005).

Somente em agosto de 2011, o MS publicou uma nova portaria sobre o tema, que instituiu a AD no âmbito do SUS. Pode-se afirmar que este momento marca uma guinada no desenvolvimento da AD no Brasil, e deu base para o lançamento do Programa Melhor em Casa em novembro do mesmo ano, pela própria presidenta da república.

Com Programa Melhor em Casa, a AD ganhou amplo destaque na agenda tripartite do SUS (união, estados e município), não só pelo processo de discussão e ajustes da proposta até a publicação da normativa, mas também pela agenda conjunta destes três entes com o intuito de implantar os serviços de atenção domiciliar (SAD) nos territórios, e pelo importante volume de recursos públicos aportados para esta modalidade de atenção.

Considerando que a AD vem sendo adotada pelos diversos países, e que o Brasil redefiniu recentemente a AD no âmbito do SUS, justifica-se a realização de estudos com o objetivo de verificar como vem se dando o processo de implantação dessa modalidade de atenção. Nesse sentido, este estudo busca responder as seguintes perguntas: Como vem se dando o processo de implantação da AD no âmbito do SUS? O Programa Melhor em Casa tem conseguido de fato expandir e qualificar a AD no SUS por meio do apoio aos gestores municipais?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Programa Melhor em Casa (PMC) em relação à implantação nos municípios brasileiros e compreendê-lo sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Caracterizar a adesão e implantação do Programa Melhor em Casa;

2.2.2 Compreender os avanços e desafios do Programa Melhor em Casa sob a perspectiva dos gestores municipais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO LIBERAL E SUAS CONTRADIÇÕES

De acordo com Silva Jr. (2006), o modelo hegemônico de atenção (ou modelo médico hegemônico liberal), no ocidente, fundamenta-se na Medicina Científica, que tem suas origens nos séculos XVIII e XIX, com o desenvolvimento da microbiologia. Caracteriza-se por um conjunto de elementos que passaram a determinar a prática médica: o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização, que tem o Relatório Flexner como seu grande marco; e, ênfase na medicina curativa. Os hospitais, que até o século XVIII eram utilizados como morredouros, passaram a ter papel fundamental no desenvolvimento da Medicina Científica e no fortalecimento do modelo hegemônico de atenção.

Ainda segundo este autor, este modelo entrou em crise na década de 1970 devido a problemas relativos à ineficiência, à ineficácia e à desigualdade na distribuição de seus progressos. A ineficiência é constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados. A ineficácia diz respeito à incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo complexificação das sociedades. Já a desigualdade no acesso aos avanços tecnológicos expõe uma contradição: aqueles que mais precisam de cuidados são os que menos conseguem acessar tais tecnologias. Dessa forma, o mito de que os níveis de saúde atingidos pelas populações dependiam dos avanços científicos é derrubado (SILVA JR., 2006).

A forte crise estrutural do capitalismo na década de 70 provocou uma ruptura no ciclo desenvolvimentista do pós-guerra, resultando na dificuldade em financiar seu desenvolvimento. A relação entre os resultados das políticas de saúde implantadas no período anterior e os seus gastos passou a ser

avaliada, constatando-se que os custos médicos tinham aumentado de forma rápida, bem como a parcela governamental neste custo, seja nos países com sistemas públicos, seja naqueles com foco no setor privado. (FRANCO; MERHY, 2003)

Franco e Merhy (2003) apontam, ainda, uma contradição vivida pelos governos na década de 70, na qual se tem, por um lado, uma menor possibilidade de manutenção de políticas públicas devido à crise econômica; e por outro, um aumento dos serviços de saúde, que baseiam sua assistência na utilização de máquinas, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado. A isso, soma-se a necessidade dos governos em responderem a um aumento da pobreza e da demanda por serviços de saúde causada por ela, e uma pressão exercida por movimentos sociais emergidos no seio da crise do Welfare State nos países desenvolvidos.

De acordo com Paim (1986, p. 167), a partir da década de 1970:

Uma produção significativa de estudos e pesquisas no campo das políticas de saúde vem indicando as relações entre saúde e estrutura social, os determinantes da crise do setor e analisando, diante das conjunturas, algumas alternativas de superação.

Desta forma, ainda nesta década, estabeleceu-se um debate no mundo inteiro sobre modelos de assistência que levassem em conta as críticas construídas ao modelo hegemônico. Prevaleram as propostas com ênfase na necessidade de racionalização da atenção médica e do gerenciamento eficiente. Dessa crise, surgem as propostas Atenção Primária à Saúde ou Medicina Comunitária (SILVA JR.; ALVES, 2007).

No Brasil, a origem da discussão sobre modelos tecnoassistenciais de saúde tem forte relação com o Movimento de Reforma Sanitária, como também com a análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos como a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária. Esse processo abriu espaço para que se produzissem reflexões acerca de experiências alternativas que despontavam neste contexto, como a de Londrina, de Campinas, de Monte Claro e outras (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Segundo Paim (1994), o debate sobre modelos assistenciais no Brasil cresce a partir do processo de municipalização no qual o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) desponta como estratégia-ponte entre um sistema híbrido, que combinava o modelo sanitarista e o modelo médico-assistencial privatista, e a proposta de reforma sanitária, marcada pelo conceito ampliado de saúde, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um sistema único de saúde e a participação popular.

A necessidade de dar respostas aos desafios oriundos das experiências no âmbito da implantação do SUDS estimulou o desenvolvimento de esforços de caracterização e crítica ao “modelo médico assistencial hegemônico” e de estratégias de mudanças, que levou ao surgimento de propostas alternativas do conteúdo e forma de organização dos serviços, das práticas e do processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nesse sentido, destaca-se no Brasil, o surgimento de três propostas de modelos de atenção: o modelo da vigilância da saúde; as Ações Programáticas em Saúde; e, o Modelo em Defesa da Vida.

O modelo da vigilância da saúde faz uma crítica à lógica de atendimento à demanda espontânea e propõe-se uma articulação da oferta organizada com as ações previstas nos programas especiais (TEIXEIRA et. al, 1998).

As Ações Programáticas em Saúde, desenvolvida pelo grupo do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP) num Centro de Saúde escola na capital paulista, significou uma redefinição da proposta da programação em saúde e apostou na lógica de atenção com ênfase numa perspectiva epidemiológica e social (SHRAIBER, 1990).

O Modelo em Defesa da Vida foi proposta pelo grupo do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), vinculado ao Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP). Esta corrente pontou os limites teóricos do Movimento de Reforma Sanitária, ao adotar o arcabouço marxista estruturalista hegemônico, em operar mudanças nas formas de produzir saúde (CARVALHO, 2005). Assim, esse grupo entendia que não existia, de fato, uma alternativa ao modelo neoliberal. Além disso,

apontavam uma fragilidade dos modelos alternativos propostos: não continham propostas para mudanças no trabalho médico (redefinição da clínica) e para o atendimento ao indivíduo doente (SILVA JR., 2006; MALTA; SANTOS, 2003).

Com o surgimento do SUS em 1988, ganha força o debate sobre os modelos tecnoassistenciais em suas dimensões político-jurídica e político-institucional. No entanto, com a descentralização do SUS e o crescimento da autonomia e do poder dos municípios, são produzidas diversas experiências locais. Dessa forma, no bojo das experiências municipais, ganha força a necessidade de se discutir, também, a dimensão político-operacional dos modelos tecnoassistenciais, cujo maior desafio é criar e implementar novas práticas de assistência que, de fato, garantam à população um sistema de saúde universal, equânime e integral (SCHERER et al., 2005).

Segundo Silva et al. (2010), os desafios impostos por novas necessidades inscritas no envelhecimento da população, demandas por uma atenção à saúde de melhor qualidade, por cuidados integrais e contínuos têm motivado o fortalecimento de práticas anti-hegemônicas e a formulação de novas estratégias para o cuidado em saúde, como a AD (SILVA KL et al., 2010).

3.1.1 A Atenção Domiciliar e sua potência inovadora na produção de novas formas de cuidar em saúde

Entre 2005 e 2007, um grupo de pesquisadores da Linha de Pesquisa “Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde”, do Departamento de Clínica Médica (Faculdade de Medicina) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizou uma pesquisa intitulada “Implantação da Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagens a partir das experiências correntes”, financiada pelo MS (UFRJ, 2009).

Os resultados dessa pesquisa, e do processo de interação com diversos sujeitos (gestores, equipes e usuários/cuidadores) implicados com um conjunto

de experiências de AD em curso no SUS, abriram um rico campo de reflexão sobre as práticas de cuidados desenvolvidas no ambiente domiciliar, com foco no potencial de inovação dessa modalidade de atenção.

Esse potencial inovador estaria inscrito numa “tensão” constitutiva do campo de práticas e saberes da AD, localizada entre dois polos que se produzem mutuamente: de um lado, o polo da medicalização, no sentido apresentado por Donnangelo (1976); e, no outro, sua substituição. Dessa forma, a AD pode tanto servir a uma agenda de expansão e consolidação do capitalismo, por meio da reprodução do modelo Médico Hegemônico Liberal na casa das pessoas (institucionalização); como desafiar este modelo, potencializando a invenção de outros modos de produzir o cuidado em saúde (substitutividade) (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Essa disputa se dá entre a institucionalização da casa, dominada pela racionalidade técnica e predomínio das tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado; e a desinstitucionalização, na qual predominam as tecnologias leves e leve-duras. Quando predomina o polo da desinstitucionalização, a AD desponta como potente dispositivo produtor de integralidade, continuidade do cuidado, e ampliação da autonomia dos usuários na produção de sua própria saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Para entender essa “tensão constitutiva” (polaridade) inscrita na AD, e seu potencial inovador, é fundamental compreender o papel da família (e, em especial, do cuidador) na produção do cuidado realizado no espaço domiciliar. As equipes, que no ambiente domiciliar não contam com a proteção institucional conferida pelo hospital, sofrem uma desterritorialização e precisam lidar com um conjunto de variáveis que não conseguem controlar, como os modos de cuidar de cada família passados de geração em geração, os afetos que surgem no encontro com o usuário e sua família, a dinâmica familiar (incluindo os conflitos) e as características culturais/sociais/econômicas de cada família e domicílio.

A família/cuidador, devido a grande responsabilização que assumem na AD, possui liberdade significativa na composição das tecnologias de cuidado utilizadas, resultando, necessariamente, numa combinação com as tecnologias trazidas pelas equipes. Assim, mesmo que estas tentem levar para o domicílio a lógica hospitalar, ocorrerá uma disputa dos projetos terapêuticos, na qual as famílias têm um papel definitivo. Essa disputa produz um espaço de tensão que pode resultar na produção de novidades nas formas de cuidar ou à captura das famílias e equipes pelos modos hegemônicos de produção do cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

No entanto, o potencial inovador da AD, isto é, o lado para qual vai “pender” a disputa, dependeria da atitude assumida pelas equipes. Assim, a potencialidade de inovar, atrelada à capacidade de produzir “desinstitucionalização” (contrapondo-se à reprodução dos modos hegemônicos de realizar o cuidado que resultam na subjugação da família), é definida, em última análise, pelo projeto ético-político das equipes (MERHY; FEUERWERKER, 2007, 2008; CARVALHO, 2009).

3.2 OS DESAFIOS IMPOSTOS PELA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Nas primeiras décadas do século XX, os países europeus passaram por mudanças nas taxas de natalidade e de mortalidade, resultando em modificações nos ritmos de crescimento populacional. Este processo foi chamado de transição demográfica, que relacionou o crescimento populacional ao desenvolvimento socioeconômico e se caracterizou pela passagem de uma sociedade rural e tradicional – com altas taxas de natalidade e mortalidade – para uma sociedade urbana e moderna – com baixas taxas de natalidade e mortalidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Ao se analisar “pirâmide” etária brasileira em 1980, percebe-se que ela possui uma base alargada e um topo afunilado, característica de uma população predominantemente jovem e com poucos idosos. Têm-se, assim, uma imagem de fato piramidal (Figura 1).

No entanto, ao acompanhar o comportamento da sociedade brasileira ao longo das décadas e projetando esse comportamento até 2050, nota-se que a pirâmide vai adquirindo uma base cada vez mais estreita e um topo cada vez mais alargado, chegando, em 2050, a uma pirâmide invertida (Figura 1).

Segundo Brito (2007), o percentual de idosos que compõem a população brasileira era de 2,7% em 1960 e chegou a 5,4% em 2000, isto é, o percentual dobrou em 40 anos. Em 2050, alcançará 19%, superando a quantidade de jovens, o que significou que a proporção de idosos na população mais que triplicará em 50 anos.

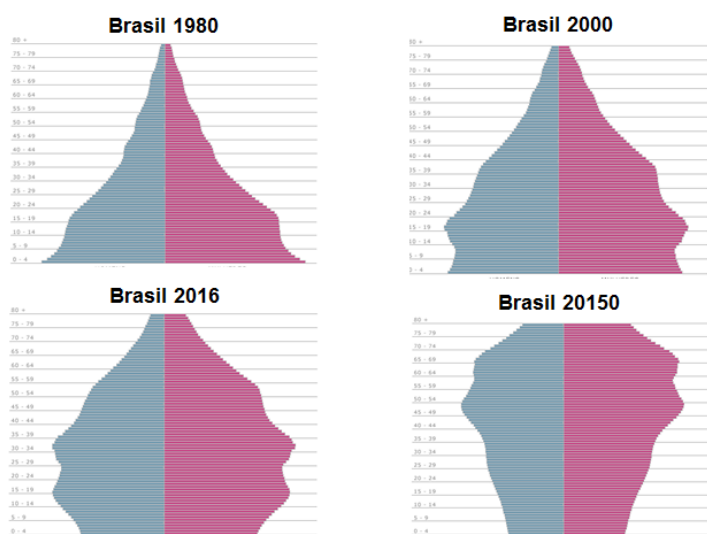


Figura 1. Evolução Pirâmide Etária brasileira de 1980 a 2050 (IBGE, 2010)

A transição demográfica no Brasil é um fenômeno estrutural importante e um processo social marcante desde a segunda metade do século XX, que não se limita a variáveis demográficas, e está atrelada a mudanças sociais e econômicas pelas quais o país está passando. Estas mudanças seriam, ao mesmo tempo, uma de suas causas e um de seus efeitos. Afirma, ainda, que a despeito de suas semelhanças com os países em desenvolvimento e suas

diferenças em relação aos desenvolvidos, a transição demográfica brasileira pode ser considerada original, singular (BRITO, 2008).

No Brasil, a verdadeira revolução demográfica acontece mesmo a partir da década de 1970, constatada pela importante redução nas taxas de natalidade, fecundidade e de mortalidade verificadas em 1980. Na década seguinte, as tendências de queda da natalidade e da mortalidade se mostraram ainda mais acentuadas. Nas décadas de 1990 e 2000, estas taxas continuaram a reduzir. Se em 1991, a população havia dobrado de tamanho em apenas 30 anos, com a desaceleração no ritmo de crescimento demográfico, o tempo para a duplicação do tamanho da população aumentou para 40 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Segundo Brito (2008), a transição demográfica, por estar condicionada de maneira marcante pelas condições históricas, sociais e econômicas de cada país, não é neutro. Isso quer dizer que pode tanto contribuir para aumentar o bem estar-social da população e fomentar a economia, quanto para potencializar dificuldades sociais e econômicas, acirrando as desigualdades sociais características da sociedade brasileira.

Ao estudar a América Latina, Arriaga e Davis (1969, apud PRATA, 1992) concluíram que ações de saúde pública e medidas de medicina preventiva foram responsáveis pelo declínio da mortalidade. Por outro lado, Pendleton (1985, apud PRATA, 1992), ao estudar a transição demográfica de sociedades em desenvolvimento, concluiu que o estágio inicial da transição demográfica se dá principalmente por meio de medidas de saúde e, quando atingem uma menor taxa de mortalidade, o desenvolvimento econômico passa a ser o maior responsável pela redução subsequente da mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida. No Brasil, os dois mecanismos de redução da mortalidade (adoção de medidas de prevenção e o desenvolvimento econômico) atuaram simultaneamente (PRATA, 1992).

Em 2010, a idade mediana do Brasil (29,074) é maior que a da América Latina (27,557) e a da África (19,692). No entanto, quando comparado com a América Anglo-Saxônica (37,156), com a Ásia (29,175), com a Europa (40,064)

e com a Oceania (32,779), e também com o índice mundial (29,2), o Brasil apresenta a idade mediana inferior. Ao se comparar país a país na América Latina, é menor que a do Chile (32,142) e a da Argentina (30,359), e maior que a do México (26,634) e a da Venezuela (26,122) (IBGE, 2013).

Em relação ao Índice de Envelhecimento, número de pessoas com 65 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas de idade entre 0 e 14 anos, o Brasil saiu de 12,18 em 1970 para 44,8 em 2010. Neste ano, as Regiões Sul (54,94) e Sudeste (54,59) se equipararam com o maior índice entre as regiões, enquanto que a Região Norte (21,84) apresentou o menor Índice de Envelhecimento (CLOSS; SHWANKE, 2012).

No Brasil, a Razão de Dependências de Idosos (número de habitantes de 65 anos ou mais para cada 100 habitantes de idade entre 14 e 64 anos) vem aumentando gradativamente, saindo de 12,6 em 1991 para 16,6 em 2010, o que está relacionado ao processo de transição demográfica, na qual a redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade e aumento da participação relativa dos idosos. As regiões brasileiras, em 2010, tinham as seguintes razões, em ordem decrescente: Sul (18,1); Sudeste (17,8); Nordeste (16,3); Centro-Oeste (13,2); e, Norte (11,0) (RIPSA, 2010a; BRASIL, 2011f).

Segundo Sharamm et al.(2004), a OMS projeta que, em 2025, o Brasil estará entre os dez países do mundo com mais pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, população na qual mais incidem as doenças crônicas não transmissíveis, que demandam tratamento de longa duração e recuperação mais lenta, além de intervenções de custo elevado.

De acordo com Prata (1992), a diminuição da mortalidade geral (e infantil), o aumento da expectativa de vida e a modificação do perfil epidemiológico no Brasil, nos últimos 50 anos, representou uma transição epidemiológica, caracterizada por uma modificação progressiva de um cenário de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro no qual predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas.

A transição epidemiológica no Brasil não respeitou o modelo experimentado pelos países industrializados, inclusive pelos seus vizinhos na América Latina, existindo uma superposição entres as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, caracterizada pela reintrodução de algumas doenças transmissíveis e o recrudescimento de outras (SHARAMM et al, 2004).

No Brasil, as doenças crônico-degenerativas representam 66,3% da carga de doenças; as doenças infecciosas representam 23,5%; e as causas externas foram responsáveis por 10,2%. O destaque do diabetes mellitus, das doenças isquêmicas do coração e das doenças cerebrovasculares no *ranking* das causas de anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade demonstram um padrão epidemiológico de países desenvolvidos, mas ainda apresenta condições típicas da pobreza e da precariedade no atendimento e prevenção à saúde (SHARAMM et al., 2004).

O aumento da população idosa e as crescentes demandas por um envelhecimento saudável, acrescidos por uma transição epidemiológica prolongada, com a persistência das doenças infecciosas, o crescimento de fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e a pressão de causas externas, representam importantes desafios para o SUS (DUARTE; BARRETO, 2012).

Seguindo uma tendência mundial, o Brasil sofreu nas últimas quatro décadas uma importante alteração no perfil de doenças encontradas na população, em decorrência de um conjunto de transições (demográfica, epidemiológica e nutricional) pelo qual tem passado, que se caracteriza pelo aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essa mudança no padrão de doenças impõe desafios para o SUS, que vão desde um incremento e adequação do financiamento, até a necessidade investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável (MALTA et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 36 milhões de pessoas morrem anualmente decorrente das DCNT (cerca de 70% da mortalidade geral), que representam uma ameaça ao desenvolvimento de todas as nações e cujas taxas de mortalidade são mais elevadas nos países de baixa e média renda. Ademais, as DCNT têm maior prevalência em pessoas com menor renda e escolaridade, uma vez que têm menor acesso a serviços de saúde e informações e serem mais expostas a fatores de risco, o que acentua as desigualdades sociais (OMS, 2011).

A resposta global à chamada “Epidemia das DCNT” foi a Reunião de Alto Nível sobre estas doenças realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2011, da qual participaram diversos Chefes de Estado. O resultado foi uma declaração política, na qual os países-membros se comprometeram a desenvolver ações de prevenção dos principais fatores de risco para as DCNT e para garantia de atenção à saúde adequada aos pacientes (MALTA; SILVA JR, 2013).

No mesmo ano, no Brasil, o MS publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 – 2022, que contou com a colaboração de diversas instituições e de órgãos governamentais, cujo objetivo foi preparar o Brasil para enfrentar e deter, em dez anos, as DCNT (acidentes vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (BRASIL, 2011e).

De acordo com esta publicação do Governo Federal, houve uma redução de cerca de 20% na mortalidade por DCNT, podendo ser atribuído à expansão da AB, à melhoria da assistência em saúde e à redução do tabagismo desde a década de 1990 (BRASIL, 2011e).

Segundo Frenk (1991), as transições epidemiológica e demográfica dizem respeito a mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde (mortes, doenças e incapacidades), e representam uma *transição das condições de saúde*. Por outro lado, os sistemas de atenção à saúde dizem respeito à resposta social organizada a estas questões, sendo denominada *transição da atenção* sanitária. Estas duas transições associadas

denominam-se “transição da saúde” (grifo nosso), determinada pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo.

Nas últimas décadas, os países têm repensado seu modelo de atenção e as modalidades de cuidados em saúde oferecidas, devido à intensificação de mudanças demográficas, epidemiológicas, socioculturais e políticas. Este processo tem sido motivado tanto por uma racionalidade econômica, quanto pela busca de modos de cuidar que reduzam iniquidades e sejam mais humanizadoras. Neste contexto, a AD desponta como uma modalidade de cuidado potente para dialogar com as questões apresentadas (SEIXAS et al., 2014).

3.3 ELEMENTOS QUE FAVORECERAM O DESENVOLVIMENTO DA AD

O cuidado domiciliar é uma modalidade amplamente utilizada na Europa desde o final do século XVIII, sendo o domicílio utilizado como espaço para produção do cuidado antes mesmo do surgimento dos hospitais e da assistência ambulatorial. Responde, hoje, a uma perspectiva de racionalização do uso de leitos hospitalares e custos da atenção em geral, bem como à necessidade de construção de uma atenção centrada na vigilância e na humanização (SILVA K.L. et al., 2005).

Desponta como uma opção promissora de cuidados em saúde e assistência social em situações, associadas, principalmente, à velhice, a deficiências e a doenças crônicas. Muitos fatores aumentam a demanda e a necessidade por AD, como a transição demográfica e epidemiológica, o aumento de serviços com perspectiva usuário-centrada, a disponibilidade de novas tecnologias de suporte e a pressão em organizar os sistemas de saúde com graus cada vez mais elevados de responsabilização, continuidade no cuidado, eficiência e equidade (OMS, 2008).

Segundo Silva K.L. et al. (2005), o mundo inteiro tem procurado formas de lidar com os altos custos da atenção hospitalar e a resposta insuficiente na qualidade de saúde das populações, fenômeno relacionado às altas taxas de internação hospitalar, associada ao uso crescente de alta tecnologia (modelo hegemônico hospitalocêntrico).

O aumento dos gastos com saúde tem induzido os países com sistemas nacionais de saúde a repensarem seus modelos de saúde e a AD tem despontado como uma estratégia para a diminuição desses gastos. Em alguns países (como Inglaterra e Alemanha) a rigidez nos critérios de elegibilidade adotados para acessar os cuidados domiciliares demonstra este caráter economicista da AD (OMS, 2008).

Duarte e Diogo (2000) apontam a transição demográfica (com um acentuado envelhecimento da população) e a transição epidemiológica (aumento das doenças crônicas não transmissíveis), além dos altos custos do sistema hospitalar e o aumento da procura por cuidados de saúde, como fatores que justificam o surgimento da AD.

Neste sentido, “novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos” têm motivado o fortalecimento de práticas anti-hegemônicas e a formulação de novas estratégias para o cuidado em saúde, como a AD (SILVA KL *et al.*, 2010).

Segundo Kerber (2007), estudos científicos têm mostrado que as ações curativas, preventivas, promocionais, assistenciais e educativas têm mais chances de serem articuladas no ambiente domiciliar se comparado a outros espaços de assistência à saúde. Ainda segundo este autor.

Acredita-se no impacto que esse tipo de atividade possa gerar na qualidade de vida e saúde da população e, ao mesmo tempo, possibilitar a realização de um trabalho interdisciplinar e integrador, motivador da satisfação pessoal e profissional a todos os envolvidos no processo (KERBER, 2007).

Por outro lado, Andreazzi e Baptista (2007) afirmam que, apesar de existirem evidências de que a AD possibilitaria o uso mais racional de recursos, existem “controvérsias sobre a relação custo-efetividade do atendimento domiciliar”, com variações dependentes do perfil epidemiológico dos casos e pelo fato de que a maioria dos estudos não ter incluído a parcela dos gastos hospitalares que é transferida para as famílias.

De acordo com Lacerda et al. (2006), o surgimento (ou ressurgimento) da AD é resultado de um conjunto de alterações sofridas pela sociedade e desponta como um modelo para desenvolvimento social e no sistema de saúde.

A AD pode ser compreendida, também, como um componente do modelo de atenção às doenças crônicas, funcionando como “porta de saída” (grifo nosso) de uma internação hospitalar, e contribuindo, assim, com a melhoria da assistência no domicílio ao evitar complicações e necessidade de novas hospitalizações (SEIXAS et al., 2014).

Além de dialogar com uma perspectiva racionalizadora e com a necessidade de responder aos desafios impostos pela transição epidemiológica e demográfica, o desenvolvimento da AD foi também impulsionado por mudanças de cunho sociocultural, que causaram um aumento da demanda por assistência domiciliar formal. Dentre estas mudanças, estão a fragmentação da unidade familiar tradicional para uma configuração reduzida e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, que tem diminuído a disponibilidade de cuidadores para pessoas dependentes (VLASBLO M; SCHIPPERS, 2004; WHO, 2008).

Estas mudanças nas necessidades e na estrutura social demandam uma abordagem diferente nas políticas de saúde e de assistência social, uma vez que o modelo centrado na doença não é mais suficiente. Além disso, pessoas com deficiência e idosos tendem a não querer um cuidado institucionalizado, e as famílias e cuidadores informais preferem continuar o cuidado em casa (OMS, 2008).

Ao se analisar o que motiva o gestor em saúde na decisão político-institucional em relação à AD, pode-se observar duas vertentes complementares: uma racionalizadora, a qual visa à redução de custos por meio da substituição ou abreviação da internação hospitalar; e uma que intenciona a reorientação do modelo tecnoassistencial, constituindo-se como um espaço potente de criação de novas formas de cuidar (CARVALHO, 2009; SILVA et al., 2010).

Conforme foi visto, diversos autores abordam a AD como uma modalidade de atenção caracterizada por duas dimensões: por um lado, está inserida numa agenda racionalizadora frente à necessidade de lidar com a escassez de leitos e com os altos custos característicos da atenção hospitalar; e, por outro lado, tem potencial de responder aos desafios impostos pelo envelhecimento da população, pela maior carga de doenças crônicas não transmissíveis e pela necessidade de humanizar o cuidado em saúde.

3.4 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNDO OCIDENTAL

A AD surgiu em 1947, em Nova York (Estados Unidos), no Hospital Guido Montefiore como saída para a falta de leitos hospitalares e para proporcionar aos pacientes um ambiente mais humano e psicologicamente mais favorável. Já na Europa, tem início em 1951 no Hospital Tenon em Paris. Em 1957 foi criado, na mesma cidade, o Santé Service, organização não governamental e sem fins lucrativos que permanece prestando assistência a pacientes crônicos e terminais (COTTA et al., 2001; RAMALHO et al., 2002).

O surgimento da AD em outros países da Europa, no entanto, demorou quase uma década. No Reino Unido, foi introduzida somente em 1965; nos anos setenta, teve início na Alemanha e Suécia; e, na Itália, no começo dos anos oitenta. O desenvolvimento da AD na Europa foi bastante irregular, tendo sido criado o programa *From Hospital to Home Health Care* (Do Hospital para os Cuidados de Saúde em Casa), vinculado ao Organismo Europeu da

Organização Mundial de Saúde, com o objetivo fortalecer essa modalidade de cuidado (COTTA et al., 2001).

Segundo o próprio Organismo Europeu da Organização Mundial da Saúde, num documento intitulado “*Home Care in Europe: the solid facts*”, não há uma história única e uniforme acerca da evolução dos serviços de AD na Europa.

Neste continente, o desenvolvimento de serviços de enfermagem domiciliar e de apoio no domicílio está ligados ao surgimento de um complexo sistema bem estar, seguridade social e assistência à saúde, que seguiram trajetórias distintas, tiveram diferentes formatos de implantação e ofertas de serviços em cada país (OMS, 2008).

A oferta de AD na Europa tem origem nos cuidados informais realizados pelas famílias, por voluntários ou ofertados pela igreja. Somente no século XIX, aumentou o envolvimento do Estado, mesmo não sendo o suficiente para substituir esse tipo de AD. Durante o século XX, instituições e hospitais se tornaram o modelo dominante de cuidado para pessoas idosas, crianças, com deficiência e com transtorno mental. Na década de 1960, houve mudanças no sentido de reduzir o número de leitos de longa permanência para idosos e crianças nos hospitais, e aumentar serviços de enfermagem domiciliar (*nursing homes*), e fechar manicômios (OMS, 2008).

Já no Canadá, a partir dos anos sessenta, começaram a funcionar serviços de AD destinados a pacientes cirúrgicos possibilitando sua alta precoce. Em Montreal, em 1987, foi realizado um projeto piloto destinado à administração e controle de antibióticos parenterais em casa para pacientes com quadros agudos (COTTA et al., 2001).

Outros autores como Martins et al. (2009), no entanto, afirmam que a AD surgiu, de forma sistematizada, nos Estados Unidos no século XVIII (1796), na Europa no século XIX (em 1848 na Inglaterra), e na Oceania também no século XIX (em 1885 na Austrália).

Os programas de AD existentes na América Latina se caracterizam por diferentes inserções e vinculações ao sistema de saúde, e contam com diversas experiências exitosas, no entanto com poucas políticas voltadas para a AD de caráter federal (SEIXAS et al., 2014).

Na maioria dos países europeus, a AD está localizada entre o sistema de atenção à saúde e o sistema de assistência social, sendo aquele voltado para pessoas idosas, com doenças complexas, pacientes terminais, com condições crônicas ou agudas; e este destinado à dar apoio em atividades cotidianas como cozinhar, limpar e fazer compras, além de suporte moral e psicológico (WHO, 2008).

Em muitos países como a Bélgica, a França, a Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido, no entanto, o componente “assistência à saúde” da AD é parte de um sistema de assistência à saúde, e o componente “social” compõe um sistema de assistência social. Em outros países como a Dinamarca, a Finlândia e a Suécia, a responsabilidade em garantir AD é dos municípios (WHO, 2008).

3.5 A ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

A AD surgiu no Brasil na primeira metade da do século XX. No entanto, o surgimento do primeiro SAD difere a depender o autor. Segundo Mendes Júnior (2000), a primeira experiência organizada de AD foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho; mas, só a partir de 1963, é que foi organizada como uma atividade planejada no setor público por meio do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital dos Servidores do Estado de São Paulo. Para Martins et al. (2009), no entanto, a AD surgiu em 1920 com a criação da primeira escola de enfermagem, fazendo uso da AD para cuidar de pessoas com febre amarela, hanseníase, pneumonia e doenças endêmicas.

Já para Silva K.L. et al. (2010), os serviços de AD no Brasil surgiram na década de 1960 e vêm se multiplicando de forma marcante a partir da década de 1990, o que impôs a necessidade de se criar políticas públicas que incorporem a AD de forma institucionalizada ao SUS. Segundo Oliveira Neto e Dias (2014), essa expansão pode ter sido impulsionada pela criação do SUS e o subsequente processo de municipalização que é característica desta década, possibilitando que os atores locais experimentassem novas modelagens de cuidado.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa de Internação Domiciliar (PID) e os serviços de cuidado paliativo despontam como respostas à necessidade de construção de um novo modelo assistencial em saúde, cujas consequências são a diminuição dos custos hospitalares, a redução do tempo de internação, a humanização da atenção, a diminuição de riscos, e a ampliação os espaços de atuação dos profissionais de saúde. Caracterizam-se, ainda, pela valorização de novos espaços de cuidado e novas formas de organização tecnológica (SILVA K.L. et al., 2005; SEIXAS, 2014).

A mudança do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, com o aumento da população idosa, das doenças crônico degenerativas a maior sobrevivência de pessoas com lesões medulares e AVC, tem refletido na demanda por assistência à saúde. Conseqüentemente, o SUS, num constante processo de reconfiguração, tem o desafio de se adequar às necessidades de saúde contemporâneas, centradas nos usuários. Nesse contexto, têm surgido e ampliados formas de cuidado não hegemônicas, como a ESF, a AD, as propostas de cuidados paliativos domiciliares, casas de parto, residências terapêuticas, *hospices*, as unidades de cuidados continuados, o telemonitoramento, dentre outros (SILVA, et al., 2010; SEIXAS, 2014).

Ao fim da década de 2000, existiam várias experiências de AD em curso no Brasil, com diversos projetos tecnoassistenciais e que aconteciam por iniciativa das gestões municipais e de hospitais nos três níveis de governo. Envolviam desde estratégias de substitutividade em relação aos hospitais e humanização do cuidado, até mesmo estratégias de racionalização de recursos, obedecendo à lógica de extensão de cobertura da atenção hospitalar,

que está inscrito no modelo médico hegemônico. O arcabouço normativo existente estava voltado particularmente ao cuidado domiciliar de usuários com SIDA (Atenção Domiciliar Terapêutica para SIDA – ADT/SIDA) e para a atenção aos idosos (CARVALHO, 2009).

Em revisão da literatura nacional publicada no documento “Atenção Domiciliar no SUS: resultado do Laboratório de Inovações em Atenção Domiciliar”, fruto de uma parceria entre o MS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, Seixas et al. (2014) apontaram características gerais da AD no SUS, destacando-se:

- a AD, no Brasil, é uma modalidade com ofertas distintas, que vão desde propostas mais abrangentes e com públicos variados, até a oferta de procedimentos e direcionados agravos específicos;
- tem sido implantada, principalmente, como uma estratégia para a desospitalização, objetivando reduzir os custos elevados com a atenção hospitalar;
- existem, ao menos, quatro formas de captar os usuários para os SAD: busca ativa em hospitais, seguida de avaliação da elegibilidade pela equipe; busca no sistema eletrônico de usuários com internação prolongada ou de grande procura pelos serviços de urgência; indicação pelas equipes de internação ou equipes de atenção básica; e, demanda espontânea em casos agudos;
- a captação por demanda espontânea foi identificada, exclusivamente, nos serviços privados, o que reflete a forma predominante de organização da AD no SUS, isto é, como resposta aos altos custos da assistência hospitalar e serviços de urgência e emergência;
- os encaminhamentos de usuários para os SAD realizados pela AB resultam da necessidade de intervenções mais complexas e contínuas que o praticado, normalmente, por este ponto de atenção;
- o local que a AD assume nos serviços influencia a forma com o SAD funciona; dessa forma, o fato de estar inserido num serviço hospitalar favorece a desospitalização e, ao mesmo tempo, limita sua capacidade em captar

usuários que não são oriundos do hospital onde está estabelecido, diminuindo seu potencial em disputar o modelo de atenção.

Essa revisão mostrou, também, que existem poucos estudos sobre AD (resultados e relatos) publicados em periódicos ou outras fontes, e a maioria deles retratava experiências das Regiões Sul e Sudeste, sendo encontrados poucos relatos das demais regiões do Brasil (SEIXAS, 2014).

Ressalta-se, também, a realização da pesquisa “Implantação da Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagens a partir das experiências correntes”, demandada pelo MS e realizada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, entre dezembro de 2005 e junho de 2007. O objetivo da pesquisa era “realizar modelagem da Atenção Domiciliar e levantar modelos possíveis de financiamento, regulação, avaliação e controle” (UFRJ, 2009).

Em pesquisa que estudou as experiências de AD no SUS dos municípios de Sobral – CE, Belo Horizonte – MG, Rio de Janeiro – RJ, Londrina – PR e Marília – SP, observou-se que, à exceção de Sobral, onde a AD era responsabilidade da saúde as família, o SAD foi criado com o objetivo de evitar ou abreviar a internação hospitalar e ampliar a autonomia dos usuários/famílias (MERHY; FEUERWERKER, 2008). Além disso, contavam com as seguintes características em comum:

- em praticamente todas as experiências, o encaminhamento ao SAD poderia ser realizado pelos hospitais, pronto-atendimentos e atenção básica;
- as equipes de AD eram multiprofissionais, sendo compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social e auxiliar de enfermagem;
- contavam com equipes generalistas e especialistas (orientadas ao cuidado de certos agravos, como HIV/SIDA, cuidados paliativos em câncer, feridas, etc.);
- contavam com rotinas e protocolos assistenciais, inclusive para situações de emergência;

- dispunham de mecanismos de comunicação entre familiares e equipes, sempre que necessários, inclusive no período da noite e em finais-de-semana;
- garantiam o fornecimento de medicamentos, materiais para curativo, sonda, cateteres e, quando necessário, respiradores e aspiradores;
- realizam para avaliação do caso (situação clínica; avaliação do domicílio; e, da dinâmica familiar);
- garantia de acesso a transporte e exames, quando necessário.

A ampliação dos SAD no SUS a partir da década de 1990 (SILVA KL et al., 2010; OLIVEIRA NETO, DIAS, 2014; SEIXAS et al., 2014), impôs a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e a proposição de políticas públicas que agregasse a oferta de AD (SILVA KL et al., 2010; SEIXAS et al., 2014). Assim, podem ser destacados alguns marcos normativos da AD que surgiram no SUS a partir desse período:

- Publicação da Portaria nº 2.416, em 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998);
- Estabelecimento da Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 – Diário Oficial da União (DOU) de 16/04/2002. Essa lei acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002);
- Publicação da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD (BRASIL, 2006);
- Publicação da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar.

Apesar da notável evolução da legislação que regulamenta a AD no Brasil, esta modalidade assistencial não fez parte do projeto original do SUS, sendo proposta como complementar por meio da Lei nº 10.424. Corrobora com isso o fato de que esta lei foi proposta pelo Legislativo, sem articulação com o MS (REHEM; TRAD, 2005).

Vale citar, ainda, o esforço do MS ao iniciar processo de discussão que visou à estruturação de uma proposta de assistência domiciliar no âmbito da atenção básica, culminando com a elaboração de um documento denominado “Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS” em 2001 (REHEM; TRAD, 2005).

Não obstante os avanços nas normativas, culminando com a publicação da portaria que institui a Internação Domiciliar, o desenvolvimento da AD nesta perspectiva ficou estagnado, haja vista que a referida normativa não foi, de fato, operacionalizada, causando expectativa entre gestores e trabalhadores no que diz respeito aos rumos da AD no SUS (BRASIL, 2012).

No início de 2011, assumiu um novo ministro da saúde e com ele uma nova equipe passou a coordenar a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Essa equipe era composta por quadros com larga experiência na gestão municipal da saúde, inclusive com protagonismo na experimentação da AD como dispositivo de articulação da rede de atenção em saúde. Esse grupo também havia interagido com a pesquisa “Implantação da Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagens a partir das experiências correntes”, por coordenarem umas das experiências de AD estudadas nesse momento.

Essa conjuntura favoreceu o MS, num contexto de estagnação da política, somada à pressão de um conjunto de gestores e trabalhadores que representavam uma diversidade de experiências municipais e hospitalares em curso desde a década de 1990, a criar um grupo de trabalho (GT) formado por áreas técnicas do MS e por serviços municipais de AD.

Este GT partiu de experiências locais e do acúmulo normativo anterior sobre a AD. O trabalho do grupo resultou na revogação da Portaria nº 2.529 e na publicação da Portaria nº 2.029, de 2011, dando base para que o governo federal lançasse o PMC em novembro de 2011 (BRASIL, 2012).

A partir daí, foram realizadas diversas modificações na normativa, resultando na publicação da Portaria GM/MS nº 963 de maio de 2013, que redefine a AD e ainda está vigente. Esta portaria embasa o PMC, que não foi instituído normativamente. Este processo de adequação da normativa contou com a existência de três portarias entre 2011 e 2013, preservando a essência da proposta original instituída em 2011 (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

De acordo com portaria, a AD é definida como 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 e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Pode-se afirmar que o fato da continuidade de cuidado e a integração à rede de atenção à saúde estarem atrelados à sua definição confere mais potência à AD. Além disso, a própria terminologia “atenção domiciliar” é ampla o suficiente para contemplar a diversidade de arranjos e modalidades praticadas no país, sendo, portanto, adequada.

Estabelece, ainda, que a AD tem o objetivo de reorganizar o processo de trabalho de todos os serviços prestam cuidado domiciliar, visando à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de internação, a humanização, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

Deverá seguir as seguintes diretrizes: ser estruturada na perspectiva das RAS e ter a AB como ordenadora do cuidado; estar inserida no sistema de regulação; atender aos princípios da ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; considerar as necessidades de saúde do usuário como o seu foco; centrar-se no trabalho

multiprofissional e interdisciplinar; e, deve estimular a participação ativa dos profissionais, usuário, família e cuidador (BRASIL, 2013).

Os SAD serão compostos por equipes denominadas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), composta por médico(a), enfermeira(o), auxiliar/técnico de enfermagem, fisioterapeuta e/ou assistente social; e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), podendo ser compostas por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013).

Parece ser consenso na literatura e em experiências nacionais e internacionais, a importância de se ter a presença da figura do “cuidador” na AD. Segundo Oliveira e Dias (2014), a proposta de organização da AD no SUS (PMC), representado pela normativa federal, é coerente com essa perspectiva, uma vez que estabelece a presença do cuidador como um critério para admissão no SAD, definindo-o como “pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (BRASIL, 2013).

Foi estabelecido pelo MS que todos os municípios com população superior a 20 mil habitantes, desde tivessem condições mínimas de retaguarda (no próprio município e na região de saúde), podem implantar SAD e contar com o repasse de recursos federais, de acordo com a portaria. Aqueles com população inferior a 20 mil, deverão se agrupar para poderem pleitear o credenciamento do SAD e o apoio financeiro ao MS (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que a primeira normativa sobre a AD, publicada em agosto de 2011 (Portaria GM/MS nº 2.029), só permita a implantação de SAD com custeio federal apenas em municípios com população superior a 100 mil habitantes. Em seguida, esta regra foi alterada pela Portaria GM/MS nº 2.527 de outubro de 2011, incluindo municípios acima de 40 mil habitantes contanto que estivessem localizados em regiões metropolitanas. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.533 de julho de 2012, que altera a Portaria GM/MS nº 2.527, excluindo o critério “região metropolitana”, qualquer município acima de 40 mil habitantes e que possuíssem retaguarda assistencial poderiam pleitear a

implantação de SAD com recursos federais. Por fim, a Portaria nº 2.527 foi revogada com a publicação da Portaria GM/MS nº 963 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013a; 2012a; 2011b; 2011c).

De acordo com a normativa, um município com população até 149 mil habitantes poderá implantar apenas 1 EMAD e uma EMAP, com custeio federal. Poderão implantar a segunda EMAD, os municípios com população até 249 mil, e assim sucessivamente. Dessa forma, uma EMAD pode ser responsável pelos usuários que necessitem de AD numa população que vai de 20 mil a 149 mil (BRASIL, 2013).

Ainda de acordo com a normativa federal, a AD deve ser organizada a partir de três modalidades (AD1; AD2; e, AD3), que levam em conta a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, e a frequência de atendimento (visitas domiciliares) necessário. O cuidado dos usuários avaliados como modalidade AD1 é de responsabilidade da atenção básica; e aqueles classificados como modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade do SAD (EMAD e EMAP) (BRASIL, 2013).

Uma vez que o PMC não foi instituído normativamente, desponta como uma marca de governo caracterizada por congregar as ações e estratégias federais relacionadas à AD, as quais se destacam (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014):

- o custeio federal das equipes de AD repassados aos municípios e estados;
- o apoio técnico do MS aos gestores locais para a implantação do programa;
- a criação de um sistema de informação específico para a AD, inicialmente o Registo de Ações Ambulatoriais em Saúde da AD (RAAS – AD) e depois o eSUS AD, que inclui versão para *tablet* e *smartphones*;
- a publicação de materiais para apoiar a implantação/qualificação dos SAD, como a série Cadernos de Atenção Domiciliar, que conta com três volumes, sendo que o terceiro tem foco nos cuidados em terapia nutricional;

- a criação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar à Distância.

Além disso, a AD, enquanto modalidade de atenção, foi estabelecida como um componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013a; 2011a). Em 2013, foi publicada portaria com o objetivo de normatizar a integração entre o PMC com outro componente da Rede de Atenção às Urgências, o Programa SOS Emergências. Essa integração consiste na existência de uma EMAD específica que teria, dentre outras, as seguintes atribuições: realizar busca ativa no hospital (Portas de Entradas Hospitalares de Urgência e nos leitos) para identificar usuários elegíveis para a AD, a partir de protocolos de elegibilidade; integração do hospital com o território (SAD e atenção básica), realizando a transição do cuidado; e, apoiar na identificação e capacitação do cuidador ainda no ambiente hospitalar, possibilitando desospitalização mais segura, maior autonomia do cuidador e do paciente, e diminuindo a necessidade e frequência de reinternações (BRASIL, 2013).

Apesar do PMC, em seu arcabouço técnico e normativo, não estabelecer de forma clara a inseparabilidade dos SAD com os serviços de assistência social, como acontece na maioria dos países membros da União Europeia (WHO, 2008), foi publicada portaria interministerial (MS e Ministério das Minas e Energias), que beneficia famílias que possuam portador de doença ou com deficiência cujo tratamento necessite de uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica e estejam cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, com o benefício Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE (BRASIL, 2011d).

3.6 A ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A primeira vez que se descreveu a rede regionalizada de saúde foi no Relatório Dawson em 1920 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011). Este documento foi elaborado por solicitação do Governo Britânico no contexto do fim da Primeira Guerra Mundial, com o objetivo de prover serviços de saúde para toda a população de uma região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Segundo Mendes (2011), a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é recente e surgiu na década de 1990, nos Estados Unidos, com as experiências dos sistemas integrado em saúde, tendo se expandido para o Canadá, Europa e, depois, para países em desenvolvimento.

Apesar de concordar com Mendes (2011) sobre a importância da experiência dos sistemas integrados em saúde nos Estados Unidos (EEUU) para o desenvolvimento do debate sobre redes de atenção, Kuschnir e Chorny (2010) demonstram que o início deste debate está na organização do Sistema Nacional de Saúde Britânico, o *National Health Service* (NHS), e teve como base o Relatório Dawson, que trouxe a perspectiva de redes de atenção.

O debate das redes integradas de atenção à saúde se justifica pela excessiva fragmentação dos serviços de saúde, o que dificulta o acesso, baixa qualidade dos serviços prestados, o uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis e, conseqüentemente, uma baixa satisfação dos usuários. Além disso, a lógica das redes integradas desponta como uma forma mais adequada de lidar com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, no contexto da transição epidemiológica e demográfica (OPAS, 2010).

Mendes (2010) segue o mesmo caminho para justificar a necessidade de pensarmos a organização a atenção à saúde a partir da concepção das redes integradas ou redes de atenção à saúde (RAS), mas enfatiza a incoerência entre a transição epidemiológica e demográfica e as respostas sociais deliberadas para lidar com as necessidades das populações oriundas

dessa transição. Afirma que, num contexto onde há predominância relativa de condições crônicas, não se pode ter como resposta social um sistema fragmentado e estruturado para lidar com situações agudas ou agudizações de condições crônicas.

De acordo com Silva (2008), a diretriz de que o SUS deve se organizar em redes consta na Constituição Federal de 1988, estando presente desde o início, de forma mais ou menos explícita, na agenda da reforma sanitária.

Esta perspectiva é corroborada por Kuschnir e Chorny (2010) ao afirmarem que a “organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema brasileiro”.

Ao longo da década de 1990, no entanto, a concepção de redes de saúde deixou de ser central no SUS, voltando à cena com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2000, e especialmente com o Pacto pela Saúde, em 2006 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Ainda segundo este autor, ao discutir o tema das redes de atenção, é importante observar que as redes de atenção hoje existentes decorrem do processo histórico de construção do SUS, fazendo parte do “SUS real”, e que não é possível construir RAS por meio de prescrições ideais para todas as realidades, sem reconhecer as singularidades regionais e os contextos locais (SILVA, 2008).

Magalhães Jr. e Silva (2008), a despeito da ampla literatura sobre as RAS e sua importância para qualificar os sistemas de saúde, destacam três argumentos que justificam a necessidade de construção de redes de atenção: o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas; sua maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos; e, os custos crescentes no tratamento das doenças.

Em consonância com os desafios impostos pela realidade do SUS e pela ampla produção científica, nacional e internacional, sobre as vantagens em se organizar os sistemas de saúde sob a lógica das RAS, o MS publicou em dezembro de 2010 a Portaria GM/MS nº 4.279 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito SUS (BRASIL, 2010b).

Segundo esta portaria, as Redes de Atenção à Saúde são definidas como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

Já Magalhães Jr. e Silva (2008), definem as redes de atenção como

Malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES JR., 2008).

Mendes (2010), por outro lado, define as RAS como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

Esses três conceitos de RAS são distintos, mas tem um ponto em comum: dialogam com a necessidade de integração dos serviços de atenção à saúde, na perspectiva de se alcançar maiores graus de integralidade.

A normativa brasileira atual relaciona o conceito de AD à garantia de cuidados continuados e à integração com as redes de atenção à saúde. Além disso, estabelece a AD como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, por meio da Portaria GM/MS nº 1.600 de julho de 2011, e determina que deve ser organizada de forma articulada e integrada à todos os componentes da RAS (BRASIL, 2013).

Brito et al. (2013) consideram que a AD tem contribuído para o avanço na continuidade do cuidado e na materialização da integralidade, ao propiciar novos modos de produção do cuidado e relação com diferentes pontos da RAS. Dessa forma, a AD é importante na construção das redes e “proporciona novas modalidades de intervenção que podem contribuir para a superação do modelo”.

No mesmo sentido, Silva et al. (2010) entendem como fundamental a articulação da AD com os demais serviços de atenção, por meio de fluxos assistenciais estabelecidos com as equipes de saúde da família, as unidades de pronto-atendimento e com os serviços hospitalares.

Dessa forma, a AD só será efetiva se tiver capacidade de articulação com o conjunto de serviços e estabelecimentos de saúde da RAS, processo que desponta com um dos grandes desafios para os trabalhadores que compõem os SAD, bem como para o gestor municipal (BRASIL, 2012).

De acordo com Foote e Stanners (2002), estudos apontam que 20 a 30% dos pacientes com idade acima de 75 anos com problemas crônicos de saúde são internados em hospitais de maneira equivocada, o que poderia ser evitado por meio de orientações à família e vinculação a um profissional de referência. Assim, ainda segundo esses autores, a articulação dos serviços de AD com a rede de atenção à saúde é primordial para o sucesso desta modalidade de atenção, principalmente no que diz respeito à desospitalização e à prevenção de reinternações.

Albuquerque (2013), ao discutir a construção de redes de atenção na perspectiva interfederativa, afirma que um único município raramente detém capacidade assistencial instalada que responda às necessidades de saúde de sua população, o que torna a regionalização do SUS necessária, de modo que as ações e serviços sejam construídas a partir de relação solidária entre si e entre os três entes federados.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Foi realizado estudo um estudo que utiliza abordagem quantitativa e qualitativa, as quais serão descritas separadamente.

4.1.1 Estudo quantitativo

Por meio deste estudo, foi realizada a caracterização da adesão e implantação do Programa Melhor em Casa, sendo incluídos os municípios que possuíam, pelo menos, uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) implantada no período entre dezembro de 2011 a junho de 2015.

O período de realização do estudo se justifica em função do lançamento do PMC e do período em que foi finalizada a coleta dos dados.

Para realizar a caracterização dos municípios foram utilizadas variáveis contempladas no instrumento para monitoramento do PMC utilizado pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do MS, quais sejam:

1. Unidade federativa (UF);
2. Município com código do IBGE;
3. População do município segundo o IBGE, ano base 2014;
4. Tipo e quantidade de EMAD e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) implantadas por região, por estado e por município;
5. Competência de implantação das equipes de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Além destas variáveis foram incluídas para caracterização as seguintes informações dos municípios:

1. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
2. Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF);
3. Porte do município segundo faixas populacionais:

Faixa 1: população < 40 mil habitantes;

Faixa 2: população > ou = a 40 mil e < 100 mil habitantes;

Faixa 3: população = ou > que 100 mil e < 1 milhão de habitantes;

Faixa 4: população = ou > 1 milhão de habitantes.

As faixas 1, 2 e 3 são coerentes com a evolução dos portes populacionais dos municípios que, entre 2011 e 2013, foram estabelecidos como aptos a aderir ao PMC pelas normativas federais (BRASIL, 2013a; 2012a; 2011a; 2011b). A Faixa 4 foi estabelecida pelo autor por entender que representam as grandes metrópoles nacionais e possuem peculiaridades típicas das grandes cidades.

A caracterização dos municípios foi realizada utilizando tanto as variáveis selecionadas individualmente, quanto o cruzamento das mesmas.

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva, calculando-se frequências, percentuais e razões. Os resultados foram organizados, classificados e apresentados em forma de quadros e tabelas.

4.1.2 Estudo qualitativo

Por meio deste estudo buscou-se compreender os avanços e desafios do programa melhor em casa sob a perspectiva dos gestores municipais tendo como cenário municípios que implantaram SAD, no âmbito do PMC.

Os critérios adotados para a definição da amostra incluíram informações acerca da implantação da AD e os profissionais envolvidos com o PMC, privilegiando os sujeitos sociais que possuem os atributos que o pesquisador buscava conhecer. Nesse sentido, fizeram parte da amostra coordenadores do PMC dos municípios que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

1. Possuir estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de AD: Para obter esta habilitação, o gestor municipal deve enviar o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências para análise do MS, que publicará portaria específica. Ao concluir este processo, o município está autorizado a constituir Equipes de Atenção Domiciliar que comporão SAD. Considera-se que este processo marca a adesão ao PMC (BRASIL, 2013);
2. Tempo de implantação igual ou superior a 12 meses de modo a minimizar a interferência de possíveis dificuldades inerentes ao primeiro ano de implantação de um serviço assistencial, como organização do processo de trabalho e aquisição de insumos e equipamentos. Considera-se que o PMC foi implantado a partir do momento que, ao menos uma Equipe de Atenção Domiciliar autorizada por meio da habilitação de um estabelecimento de saúde como SAD, é constituída e cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
3. Ter população acima de 20 mil habitantes, contemplando necessariamente, faixas populacionais, pré-estabelecidas. As 3 primeiras faixas tem coerência com a evolução das normativas federais que tratam da AD (BRASIL, 2013a; 2012a; 2011a; 2011b). A quarta faixa foi criada para garantir que na amostra estejam incluídos municípios com a complexidade que este porte populacional confere.

Faixa 1: > ou = 20 mil e < 40 mil habitantes;

Faixa 2: > ou = 40 mil e < 100 mil habitantes;

Faixa 3: > ou = 100 mil e < 1 milhão de habitantes;

Faixa 4: > 1 milhão de habitantes.

4. Possuir 50% ou mais do teto de equipes de AD (EMAD) implantado: entende-se que os municípios com menos de 50% do teto de equipes implantadas possuem uma implantação incipiente, levando a menor capacidade de contribuir com a pesquisa. Vale ressaltar que este critério só pode ser aplicado aos municípios da Faixa 3 que possuam população superior a 150 mil habitantes, e aqueles da Faixa 4, por terem teto de equipes de AD igual ou superior a duas (Figura 2).

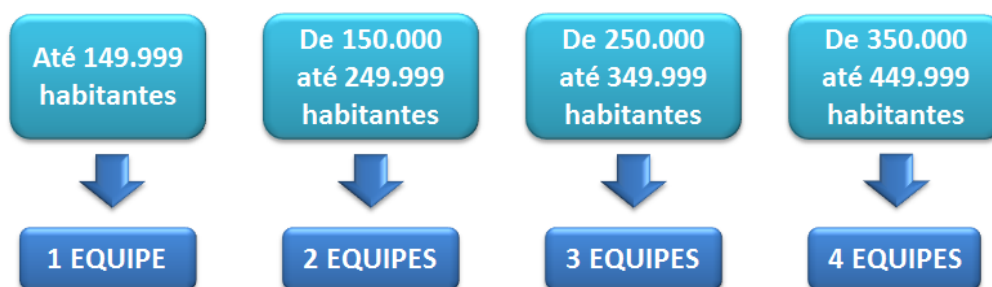


Figura 2. Teto de Equipes de Atenção Domiciliar segundo porte populacional implantadas com custeio federal (Fonte: Ministério da Saúde)

Considerando os critérios estabelecidos, fizeram parte da amostra, inicialmente, 165 municípios de um total de 422 que constava no instrumento de monitoramento do PMC utilizado pelo MS.

Embora o processo e definição da amostra qualitativa deva ser feito considerando o critério de saturação, inicialmente, o pesquisador pode prever um quantitativo de entrevistas a serem avaliadas à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o seu trabalho (MINAYO, 2007).

Nesse sentido, foi solicitado ao MS que indicasse dois municípios por faixa populacional, reconhecidos por terem gestores comprometidos com a implantação do PMC, e que não fossem, necessariamente, considerados experiências exitosas. Dos oito municípios indicados, seis participaram do estudo, e nestes foram entrevistados os coordenadores da AD, considerando o critério de saturação. Foram contempladas todas as faixas populacionais e demais critérios estabelecidos previamente (tabela 1).

Tabela 1 - Municípios selecionados para a realização da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão. BRASIL, 2015

UF	Municípios	Implantação do PMC	População	Faixa Populacional	Nº de EMAD	% do teto implantado
RJ	Pirai	jan/14	27.579	1	1	100%
SP	Jardinópolis	set/14	41.228	2	1	100%
PI	Piripiri	ago/13	62.600	2	1	100%
MG	Uberlândia	mai/13	654.681	3	7	100%
PE	Caruaru	mar/12	342.328	3	3	100%
PR	Curitiba	mai/12	1.864.416	4	10	55%

Fonte: Ministério da Saúde

Os dados foram coletados mediante o preenchimento de formulário elaborado para essa finalidade (Apêndice A). No processo de elaboração houve testagem prévia com participação de um coordenador de AD, de um município não incluído no estudo, com a finalidade de realizar ajustes necessários antes do início das entrevistas.

A obtenção dos dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, contemplando questões norteadora e complementares. Essas entrevistas permitiram às pessoas a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às perguntas formuladas, com o propósito de captar as concepções dos sujeitos sobre o tema em questão. (MINAYO, 2007).

As entrevistas ocorreram no período de 01 de outubro a 20 de dezembro de 2015, por meio da ferramenta Skype®, com duração média de 26 minutos, após agendamento prévio via contato telefônico e correio eletrônico, respeitando a disponibilidade dos coordenadores. Foram iniciadas após explicação dos objetivos da pesquisa, além da leitura, assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de correio eletrônico. Foram gravadas em aparelho digital e transcritas, mantendo-se fielmente o conteúdo das falas. Cada entrevista foi codificada utilizando a denominação SUJEITO seguido de algarismo arábico 1, 2, 3, 4, 5, e 6.

A análise dos dados foi subsidiada por meio do software de Análise de Dados Textuais ALCESTE (*Analyse lexicale par contexte d'un ensemble de*

segments de texte), que permite realizar a análise de dados textuais, de forma automática, verificando a principal informação presente no texto. Dessa forma, permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessar a informação essencial presente no mesmo (CAMARGO, 2005). Estudos utilizando o ALCESTE demonstram em seus resultados a adequação e a compatibilidade do mesmo como forma de tratar os fenômenos psicossociais envolvidos no pensamento e na linguagem (SHIMIZU; MOURA, 2015; REHEM et al., 2014).

O ALCESTE realiza quatro etapas para análise padrão do material (CAMARGO, 2005):

1. Na etapa A, o programa faz a leitura do texto e o cálculo dos dicionários. O programa prepara o *corpus*, que é constituído de um conjunto de unidades de contexto inicial (u.c.i.); reconhece as u.c.i.; faz uma primeira segmentação do texto; agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo dessas formas reduzidas.

A u.c.i. é cada entrevista que necessariamente deve começar com uma linha de comando. Essa linha informa o número de identificação do entrevistado e algumas características (variáveis) que são importantes para o delineamento da pesquisa, definidas pelo pesquisador. Para essa pesquisa, constituíram as linhas de comando das entrevistas as seguintes variáveis: nº da entrevista (ordem); código da entrevista; município do entrevistado; graduação do entrevistado; tempo em que o entrevistado desempenha função de coordenador do SAD; faixa populacional a qual pertence o município; experiência do entrevistado na gestão da saúde.

2. Na etapa B, o programa faz o cálculo das matrizes de dados e classifica as unidades de contexto elementar (u.c.e.). Essa é uma etapa de cálculo.

A partir das matrizes cruzando formas reduzidas e u.c.e., variando o tamanho das u.c.e., aplica-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD) e obtém-se uma classificação definitiva. Essa análise visa

obter classes de u.c.e. que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das u.c.e. das outras classes. Para isso, utiliza-se o teste do chi-quadrado de associação das formas reduzidas e das u.c.e. às classes.

3. A Etapa C fornece os resultados mais importantes. O programa apresenta o dendograma da CHD, o qual ilustra as relações entre as classes.

Além disso, o programa fornece outra forma de apresentação dos resultados, por meio de uma análise fatorial de correspondência (AFC) ou representação das relações entre as classes em um plano fatorial, feita a partir da CHD.

4. A etapa D é um prolongamento da etapa C. Com base nas classes de u.c.e. escolhidas, o programa calcula e fornece-nos as u.c.e. mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe obtido na descrição das classes. Fornece, ainda, classificações hierárquicas ascendentes (CHA) para cada classe, permitindo, assim, o estudo das relações dos elementos (palavras) intraclasse.

A escolha da análise lexical nesse estudo justificou-se em função da mesma realizar, em presença de entrevistas abertas, agrupamentos de palavras afins e deletar palavras que apresentaram pouco interesse até conseguir representar o sentido do texto (MINAYO, 2007). Os dados foram analisados em consonância com o referencial teórico adotado para este estudo.

4.1.3 Aspectos éticos legais

O presente estudo por envolver pesquisa com seres humanos foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília – UnB, nº 45923015.4.0000.0030 (Anexo C).

Ademais, foi solicitada autorização de cada um dos sujeitos pesquisados, obtendo-se o TCLE (Apêndice B), no qual constam esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das

informações necessárias e autorização para participação no estudo, em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 (BRASIL, 2012c).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ESTUDO QUANTITATIVO

5.1.2 Resultados

Entre dezembro de 2011 e junho de 2015, foram implantados SAD do PMC em 320 municípios de todas as regiões do país e em 25 unidades da federação, totalizando 846 equipes de AD, sendo 476 EMAD Tipo 1; 76 EMAD Tipo 2; e, 294 EMAP. Apenas Roraima e o Espírito Santo não possuíam SAD implantados no período analisado.

As regiões Norte, Centro-oeste e Sul possuíam 82 municípios que implantaram o PMC, o que representa 26% do total. As regiões Nordeste e Sudoeste somam 238 municípios, significando 74% dos municípios que aderiram ao PMC no período analisado.

A concentração de municípios aderidos ao PMC nas regiões Sudeste e Nordeste foi observada, também, na distribuição das equipes de AD. Essas regiões possuíam, respectivamente, 42% e 33% de todas as equipes implantadas (EMAD e EMAP). Destaca-se que, apesar da quantidade de municípios ter sido praticamente igual nas duas regiões, a quantidade de equipes no Sudeste foi quase 10% superior. As demais equipes estavam distribuídas homoganeamente dentre as regiões Norte, Centro-oeste e Sul (Quadro 1).

Ainda de acordo com o Quadro 1, a distribuição das EMAD Tipo 2, tipo de equipe que pode ser implantada exclusivamente nos municípios da Faixa 1, teve sua implantação concentrada na região Nordeste, com 55% de todas as equipes desse tipo. A implantação das equipes nas demais regiões teve a seguinte distribuição, em ordem decrescente: Sudeste – 15 (20%); Centro-oeste – 9 (12%); Sul – 6 (8%); e, Norte – 4 (5%).

Quadro 1 - Quantidade de estados, municípios e equipes de atenção domiciliar implantada, segundo região do Brasil, junho de 2015

Região	Estados	Municípios	Tipo Equipe		Total Equipe	% Equipe
Norte	6	26	EMAD 1	36	67	8%
			EMAD 2	4		
			EMAP	27		
Centro-oeste	4	26	EMAD 1	37	74	9%
			EMAD 2	9		
			EMAP	28		
Sul	3	30	EMAD 1	49	71	8%
			EMAD 2	6		
			EMAP	16		
Nordeste	9	118	EMAD 1	123	276	33%
			EMAD 2	42		
			EMAP	111		
Sudeste	3	120	EMAD 1	231	358	42%
			EMAD 2	15		
			EMAP	112		
Total	25	320	Total		846	100%

Fonte: Ministério da Saúde

Os estados com mais equipes de AD implantadas no período analisado foram, em ordem decrescente, São Paulo (199), Rio de Janeiro (85), Bahia (83) e Minas Gerais (74). Aqueles com menos equipes implantadas foram Mato Grosso (1), Sergipe (2), Acre (3) e Tocantins (4).

Ao se analisar o PMC a partir da faixa populacional dos municípios, observou-se que a Faixa 3 (população = ou > 100 mil e < 1 milhão de habitantes) possui a maior concentração de municípios e de equipes do PMC. Apesar da Faixa 4 possuir a menor quantidade de municípios, apenas 4%, é a Faixa 1 que concentra a menor quantidade de equipes de AD (17%).

Além disso, embora a grande maioria dos municípios brasileiros (86%) estejam concentrados na Faixa 1, a quantidade de municípios do programa nesta faixa é, apenas, 25% de todos os municípios que implantaram o PMC¹⁷.

De acordo com a Tabela 1, mais da metade dos municípios e das equipes de AD da Faixa 1 estão localizados na região Nordeste. Da mesma forma, a região Sudeste concentra a maioria dos municípios e equipes de AD da Faixa 4.

Tabela 2 - Distribuição dos municípios e equipes do Programa Melhor em Casa, segundo região e segundo faixa populacional, junho de 2015

Regiões	Faixa 1				Faixa 2				Faixa 3				Faixa 4			
	Municípios		Equipes		Municípios		Equipes		Municípios		Equipes		Municípios		Equipes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	4	5%	8	5%	14	14%	28	15%	7	6%	19	6%	1	7%	12	7%
CO	9	11%	17	12%	9	9%	18	10%	6	5%	16	5%	2	14%	23	13%
S	6	8%	8	5%	10	10%	13	7%	12	10%	28	8%	2	14%	22	13%
NE	45	56%	84	58%	37	36%	71	39%	33	27%	95	28%	3	21%	26	15%
SE	16	20%	29	20%	32	31%	53	29%	66	53%	184	54%	6	43%	92	53%
Total	80	100%	146	100%	102	100%	183	100%	124	100%	342	100%	14	100%	175	100%

Fonte: Ministério da Saúde

Desde o lançamento do PMC em agosto de 2011 até dezembro de 2014, a quantidade de municípios que aderiram ao programa e implantaram equipes de AD foi crescente. A quantidade de equipes de AD implantadas a cada ano também foi crescente. Os anos de 2012, 2013 e 2014 tiveram, respectivamente, 159, 230 e 324. Vale destacar que o número de equipes implantadas em 2014 foi superior em mais de 100% se comparado ao ano de 2012.

Além disso, o número de EMAD Tipo 1 implantadas em 2014 (145) é praticamente igual a 2013 (146), comportamento distinto daquele constatado quando se considera a implantação de todos os tipos de equipes de AD somados, que foi 41% maior em 2014, se comparado com 2013. Isso significa que este aumento decorreu do crescimento das EMAD Tipo 2 e, sobretudo, das EMAP.

Como este estudo só analisou o PMC até o primeiro semestre de 2015, não é possível afirmar que a quantidade de equipes implantadas se manteve crescente nesse ano. No entanto, o número de equipes implantadas no primeiro semestre de 2014 foi superior ao de 2013, que foi superior ao de 2012. Essa característica não foi constatada em 2015, ano em que o número de equipes implantadas foi inferior ao primeiro semestre de 2014 e semelhante ao de 2012, podendo significar uma desaceleração desse ritmo.

O número de equipes implantadas no segundo semestre de 2014 é inferior ao primeiro semestre do mesmo ano, comportamento oposto aos anos de 2012 e 2014, quando a quantidade implantada no segundo semestre foi superior ao primeiro. Isso reforça a desaceleração mencionada. Vale destacar que essa inversão foi observada, tanto com as EMAD Tipo 1, quanto com as EMAP.

Quando se analisa o incremento proporcional de equipes, por meio do cálculo da razão entre o número de equipes implantadas em períodos distintos, observa-se que, apesar da quantidade de equipes implantadas a cada ano ter sido sempre superior ao ano anterior, o total de equipes até 2013 foi duas vezes maior que aquelas implantadas até 2011/2012, enquanto 2014 foi 1.7 vezes maior que 2013. Isso confirma a desaceleração no ritmo de implantação, já percebida ao se considerar o número absoluto de equipes implantadas a cada ano.

Ao realizar essa análise de forma desagregada por região, observou-se que as regiões Norte e Sudoeste foram as únicas que apresentaram essa diminuição no incremento proporcional, com destaque para o Sudeste, que teve 2.1, entre 2011/2012 e 2013; e 1.4, entre 2013 e 2014. Isso pode indicar que a desaceleração da região Sudeste “puxou” a desaceleração global, se consideramos o país como um todo (Tabela 2).

Tabela 3 - Implantação das equipes de atenção domiciliar por região e ano de implantação, junho de 2015

Região	2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	2	3	13	8	18	8	30	9	4	6
Centro-oeste	0	0	16	10	16	7	36	11	6	9
Sul	11	17	16	10	9	4	26	8	9	13
Nordeste	14	22	39	25	65	28	137	42	21	30
Sudeste	37	58	75	47	122	53	95	29	29	42
Total	64	100%	159	100%	230	100%	324	100%	69	100%

Fonte: Ministério da Saúde

O IDH – M é calculado a partir da Expectativa de Vida ao Nascer, da Escolaridade da População Adulta, do Fluxo Escolar da População Jovem, e da Renda *per capita*. Sua metodologia de cálculo teve como objetivo adequar a metodologia do IDH Global para avaliar as condições de núcleos sociais menores, os municípios. É dividido em cinco faixas: muito baixo (0 – 0,499), baixo (0,500 – 0,599), médio (0,600 – 0,699), alto (0,700 – 0,799) e muito alto (maior que 0,800)¹⁸.

Nesse estudo, foi analisado, ainda, o IDH dos 320 municípios que aderiram ao PMC e foi constatado que 8% municípios possuem o IDH Muito Alto; 52%, Alto; 31%, Médio; 10%, Baixo; e, nenhum possui o IDH Muito Baixo (Tabela 6).

Considerando-se a implantação do PMC apenas até maio de 2013, mês em que foi publicada a Portaria GM/MS nº 963 que permite a adesão de municípios com população inferior a 40 mil habitantes, dos 86 municípios que haviam aderido ao programa, 19% possuíam o IDH Muito Alto; 56%, Alto; 24%, Médio; 1%, Baixo; e, nenhum possuía o IDH Muito Baixo.

A partir do cruzamento entre a quantidade de municípios por região e a Faixa de IDH a qual pertence, verificou-se que as regiões Sudeste, Centro-oeste e Sul concentram a maior parte dos municípios com IDH Muito Alto e Alto que aderiram ao PMC (Tabela 3).

Ainda de acordo com a Tabela 3, observou-se que todos os municípios com IDH Baixo pertencem às regiões Norte e Nordeste, com destaque para esta, que possui 29 dos 32 municípios nessa faixa.

Tabela 4 - IDH dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, junho de 2015

Região	IDH do município									
	Muito Alto		Alto		Médio		Baixo		Muito Baixo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nordeste	0	0%	19	11%	70	71%	29	91%	0	0%
Sudeste	18	75%	93	56%	9	9%	0	0%	0	0%
Sul	4	17%	25	15%	1	1%	0	0%	0	0%
Centro-oeste	2	8%	20	12%	4	4%	0	0%	0	0%
Norte	0	0%	9	5%	14	14%	3	9%	0	0%
TOTAL	24	100%	166	100%	98	100%	32	100%	0	0%

Fonte: Ministério da Saúde

Os estados que agregam mais municípios com IDH – M Baixo são Alagoas e Bahia, ambos com 8 municípios; e os que agregam menos, são Ceará e Sergipe, ambos com 1 município. Aqueles que possuem mais municípios com IDH Médio são Bahia e Ceará, respectivamente, com 25 e 16.

Os estados que concentram mais municípios com IDH Alto são Goiás e Minas Gerais, respectivamente, com 15 e 14 municípios; e os que possuem menos são Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Piauí, Mato Grosso, Pará e Paraíba, todos com apenas 1 município. Vale destacar que, nos cinco primeiros, o município em questão é a capital do estado.

No que diz respeito ao IDH Muito Alto, dos 24 municípios nessa faixa, 15 (62,5%) estão localizados no estado de São Paulo. Os demais municípios estão nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste e possuem entre 1 e 2 municípios com IDH Muito Alto. Dos 24 municípios nessa faixa, 7 são capitais.

Ao se analisar a cobertura da ESF nos municípios que aderiram ao PMC, percebe-se que 68% possuem cobertura maior que 50% e que a média de cobertura da ESF nesses municípios é de 68%. Observou-se, ainda, que 48% dos municípios possuíam cobertura superior a 75% e, apenas 9% menor que 25%. Nos demais municípios, que representam 43% do total, a cobertura da ESF estava entre 25 e 50%.

Foi analisada, ainda, a cobertura da ESF desses municípios a partir da faixa populacional. Não foi encontrado nenhum município com cobertura da ESF menor que 25% na Faixa 4, e a maioria dos municípios com esse intervalo de cobertura era da Faixa 3.

Além disso, os municípios com maior cobertura da ESF se concentravam nas Faixas 1 e 2; e, aqueles com cobertura entre 25 – 75% estavam concentrados, predominantemente, nas Faixas 2 e 3. Considerando-se a cobertura da ESF dos municípios e a região a qual pertencem, observou-se que todos aqueles com cobertura menor que 25% estavam localizados nas regiões Sudeste e Sul, sendo que, destes, 93% estavam concentrado na região Sudeste.

A maioria dos municípios (59%) com cobertura maior que 75% estava localizada na região Nordeste. Esses representaram 77% de todos os municípios que aderiram ao PMC localizados na região Nordeste. Já os municípios nesse intervalo de cobertura que estavam na região Sudeste representaram apenas 37,5% de todos os municípios do PMM dessa região.

5.1.3 Discussão

Ao longo deste trabalho, a implantação do PMC foi caracterizada a partir de diversos aspectos como ritmo de implantação das equipes de AD no período estudado, distribuição das equipes de acordo com o porte populacional dos municípios, da região do país, do IDH dos municípios que aderiram ao programa, e cobertura da ESF dos municípios.

Essa caracterização demonstrou uma concentração regional do PMC, no período analisado. A maioria das equipes foi implantada na região Sudeste, seguida da Nordeste; e a minoria estava nas regiões Norte e Centro-oeste.

A pequena quantidade de municípios (e equipes de AD) que aderiram ao PMC na região Norte não é um fato isolado, podendo ser resultado da dificuldade histórica dessa região em implementar políticas públicas de saúde. Afirmam que as políticas de saúde voltadas para o SUS não têm incorporado a dimensão territorial. Assim, a implantação de uma política de saúde

diferenciada para Amazônia Legal é um complexo desafio, devido, dentre outras questões, às peculiaridades dessa região e a pouca tradição da política de saúde no enfrentamento da questão macrorregional (VIANA et al., 2007).

Outra característica a ser destacada diz respeito à concentração do PMC nos municípios com população > 40 mil habitantes (76% dos municípios), apesar do programa estar presente em municípios de todas as faixas populacionais estudadas. Conseqüentemente, as EMAD Tipo 2 representaram, somente, 9% de todas as equipes de AD, apesar dos municípios com população < 40 mil (Faixa 1) significarem 86% de todos os municípios do país.

Quando foi lançado, o PMC permitia a adesão de municípios com população superior a 100 mil habitantes (Portaria GM/MS nº 2.029 agosto de 2011). No entanto, desde o início, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) questionou esse critério, argumentando que municípios com população inferior detinham condições para implantar o programa e outros já possuíam SAD e não receberiam o custeio pelas equipes de AD.

Dessa forma, o MS mudou a portaria também permitindo adesão de municípios entre 40 mil e 100 mil, desde que estivessem localizados em regiões metropolitanas segundo o IBGE (Portaria GM/MS nº 2.527 outubro de 2011). Posteriormente, este critério foi excluído, possibilitando que qualquer município que apresentasse as condições mínimas de rede de atenção poderia aderir ao PMC (Portaria GM/MS nº 1.533 julho de 2012). Mesmo assim, a expectativa de que não existisse critério populacional persistia, o que acabou sendo possível em 2013, quando foi permitido que municípios com população superior a 20 mil pudessem aderir, e que aqueles com população inferior poderiam aderir desde que se agrupassem para atingir 20 mil habitantes (Portaria GM/MS nº 963 maio de 2013).

A decisão de permitir que municípios menores que 40 mil habitantes pudessem aderir e, sobretudo, a possibilidade de adesão de agrupamento de municípios, foi objeto de muita discussão interna no MS. Questionava-se o arranjo de AD que se queria induzir em municípios pequenos: os municípios

teriam capacidade técnico-política de aderir ao PMC? Seria realmente necessária a implantação de SAD nesses municípios, ou seria mais acertado e custo-benefício se pensar em formatos diferenciados da ESF para realizar AD? No caso dos municípios menores de 20 mil habitantes, funcionariam os agrupamentos?

Possivelmente, a priorização dos municípios com população > 40 mil habitantes pelo Governo Federal até maio de 2013, quando a normativa foi alterada, contribuiu para o número reduzido desses municípios e, conseqüentemente, para o pequena quantidade de EMAD Tipo 2 no PMC.

Dessa forma, o impacto da mudança da regra para permitir a adesão de municípios com população da Faixa 1 não implicou, necessariamente, na adesão desses municípios ao PMC. Isso pode ter se dado pela baixa capacidade técnica, operacional e orçamentária dos municípios de pequeno porte para implantar políticas de saúde.

Isso pode significar que municípios da Faixa 1 apresentam dificuldades em implantar o PMC, o que aponta para o MS a necessidade de aprofundar a compreensão dos possíveis fatores que levam a isso, seja para aperfeiçoar o programa, seja para apoiar os gestores municipais.

Embora a Faixa 4 (> 1 milhão de habitantes) agregue apenas 0,3% dos municípios do Brasil e 4% dos que aderiram ao PMC, possui 21% de todas as equipes de AD. Isso se deve, provavelmente, à possibilidade dos municípios dessa faixa implantarem mais de uma equipe, uma vez que têm um teto maior de acordo com a normativa federal (BRASIL, 20013).

Mesmo que as regiões Nordeste e Sudeste possuam praticamente a mesma quantidade de municípios no PMC, esta agrega 10% mais equipes de AD implantadas que aquela. Isso pode se dar pelo fato da região Sudeste ter uma maior concentração de municípios das Faixas 3 e 4.

Como o país possui aproximadamente 1.360 municípios com população entre 20 mil e 100 mil habitantes (IBGE, 2010) e a portaria do PMC estabelece que estes podem implantar 1 EMAD e 1 EMAP, há um potencial ainda não

aproveitado, já que somente 215 equipes foram implantadas nos municípios desse intervalo populacional (BRASIL, 2013).

Ao se analisar o ritmo de implantação das equipes de AD do PMC, é possível afirmar que houve uma desaceleração que começa a ser percebida em 2014 e se mantém em 2015, mesmo se considerando apenas o primeiro semestre desse ano. É possível que essa desaceleração tenha ocorrido por vários motivos, como a escassez de profissionais médicos para compor as equipes, o subfinanciamento global da saúde e a crise financeira nacional que se iniciou em 2014.

A dificuldade de contratar profissionais médicos é reforçada como um importante motivo para essa desaceleração pelo achado de que a quantidade de EMAD Tipo 1 (40h médicas) implantadas em 2014 é praticamente igual a 2013. Dessa forma, o incremento de equipes de AD entre um ano e outro se deu pelo aumento no número de EMAD Tipo 2 (20h médicas) e EMAP (não possui profissional médico) (BRASIL, 2013).

Aponta-se, ainda, a possível influência que o calendário de eleições municipais teve no ritmo de implantação do PMC, questão que precisa ser melhor entendida pelos gestores do PMC no Governo Federal.

A concentração dos municípios com maiores IDH que implantaram o PMC na região Centro-sul e com menores IDH nas regiões Norte e Nordeste respeitou a característica de distribuição desse índice no país (PNUD, 2013).

Por outro lado, o percentual de municípios do PMC com IDH Muito Alto e Alto passou de 75%, em maio de 2013, para 60%, em junho de 2015. Isso significou que a mudança da normativa, permitindo a adesão de municípios da Faixa 1 (< 40 mil habitantes), pode ter proporcionado um menor desequilíbrio entre os municípios com maior e menor IDH no programa.

Além disso, é possível afirmar que a grande concentração de municípios do PMC com IDH Muito Baixo na região Nordeste quando comparada com a Norte se deve, provavelmente, ao fato daquela região possuir 37% de todos os municípios que aderiram ao programa, enquanto esta possui apenas 8%.

O baixo percentual de municípios que aderiram ao PMC com IDH Baixo e a inexistência daqueles com IDH Muito Baixo pode indicar que um município com menor desenvolvimento humano, da mesma forma que aquele com pequeno porte populacional, teria maior dificuldade em aderir ao programa se comparado com um município com índice mais elevado.

A interação do PMC com os serviços de atenção básica é fundamental para que os usuários que estão na AD tenham um cuidado integral e resolutivo. Dessa forma, a cobertura da ESF é um fator que influencia, de forma marcante, o funcionamento dos serviços de AD (BRITO et al., 2013).

A concentração dos municípios que implantaram o PMC com cobertura da ESF superior a 75% na região Nordeste foi coerente com a distribuição dos municípios em geral, quando se analisa essa variável. Em outubro de 2015, a cobertura na região Nordeste era de 80,14% (BRASIL, 2015).

Como este trabalho não se propôs a analisar a produção das equipes no âmbito do PMC, não foi possível avaliar se a cobertura da ESF impactou no trabalho das equipes de AD, o que pode ser considerada uma limitação. Dessa forma, recomenda-se que sejam realizados estudos com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre a relação entre a ESF e o PMC, com ênfase no impacto que a atenção básica tem no funcionamento dos SAD e no cuidado aos usuários do PMC.

As características de implantação do PMC apontadas por este estudo demonstraram uma concentração regional do programa, além de uma maior concentração em municípios de maior porte populacional e com maior IDH. Estes também foram os achados de outro estudo que analisou a implantação do PMC por período menor (somente até dezembro de 2013) (MELONI, 2015).

Os critérios de adesão estabelecidos na normativa envolvem aspectos técnicos referentes à capacidade instalada da rede de atenção, mas deixam a cargo do gestor local a iniciativa de aderir ao PMC (BRASIL, 2013), respeitando a relação interfederativa do SUS e a autonomia do município decorrente da descentralização da saúde (SANTOS, 2012).

Dessa forma, a implantação do PMC pode estar sendo determinada, somente, por características inerentes a cada município, que resultam na capacidade ou na incapacidade de aderir, implantar e gerir um programa como esse. Estas características podem ser de caráter político, estarem relacionadas à gestão local da saúde (MELONI, 2015), a questões financeiras, à disponibilidade de profissionais de saúde, dentre outras.

O Brasil apresenta uma escassez e má distribuição de profissionais médicos, que estão concentrados em grandes centros urbanos, e nas regiões Sul e Sudeste. Dessa forma, a baixa disponibilidade de médicos na região Norte e em municípios de menor porte populacional podem ser apontados como fatores que dificultam na constituição de equipes de AD e, por conseguinte, na implantação do PMC (OLIVEIRA et al., 2015).

Após o lançamento, em julho de 2013, do Programa Mais Médicos (PMM) que visa, dentre outras questões, garantir o provimento emergencial de médicos para a atenção básica, o governo federal aviltou a possibilidade de incluir as equipes do PMC e do Consultório da Rua (CnR) no PMMB, pois já era percebida, a partir da fala dos gestores municipais, a dificuldade em contratar estes profissionais. No entanto, essa ideia não foi levada a cabo.

A descentralização da saúde, sem a maturidade política e econômica do município, não é capaz de lidar com diversos desafios inerentes à forma como se organiza nossa sociedade e o Estado brasileiro, sob a pena de agravar as disparidades regionais (SANTOS, 2012).

Pode-se afirmar que, não obstante a AD despontar como opção de diversos países frente aos desafios impostos pela transição epidemiológica e demográfica (WHO, 2008; DUARTE; DIOGO, 2000), estes fatores não compuseram claramente os critérios utilizados para priorizar a implantação do PMC, apesar de terem sido utilizados pelo MS para justificar a necessidade do programa (BRASIL, 2012).

É possível, a partir do resultado deste estudo, questionar a possibilidade e a necessidade de serem adotadas outras iniciativas, além das já adotadas, de indução e apoio a municípios e regiões que não teriam condições de aderir espontaneamente ao PMC, mas possuem características epidemiológicas, demográficas e de rede de atenção que demandem o desenvolvimento da AD.

Dessa forma, reconhece-se que, além da estratégia adotada pelo governo federal de apoiar os municípios que decidiram aderir ao programa, podem ser adotadas outras iniciativas de indução e apoio a municípios e regiões que não teriam condições de aderir espontaneamente, mas possuem características epidemiológicas, demográficas e de rede de atenção que apontem para a necessidade de se desenvolver a AD.

Além das dificuldades encontradas, sobretudo pelos municípios de menor porte e com baixos IDH na implantação do PMC, apontam-se os desafios cotidianos na condução de situações concretas no cuidado prestado aos usuários em AD e dizem respeito à qualificação e educação permanente dos SAD do PMC: fragilidades clínicas das equipes; necessidade de suporte emocional aos profissionais (lidar com a terminalidade da vida, por exemplo); e, a dificuldade de acesso outros serviços e a exames que podem estar localizados, inclusive em outros municípios.

Os distintos tipos de suporte/apoio aos SAD no âmbito do PMC podem ser prestados tanto pelo governo federal, quanto pelos estados, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, ou mesmo pelos dois em parceria. A forma como esse apoio poderá se dar dependerá das demandas dos gestores municipais e equipes de AD, e das especificidades locais.

Considerando que o PMC possui apenas quatro anos, este trabalho pode ser útil aos formuladores de políticas e responsáveis pela condução do programa no Governo Federal na identificação de ajustes e correção de rumos, como também na construção de uma agenda de apoio juntos aos gestores municipais e estaduais.

O primeiro eixo temático, **a AD e a rede de atenção à saúde**, está composto pela classe 1, que trata da **relação do PMC com os pontos de atenção**, e pela classe 7, que aborda **a coordenação do cuidado do usuário em AD**.

A **classe 1 (relação do PMC com os pontos de atenção)** apresentou 46 unidades de contexto elementar (u.c.e.), o que representou 21% do total de u.c.e. do corpus. Trata da articulação do PMC, ou dos SAD em geral, com o conjunto de serviços que compõem a rede assistencial em saúde.

Nessa classe, é revelado que os SAD se relacionam com diversos tipos de serviços de saúde, sobretudo com aqueles da rede de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento ou UPA), da atenção básica (unidades básicas de saúde - UBS) e os hospitais.

A articulação dos SAD com esses serviços se dá, tanto na perspectiva de captação de usuários, quanto de retaguarda assistencial. Esta retaguarda pode ser do hospital ou UPA em relação ao SAD, no caso do usuário em AD ter seu quadro agudizado e necessitar de atendimento de urgência ou mesmo de internação hospitalar; mas pode significar, também, o suporte prestado pelo próprio SAD junto às equipes de atenção básica (AB).

a gente articula com os três pontos. Com a atenção básica, como a nossa rede de pronto atendimento e com a rede hospitalar. Com a atenção básica, a gente fica como retaguarda (Sujeito 4).

No caso das UPA, os coordenadores revelam que a decisão de internar no domicílio ou no hospital passa, também, pela avaliação do SAD, que é chamado para avaliar os usuários que dão entrada nesses serviços. As situações mais comuns são os usuários que seriam internados exclusivamente para a realização de medicamentos endovenosos, mas são direcionados para o SAD para este fim, evitando a ocupação de um leito hospitalar.

Em relação aos hospitais, verificou-se que não basta pactuar critérios para a desospitalização do usuário e dar continuidade do cuidado na AD. O SAD deve ir “para dentro” dos hospitais e realizar visita nos leitos juntamente

com a equipe hospitalar para avaliar os usuários internados e decidir se há necessidade e possibilidade de continuarem os cuidados no domicílio; nesse caso, ajudam na elaboração do plano de alta, conversam com o usuário e sua família sobre essa possibilidade, e avaliam as condições do domicílio, como mostra a fala que segue:

a gente verificou que esse modelo estava insuficiente e o serviço de atenção domiciliar ele entrou para dentro do hospital. Com a entrada do serviço de atenção domiciliar dentro do hospital, ele participa do processo de decisão da alta do paciente (Sujeito 4).

A **classe 7 (coordenação do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde)** agregou 67 u.c.e., o que representa 31% do total. Aborda a coordenação do cuidado do usuário realizada pelo conjunto dos pontos de atenção, no âmbito da AD.

Nessa classe, destaca-se o diálogo realizado pelos SAD junto aos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado do usuário:

e aí nos organizamos com a equipe de atenção domiciliar a visita, se tiver condição de tirar o paciente já naquele momento do hospital, nós já tiramos. Nós fazemos a visita para ver exatamente o que o paciente precisa para dar continuidade, sem nenhum prejuízo para a assistência (Sujeito 5).

A coordenação do cuidado, que necessita de uma estreita articulação entre os pontos de atenção, é operacionalizada quando uma equipe de AD realiza visitas conjuntas com outras equipes ou profissionais da rede e prioriza o compartilhamento de informações sobre os cuidados prestados:

nós vamos transferir esse paciente pros seus cuidados; e no momento que o usuário vai ter a transferência do seu cuidado do nosso serviço para a unidade de atenção básica, pedimos que a nossa equipe vá até a unidade de atenção básica e leve o sumário de alta (Sujeito 1).

De acordo com essa classe, o SAD desponta como um serviço que possui um importante potencial em coordenar o cuidado, fazendo “pontes” necessárias para que não exista descontinuidade do cuidado e o usuário não seja prejudicado, como pode ser observado na fala a seguir:

conversem com a equipe; estou devolvendo para você seu paciente que está nessa condição; se for possível faça uma visita junto para ver se nós conseguimos amarrar melhor essa assistência, porque por mais que você faça o acompanhamento, uma vez ou outra você vê que existe pontos de estrangulamento e existem alguns ruídos entre as equipes (Sujeito 5).

O **segundo eixo temático (processo de implantação do PMC)** engloba a classe 2 (**avanços e desafios com a implantação do PMC**); a classe 5 (**a AD como alternativa à atenção hospitalar**); a classe 6 (**dimensões da normativa da AD**); a classe 3 (**dificuldades iniciais na implantação do PMC**); e, a classe 4 (**referência e contrareferência do paciente em AD**).

A **classe 2 (avanços e desafios com a implantação do PMC)** foi composta por 21 u.c.e., que representa 9% do total. Discute os avanços proporcionados pelo PMC no sistema local de saúde dos municípios, e os desafios enfrentados em seu processo de implantação.

Pode-se observar, nessa classe, a predominância de falas que entendem o repasse de recursos federais para os municípios como um grande avanço atrelado à implantação do PMC. A fala a seguir demonstra isso e destaca, inclusive, o benefício proporcionado pelo repasse do recurso, ao ajudar os municípios a lidarem com a Lei de Responsabilidade Fiscal:

município, principalmente para a equipe que já existia e não era completa e hoje o município tem uma equipe de atenção domiciliar completa; o recurso financeiro auxilia muito; um dos grandes entraves é com relação à Lei de Responsabilidade Fiscal, só que vindo o recurso do Ministério da Saúde isso ajuda a fechar a conta (Sujeito 6).

Além disso, os coordenadores dos SAD apontam outros avanços atrelados à implantação do PMC, como a qualificação e a ampliação da AD nos municípios que já investiam nessa modalidade de atenção, e a potencialização

do trabalho na perspectiva das redes de atenção à saúde, como fortalecimento da articulação entre os pontos de atenção da rede local de saúde. A fala a seguir representa esses avanços:

a atenção domiciliar teve uma reorganização com a vinda do Programa Melhor em Casa; antes da efetivação do Programa Melhor em Casa a atenção domiciliar não era muito compacta; ele melhorou a oferta para as unidades, parceria com as unidades de pronto atendimento e com toda a rede de atenção à saúde por meio da implantação do Programa Melhor em Casa (Sujeito 01).

Como desafio apontado, destaca-se a dificuldade da AD ser priorizada na agenda política do município pelo prefeito, por ser uma iniciativa nova e que envolve a contratação de pessoal. Pode-se observar que a resistência do gestor em ampliar gastos com a saúde, sobretudo com o aumento de gasto com folha de pagamento, representou um desafio à implantação do PMC, ao mesmo tempo em que tornou o repasse de recursos federais para AD um avanço:

o maior desafio foi com os gestores, o gestor não a nível de secretaria e sim o prefeito em relação à lei de prestação de contas que eles têm, não podem comprometer a folha de pagamento; uma grande preocupação que nosso gestor tem é com os recursos humanos, esse foi o maior desafio que nós tivemos aqui dentro do município para conseguir convencer o prefeito de que seria bom (Sujeito 6).

A **classe 5 (a AD como alternativa à atenção hospitalar)** foi composta de 23 u.c.e. (10% do total). Trata da potencialidade da AD em substituir a atenção hospitalar em certas situações.

Nessa classe, observa-se a percepção de uma crise de leitos hospitalares, que seriam um recurso escasso, custoso e que precisa ser qualificado. Nesse sentido, a AD é entendida como uma alternativa menos custosa e mais qualificada à atenção hospitalar, com potencial de otimizar o uso dos leitos, como podemos observar nos fragmentos de fala a seguir:

então eu vejo que a atenção domiciliar ela vem ao encontro exatamente num momento de crise instalada que hoje você tem em toda as matérias, em toda a mídia, a carência de leitos, a falta de leitos hospitalares, porque é caro (Sujeito 4).

porque a gente sabe que falta leitos e a gente não consegue de fato ampliar leitos porque é muito caro para o sistema; eu vejo que a atenção domiciliar ela consegue de fato otimizar essa carência de leitos (Sujeito 4).

A **classe 6 (dimensões da normativa da AD)** foi composta de 26 u.c.e., que representa 12% do total. Discute a organização do SAD a partir da normativa, com foco principal nos seus limites.

É possível constatar, nessa classe, que os entrevistados apontam duas limitações principais da normativa: a fragilidade da classificação das modalidades de AD (AD1, AD2 e AD3); e, a insuficiência em relação ao paciente de alta complexidade, sobretudo aquele dependente de ventilação mecânica.

Quanto à fragilidade da classificação utilizada para classificar as modalidades de AD, que dizem respeito a graus de complexidade do usuário em AD, os coordenadores apontam que os critérios utilizados para definir cada modalidade são insuficientes, como o critério de incapacidade de locomoção para a UBS mais próxima. Além disso, mesmo não sendo colocado pelos coordenadores, de forma explícita, como uma fragilidade da normativa, entendem como problemática a divisão de responsabilidades com a AB no cuidado ao usuário em AD:

nós vemos que a grande dificuldade ainda está na classificação desses pacientes (AD1, AD2, AD3) porque a portaria especifica como não locomoção; o primeiro critério seria a AD1, que não seria para a atenção domiciliar e sim para a estratégia saúde da família (Sujeito 6).

no dia-a-dia dos municípios a gente sabe que a atenção básica ainda precisa avançar nesse sentido. Não tem infraestrutura adequada, não tem equipamento adequado. EU falo que a modalidade AD1 não é da atenção domiciliar e é da atenção básica, só que quando eu faloque ele é da atenção básica, ele não fica nem na atenção básica nem na atenção domiciliar (Sujeito 4).

No que diz respeito ao paciente de alta complexidade, os entrevistados entendem que a normativa precisa ser ajustada para incluir esse tipo de paciente, reconhecendo o que já é praticado pelos SAD no dia-a-dia, legitimando-os e conferindo segurança, como é possível perceber nas falas a seguir:

eu acho que a portaria ainda vai precisar se ajustar com relação a isso e com relação também com os pacientes de alta complexidade que nós já fazemos (Sujeito 6).

na verdade o nosso serviço de atenção domiciliar já começou com a desospitalização desses pacientes de alta complexidade, com equipamentos de auxílio ventilatório e que a portaria 963 ela não permite a assistência de pacientes em ventilação no domicílio, ela não contempla esse perfil de pacientes e não está de acordo com a realidade que temos no nosso município (Sujeito 6).

A **classe 3 (dificuldades iniciais na implantação do PMC)** foi estruturada com 18 u.c.e., o que significa 8% do total. Aborda as dificuldades enfrentadas pelos gestores no momento inicial de implantação do PMC.

Nessa classe, os coordenadores apontam dificuldades distintas que enfrentaram no momento inicial de implantação do PMC, como dúvidas de como implantar, divulgação insuficiente do PMC para a população por parte do MS, inadequação do PMC à realidade local e dificuldade de compreender a portaria:

a princípio, foi muito complicado porque foi um programa novo que ninguém conhecia, ninguém tinha muita informação, ninguém sabia como se desenvolvia o Programa Melhor em Casa, o que precisava ser feito, como a gente deveria estar atuando (Sujeito 2).

como a gente deveria estar trabalhando; o que a princípio me chamou atenção é que tudo era muito jogado; tinha a portaria, tinha cartilha do ministério, mas a gente não teve nenhum treinamento, não teve nada e o primeiro impacto foi de susto mesmo, de não saber como trabalhava, de não saber o que fazer (Sujeito 2).

Por outro lado, apontam o intercâmbio de experiências entre municípios como uma estratégia útil na resolução dos problemas encontrados e no fortalecimento do programa em cada município, como pode ser observado na fala a seguir:

aí, depois de algum tempo, outras cidades começaram e a gente começou a trocar ideias sobre o que poderia ser feito, e tentamos adaptar tudo que a gente tinha a nossa realidade e aí o problema começou a melhorar (Sujeito 2).

A **classe 4 (referência e contrareferência do paciente em AD)** possui 21 u.c.e., representando 21% do total. Trata dos fluxos assistenciais estabelecidos entre o SAD e os demais pontos de atenção que compõem a rede.

Nessa classe, pôde-se perceber que os SAD estabelecem relações assistenciais com os outros pontos de atenção, por meio de referência e contrareferência, com diferentes graus de maturidade, que podem estar formalizadas e serem realizadas por meio de instrumentos bem definidos, basearem-se em fluxos estabelecidos de forma verbal e sem fazer uso de instrumentos específicos, ou mesmo adotarem um formato misto, no qual já se adotam instrumentos pactuados na rede, mas prevalecem acordos verbais:

hoje qualquer serviço da rede que referencia, a gente tem uma ficha baseada nas instruções do próprio Ministério da Saúde, a gente faz uma ficha. Esses pacientes são referenciados, a gente já começa o diálogo com a rede na admissão desse paciente, na avaliação desse paciente, então eles mandam para a gente uma ficha por escrito (Sujeito 3).

é mais por acordos verbais com a secretaria e com os coordenadores que estão a frente de cada serviço. E os encaminhamentos a gente trabalha com a mesma ficha que aqui é padrão para a referência e contrareferência da estratégia (saúde da família) (Sujeito 2).

Além das questões relacionadas diretamente ao fluxo de referência e contrareferência, e seus graus de estruturação, essa classe trouxe um aspecto interessante sobre o papel do SAD no contato entre os pontos de atenção no sentido de garantir que não existam lacunas:

tem que ligar, tem que escrever, tem que ligar de novo para saber o que aconteceu, porque, assim, os outros serviços eles não dão feedback se a gente não caminhar junto com os pacientes nessa rede (Sujeito 3).

mas assim, a gente tem conseguido um bom resultado, mas muito por conta desse caminhar junto da equipe do Programa Melhor em Casa com o paciente e com o cuidador, mas a contrareferência dificilmente, formalmente (Sujeito 3).

5.2.2 Discussão

O conteúdo das entrevistas revelou que a articulação com os demais pontos de atenção é uma característica intrínseca à AD, e pode ser constatada tanto nas Classes 1 (**relação do PMC com os pontos de atenção**) e 7 (**a coordenação do cuidado do usuário em AD**), do Eixo 1; quanto na Classe 4 (**referência e contrareferência do paciente em AD**), do Eixo 2.

Verificou-se, também, que essa articulação se dá, principalmente, com três tipos de serviços: os hospitais; as unidades básicas de saúde; e, os serviços de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU). Pode-se acrescentar a esta tríade, a partir das falas dos coordenadores, o contato estreito do SAD com os cuidadores e os familiares dos usuários em AD.

A respeito disso, observou-se que essas equipes também têm atuado de forma menos normatizada, de modo a constituir redes vivas na produção de cuidado, apesar dos esforços para sistematizar e institucionalizar os fluxos assistenciais entre os pontos de atenção. As Redes Vivas podem ser entendidas a partir da imagem da rede digital, na qual podem emergir de qualquer ponto, como um hipertexto, em contraposição à rede analógica, que seria a rede institucionalizada, organizada de forma hierárquica. Esta pode funcionar como um gatilho, mas será atravessada por outras redes de caráter não analógico (MERHY, 2013).

A AD pode ter distintas formas de inserção na rede de atenção, que vão desde a extensão da cobertura, a desospitalização (ou evitabilidade da internação hospitalar) ou como opção assistencial às urgências ou outras condições de saúde (SEIXAS et al., 2014). A articulação da AD com os

serviços de urgência e emergência tem se dado mesmo antes do lançamento do PMC, com uma expansão importante de SAD vinculados às UPA, constituindo-se numa alternativa para a assistência a usuários que têm seu quadro clínico agudizado, mas podem ter a internação hospitalar evitada por meio da AD (SILVA et al., 2010).

Em estudo realizado no município de Cascavel – PR (BRASIL, 2014), apesar de cerca de 60% dos usuários do SAD serem oriundos de hospitais e da UPA, há um entendimento de que a captação de usuários nesse tipo de serviço pode ser maior, processo denominado nesse local como “desupalização” (GRIFO NOSSO). Além disso, destaca-se o apoio à desospitalização e à AB. Dessa forma, desponta como um dispositivo potente para a efetivação de práticas cuidadoras centradas nas necessidades de saúde dos usuários, na perspectiva das redes de atenção (OLIVEIRA; DIAS, 2014).

O modo como os SAD do PMC se articulam com o conjunto dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde é heterogêneo e depende de como foram implantados, do entendimento que o gestor municipal tem da AD e das características dessa rede. Em municípios de menor porte que não possuem hospital será mais difícil o SAD estabelecer fluxos assistenciais com hospitais de outros municípios. Nestes, tendem a estabelecer uma relação estreita com a AB.

Apesar do reconhecido papel da AB como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (LAVRAS, 2011; OMS, 2010; ALMEIDA et al., 2012), foi constatado, na fala dos coordenadores dos SAD, que as equipes de AD também desempenham essa função (coordenação do cuidado), quando se trata dos usuários sob seus cuidados ou que possuem condições de ingressar na AD. Isso pode ser observado no movimento dos SAD em provocar encontros com os demais pontos de atenção, fazer visitas conjuntas com a AB aos usuários em AD, conversar com as famílias/cuidadores, e, discutir a alta dos usuários e seu ingresso na AD com as equipes hospitalares e das unidades de pronto atendimento.

O papel de coordenação do cuidado é um aspecto importante do desenvolvimento da AD com o PMC. Os SAD têm funcionado, nesse sentido, como o ponto articulador do cuidado do usuário na rede de atenção, desde o manejo clínico cotidiano, o acompanhamento do usuário em internações até que possam retornar aos cuidados domiciliares, até a articulação com a assistência social, quando necessário.

Na Europa, a AD envolve a atenção à saúde e os serviços de assistência social, que, na maioria das vezes, não dialogam entre si, como é o caso de Portugal, Espanha e Reino Unido. Em países como a Suécia e a Dinamarca, no entanto, a articulação entre a atenção à saúde e a assistência social é reconhecida como uma questão fundamental (OMS, 2008).

Gerir o cuidado é garantir tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando o bem-estar, a segurança e a autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado possui diversas dimensões complementares e que não guardam relação hierárquica entre si: a dimensão profissional (momento de encontro trabalhador e usuário; espaço de grande potência criativa); a dimensão organizacional (interação da equipe; normas; protocolos); e, a dimensão sistêmica (diz respeito à interação dos serviços de uma rede de atenção, na qual um complementa o outro) (CECÍLIO, 2009). É possível afirmar que as entrevistas com os coordenadores de SAD revelaram, com mais clareza, o exercício das dimensões “organizacional” e “sistêmica”.

A coordenação entre os níveis assistenciais diz respeito à sincronização de diversas ações e serviços de saúde para a realização de uma determinada intervenção em saúde, independente do local onde sejam prestados (BOERMA, 2006). Dessa forma, traduzir-se-ia na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário, despontando como um atributo dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Segundo o MS, a AD é uma modalidade de atenção que deve ser desenvolvida com o intuito de garantir a continuidade do cuidado e deve estar integrada às redes de atenção à saúde, tendo um caráter substitutivo ou

complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à AB (BRASIL, 2013).

Constatou-se, também, o papel da AD como alternativa à atenção hospitalar, num contexto de crise de leitos (escassez; baixa qualidade; alto custo). De acordo com o MS, o SAD é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Nesse sentido, a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência dos usuários internados, e a desinstitucionalização, são considerados objetivos da AD (BRASIL, 2013).

O sucesso das experiências de AD tem sido creditado a sua relação com a rede de atenção, sobretudo nos casos de desospitalização, ao prevenir reinternações frequentes (FOOTE; STANNERS, 2002). No Brasil, a AD desponta, principalmente, como estratégia para redução dos elevados custos da atenção hospitalar, por meio da desospitalização (SEIXAS, 2014; NETO; MALIK, 2007). Em diversas experiências brasileiras, a AD se caracteriza pelo caráter instrumental, na qual há uma perspectiva racionalizadora da utilização de recursos hospitalares ou de alto custo (MEHRY; FEUERWERKER, 2007).

Ao longo da implantação do PMC em todo o país, observou-se que a relação assistencial dos SAD com os hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) não é um processo “natural”, precisando ser construído e envolver decisões dos gestores e pactuação de fluxos assistenciais, mesmo em municípios de maior porte e que contam com a presença desses serviços. No caso dos hospitais, inclusive, é comum que não sejam de gestão municipal, o que costuma agregar dificuldades ao exigir que o gestor municipal que implantou o programa negocie com a esfera estadual (mais comum) e federal.

Além disso, apesar de ter surgido no Brasil na década de sessenta e estar se desenvolvendo desde então, a AD ainda é uma modalidade de atenção em processo de legitimação. A consequência disso é a “desconfiança” quanto à possibilidade de desospitalizar usuários com quadro clínico mais complexo, que envolvem a realização de certos tipos de procedimentos e uso de alguns

equipamentos, resultando em maiores tempos de internação e ocupação de leitos desnecessariamente, mesmo com a disponibilidade de SAD.

Com o desenvolvimento da AD, tem sido cada vez mais comum o reconhecimento dessa modalidade como um importante componente dos processos formativos de profissionais de saúde, seja como estágio na graduação, em residências médicas ou multiprofissionais. Pode-se apontar que a inclusão da AD como componente obrigatório da formação em saúde é uma estratégia de fundamental importância para seu desenvolvimento e consolidação no país.

Apesar de ter sido abordado o caráter substitutivo em relação à atenção hospitalar, não fica explícito na fala dos coordenadores a “tensão constitutiva” (GRIFO NOSSO) inscrita na AD, que, na verdade, determina seu potencial inovador. Essa tensão estaria localizada entre dois polos, coproduzidos mutuamente: o polo da medicalização e o da substituição. Isso quer dizer que a AD pode servir tanto a uma agenda de reprodução do modelo hegemônico de atenção, no qual a casa se transforma num hospital, provocando institucionalização; como pode desafiar esse modelo, potencializando a invenção de outros modos de produzir o cuidado em saúde (substitutividade) (NETO; MALIK, 2007).

Nas falas dos coordenadores de SAD, além das questões relacionadas à articulação da AD com a rede de atenção, ao seu papel na coordenação do cuidado e como alternativa à atenção hospitalar, surgiram outros aspectos que dizem respeito à normativa que trata da AD do SUS, e também ao processo de implantação do PMC nos municípios.

No que diz respeito aos avanços proporcionados pelo PMC, vale destacar o impacto positivo do custeio federal das equipes de AD, por meio do repasse fundo a fundo (BRASIL, 2013). O financiamento da AD é um desafio para os países (SEIXAS, 2014), sendo que alguns destes que possuem sistemas universais de saúde têm desenvolvido estratégias para os desafios de sustentabilidade da AD, que incluem contenção de gastos com a redução da gama de serviços e benefícios aos usuários e cuidadores (WHO, 2008).

No que diz respeito à normativa federal (Portaria GM/MS nº 963 de 23 de maio de 2013), foi constatada uma fragilidade acerca do cuidado ao usuário com quadro complexo na AD, especialmente, aquele que depende de suporte ventilatório. Segundo o MS (BRASIL, 20013), a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua é critério de exclusão do usuário para cuidado no SAD, gerando insegurança nas equipes, uma vez que esse procedimento já é realizado por vários serviços.

Quando a primeira normativa da AD estava sendo elaborada em 2011, e que veio a ser substituída pela Portaria GM/MS nº 963, foi levantada a possibilidade de se considerar, como um dos critérios de inclusão dos usuários no SAD, a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva. No entanto, o tema foi discutido com muita cautela e decidiu-se não permitir naquele momento, uma vez que a capacidade de realizar esse tipo de cuidado era, e ainda é, muito distinta entre os municípios. Prever normativamente essa possibilidade sem uma cuidadosa discussão orçamentária/técnica/jurídica poderia significar um prejuízo, haja vista o aumento do fenômeno da judicialização da saúde no país.

O local ideal para a ventilação mecânica contínua, de uso crônico, é o domicílio, por motivos que vão desde a redução de custos, o aumento na qualidade de vida e uma maior integração com a comunidade. Além disso, reduz a exposição a infecções hospitalares e libera os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para os usuários com quadros agudos. No caso de pacientes pediátricos, possibilita que a criança esteja perto dos pais e familiares, favorecendo um desenvolvimento normal e a manutenção/construção de vínculos (KING, 2012). Dessa forma, usuários com condições clínicas e socioeconômicas favoráveis podem ser indicados para receber ventilação mecânica domiciliar (VMD) (WIJKSTRA et al., 2003).

No Brasil, alguns SAD são orientados por procedimentos ou intervenções específicas, geralmente em situações agudas, mas também em situações mais prolongadas com o uso intensivo de tecnologias, como ventilação mecânica domiciliar, cuidados paliativos e nutrição enteral (SEIXAS, 2014).

Ainda no que diz respeito à normativa, a relação do SAD com a AB foi outra questão relevante. Foi apontada a dificuldade desses serviços em cuidar dos usuários em AD (modalidade AD1) devido à carência de infraestrutura e equipamentos, e também chamaram atenção para problemas relacionados à divisão de responsabilidades nesse cuidado.

De acordo com o governo federal, a AD deve ser estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial. Estabelece que as equipes de AD deverão se relacionar de forma especial com a AB, sendo reconhecida como um componente da rede que também é responsável pela realização de AD, denominando de modalidade AD1 a classificação dos usuários cujas características permitem que sejam cuidados pela AB (BRASIL, 2013).

Em experiências de AD, como a do município de Belo Horizonte - MG, foi observado que a relação do SAD com a atenção básica se configura como uma preocupação para as equipes de AD, que a articulação é problemática devido à impossibilidade das equipes de AB absorverem mais esta demanda (AD) por estarem sobrecarregadas. Apontam, também, a falta de profissionais em algumas UBS, a insuficiência de meios de transporte para as visitas domiciliares, e a falta de capacitação de alguns profissionais³. Noutro estudo, realizado nos municípios de Marília – SP, Santos – SP e Londrina – PR, foi apontada a necessidade de se ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a AB e os SAD (SILVA et al., 2005).

A relação com a AB é um aspecto central na concepção e desenvolvimento do PMC. O reconhecimento de que a AB já realiza e deve realizar AD, segundo critérios definidos, pode ser considerado um grande avanço, uma vez que essa questão nunca havia sido claramente delimitada em nenhuma normativa anterior. No entanto, a AD realizada pelas equipes de AB e a relação dos SAD com estas equipes é um ponto de tensão no PMC.

É muito frequente nos SAD a predominância de usuários que poderiam ser cuidados pelas equipes de AB (classificados como AD1), que são encaminhados pela AB ou admitidos por demanda espontânea. Essa situação

pode significar um dos principais desafios para a AD no SUS: apesar de ter se reconhecido o papel da AB no cuidado domiciliar, as equipes de AD (EMAD e EMAP) criadas no âmbito do PMC para cuidar de usuários mais complexos (AD2 e AD3) têm absorvido os usuários que poderiam ser cuidados pela AB. Dessa forma, os SAD ficam sobrecarregados e têm dificuldades em admitir e acompanhar usuários mais complexos que exigem maior intensidade no cuidado, diminuindo sua potência em abreviar ou evitar internações hospitalares, incluindo os leitos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Este desafio precisa ser discutido e compreendido pelo conjunto dos atores envolvidos na implantação da AD no SUS. Podem ser listados alguns fatores que favorecem a concentração de usuários classificados como AD1 nos SAD:

- sobrecarga das equipes de AB, fazendo-as encarar os SAD como uma “válvula de escape”;
- entendimento, pelas equipes de AB, de que o cuidado no domicílio não faz parte do seu escopo de ação;
- fragilidade técnica das equipes de AB, que se sentem inseguras em acompanhar os usuários em cuidado domiciliar e preferindo encaminhá-los ao SAD;
- fragilidade técnica das equipes de AD, resultando numa maior abertura dos SAD em admitir usuários de menor complexidade;
- dificuldade da AB em acessar certos equipamentos, medicamentos, procedimentos e insumos, fazendo com que encaminhem ao SAD para facilitar esse acesso;
- dificuldade de o SAD estabelecer uma relação assistencial com os hospitais e as UPA, seja pela incompreensão desses serviços acerca da AD ou pelo fato de que nem todos os municípios possuem esses serviços em seu território ou sob sua gestão;

- pouca clareza da normativa acerca da classificação da complexidade dos usuários em AD (AD1; AD2; AD3).

Dessa forma, levantam-se algumas questões que precisam de atenção: Além desses fatores, existem outros? Qual a importância de cada fator? Variam de acordo com a localidade? Que ações podem ser disparadas pelo governo federal, estados e municípios para enfrentar a situação? Ademais, é importante levantar outra questão: trata-se, de fato, de uma incoerência ou essa situação reflete simplesmente a realidade? Em outras palavras, é necessário intervir ou reconhecer que a forma como a AD se desenvolve em cada local é reflexo da forma como a rede está constituída?

Em relação ao processo de implantação do PMC nos municípios, destacou-se o papel do(a) prefeito(a), como sujeito que precisava ser convencido dos benefícios e da viabilidade econômica do programa. Justamente por este motivo, o repasse de recurso federal aos municípios com o objetivo de implantar os SAD no âmbito do PMC (BRASIL, 2013) foi apontado como um grande benefício, influenciando de forma decisiva no processo de adesão e implantação da AD. Em estudo realizado em um município brasileiro, observou-se que a decisão de implantar a AD no município, foi precedida da decisão político-institucional de assumi-la como estratégia de organização do modelo technoassistencial em saúde (SILVA et al., 2010).

Nesse sentido, o valor repassado aos municípios e estados pelo governo federal para o custeio das equipes de AD considerado bastante razoável (R\$ 50.000,00 por EMAD Tipo 1 e R\$ 34.000,00 por EMAD Tipo 2) pode ser apontado como um fator relevante na decisão do prefeito em implantar o PMC. Além disso, a possibilidade dos usuários terem o cuidado realizado em seu domicílio resulta, comumente, em grande aprovação por parte da população, ganhando destaque nas mídias locais, destoando da costumeira cobertura despendida pela imprensa ao SUS, geralmente com abordagem crítica e negativa.

Na fala dos coordenadores, chamou atenção a ausência de aspectos relacionados ao cuidado em si realizado no ambiente domiciliar, como a interação das equipes com os usuários e cuidadores/familiares, o papel da figura do cuidador na AD e o desafio de realizar alguns procedimentos ou utilizar equipamentos tipicamente hospitalares no ambiente domiciliar.

Os cuidadores são considerados a base dos SAD, desenvolvendo atividades como cuidados básicos de saúde, ajuda nas atividades de vida diária (AVD) e preparar refeições; mas a relação desses sujeitos com as equipes de AD é, normalmente, conflituosa (DELANEY; APOSTOLIDIS, 2010). Em alguns países o cuidado domiciliar é realizado, principalmente, por cuidadores informais (cônjuge, nora, filha, dentre outros), como é o caso da Itália, da Espanha e de Portugal. Já na Dinamarca, o cuidado domiciliar informal é menos comum, já que os municípios custeiam a assistência domiciliar menos especializada (SEIXAS et al., 2014).

No entanto, estudos mostram uma crescente preocupação mundial com a escassez de trabalhadores informais para a AD (cuidadores), como o Reino Unido e da Itália, que têm suprido parcialmente essa carência por meio de mão de obra imigrante do Leste Europeu e da Albânia, respectivamente (STONE, 2008). No Canadá, existem políticas que incentivam a imigração de modo a aumentar a disponibilidade de cuidadores estrangeiros com segundo grau completo e seis meses de treinamento ou um ano de experiência na área (CANADÁ, 2012). Em países como a Itália, Grécia e Áustria, os familiares que se tornam cuidadores recebem apoio financeiro do Estado, como uma forma de compensação pelo trabalho e pelas oportunidades de vida perdidas (SEIXAS et al., 2014).

No Brasil, no âmbito do PMC, a presença do cuidador é critério de inclusão nos SAD (BRASIL, 2013) e desempenham papel importante nos cuidados dispensados no domicílio em diversos SAD, como Cascavel – PR, Angra dos Reis – RJ, Embu das Artes – SP e Brasília – DF (BRASIL, 2014).

Apesar disso, a presença obrigatória do cuidador para a admissão de usuários do PMC não é consenso, uma vez que muitos usuários que se beneficiariam da AD por terem dificuldades de locomoção gozam de autonomia dentro do próprio domicílio não necessitando, necessariamente, de cuidador. Além disso, pode-se considerar um critério que gera inequidade, pois aqueles que não conseguirem garantir a presença de um cuidador são exatamente os que não atenderão aos critérios de admissão no programa.

Um importante tema relacionado aos cuidadores é a sobrecarga física e emocional a qual são submetidos, tornando-os mais vulneráveis a agravos como depressão, doenças cardiovasculares e osteomusculares, sobretudo quando são idosos. Tem-se, ainda, o fato de que muitos cuidadores são familiares que abrem mão dos seus empregos para desempenharem esse papel. Isso coloca para o Estado algumas questões como a necessidade de garantir uma rede de suporte em saúde, emocional e previdenciário aos cuidadores.

Outra problemática ausente nas falas dos coordenadores entrevistados foi o repasse de gastos às famílias de usuário em AD que antes eram assumidos pelo Estado quando estes estavam hospitalizados, o que inclui energia elétrica, água, insumos e medicamentos, além da impossibilidade dos cuidadores familiares se inserirem no mercado de trabalho ou mesmo os custos com a contratação de cuidadores profissionais. A única iniciativa do governo federal que tenta responder a esta questão foi a publicação da portaria interministerial, com o Ministério das Minas e Energias, que beneficia, por meio da Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE, famílias que tenham entre os seus membros portador de doença ou com deficiência cujo tratamento necessite de uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica e estejam cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico (BRASIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou caracterizar a implantação do PMC e o analisar sob o ponto de vista dos gestores municipais.

O resultado da caracterização da implantação demonstrou que o PMC estava presente em todas as regiões do país e na maioria dos estados, com exceção do Espírito Santo e Roraima. Apesar disso, percebeu-se uma concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, enquanto a menor presença se deu nas regiões Norte e Centro-oeste, e em municípios com população > 40 mil habitantes. Isso pode ser consequência das regras de adesão inicialmente impostas pelo MS, e que depois vieram a mudar; como se dever, também, a uma menor capacidade dos municípios de pequeno porte, principalmente aqueles localizados nas regiões Norte e Centro-oeste, de aderir e implantar o programa.

A possibilidade de que a adesão ao PMC pelos municípios seja influenciada por fatores relacionados à sua capacidade de gestão e a fatores que fogem à governabilidade do gestor, como o conhecimento técnico; orçamento da saúde; escassez de profissionais, dentre outras; é reforçada por outra característica encontrada nesse estudo: nenhum município com IDH Muito Baixo havia aderido ao programa e apenas 32 (10% do total) tinham IDH Baixo.

Observou-se, também, uma tendência de desaceleração da implantação do programa, que se inicia no segundo semestre de 2014 e continua no primeiro semestre de 2015.

Esta redução do “ritmo” de implantação do programa pode estar relacionada à desaceleração econômica pela qual passa o país; à escassez de profissionais, em especial do médico; e, à possibilidade de estarmos frente a uma espécie de “saturação”, isto é, os municípios que já detinham condições objetivas e desejo de implantar o programa, já o fizeram, de modo que a expansão da AD para alguns municípios ou regiões precisará de apoio

diferenciado do MS em parceria com os gestores estaduais e municipais, por meio da identificação de prioridades a partir de critérios que considerem o perfil epidemiológico e demográfico da população, além das características da rede de atenção.

A entrevista com os coordenadores de SAD municipais revelou que PMC tem desempenhado papel interessante de articulador da rede de atenção à saúde, principalmente na relação com a “tríade” atenção básica, atenção hospitalar e rede de atenção às urgências e emergências. Nesse sentido, tem possibilitado uma maior disponibilidade de leitos ao evitar internações hospitalares de usuários que são captados pelo SAD nas portas de entrada de emergências desses hospitais ou nas Unidades de Pronto Atendimento; e, ao reduzir o tempo de permanência dos usuários internados, continuando se cuidado no ambiente domiciliar.

No que diz respeito à relação entre a atenção básica e os SAD, verificou-se que ainda é necessária maior definição de papéis. Além disso, a fala dos coordenadores de SAD demonstrou uma fragilidade a respeito da capacidade técnica e organizacional da atenção básica em realizar AD com qualidade, o que coloca a necessidade de maior apoio (educação permanente; insumos; equipamentos) às equipes de atenção básica para que possam desempenhar este papel, entendido como sua prerrogativa.

Constatou-se, ainda, fragilidades da normativa, sobretudo aquela que estabelece a dependência de ventilação mecânica invasiva como um critério de exclusão dos usuários no PMC, apesar desse tipo de cuidado já ser corriqueiro em diversos SAD em todo o Brasil. Alterar a normativa, no entanto, requer cuidadoso processo de diálogo envolvendo o conjunto de atores interessados, com o objetivo de criar condições dos SAD que têm condições possam assumir esses usuários, mas sem induzir o fenômeno da judicialização da saúde.

Ademais, o financiamento dos SAD por meio de recursos federais é avaliado com um fator decisivo para a manutenção, qualificação e expansão da AD, frente ao desafio imposto aos municípios pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Diante do exposto, pode-se afirmar que este estudo possibilitou a caracterização da implantação do PMC no SUS e, com isso, apontar questões importantes a serem respondidas pelos gestores e formuladores de políticas públicas de saúde.

Proporcionou, ainda, a realização de análise de como o programa tem sido implantado pelos municípios, revelando a potência da AD na articulação da rede de atenção; na coordenação do cuidado dos usuários; como alternativa à atenção hospitalar; e, como dispositivo que promove a sustentabilidade da AD, por meio do financiamento federal. Além disso, revelou os desafios a serem ainda enfrentados, como lacunas na normativa federal que regulamenta AD no SUS; e, o risco de que a expansão dos SAD proporcionada pelo PMC sirva à reprodução do modelo hegemônico de atenção, induzindo a “hospitalização” da casa das pessoas e mais medicalização, ao invés de promover formas não hegemônicas de cuidar, nas quais o usuário/familiares/cuidadores, e suas necessidades, estejam no centro. Sem a intenção de produzir dicotomias, trata-se de uma disputa em curso e com resultado ainda incerto, que dependerá dos “modos de fazer” AD no cotidiano do SUS em todo o Brasil.

O fato desse estudo não ter utilizado a produção das equipes, a partir do sistema de informação da AD, pode ser considerada uma limitação, uma vez que não permitiu analisar o impacto que a cobertura da ESF, por exemplo, tem no trabalho dos SAD. Outra limitação deste estudo foi a não inclusão dos trabalhadores que compõem as equipes de AD e nem os usuários, o que limita a capacidade de análise acerca da implantação do programa. Estas questões podem ser superadas com outras pesquisas no futuro.

Num mestrado profissional, é fundamental o esforço do pesquisador em discutir os resultados com a instituição responsável pelo tema estudado, na perspectiva de contribuir para possíveis melhorias. Partindo desse pressuposto, foi marcada exposição dialogada com a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, com o objetivo de apresentar os resultados deste estudo.

REFERÊNCIAS

- 1 ALBUQUERQUE, M. V. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001 – 2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/historico/ALBUQUERQUE_MV_TESE_FMUSP_2013.pdf. Acesso em: 11 fev. 2016.
- 2 ALMEIDA, P. F., GIOVANELLA, L., NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 2012, v. 36, n. 94, p. 375-391.
- 3 ANDREAZZA, M. F.S; BAPTISTA, D. Reflexões sobre Modelos de Financiamento de Assistência Domiciliar em Saúde e Avaliação de Custos, 2007. Disponível em <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2016.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 mar. 1998.
- 5 BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 abr. 2002.
- 6 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução (ANVISA). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. ANVISA Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- 7 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 145-48.
- 8 RIPSA. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Fichas de Qualificação da RIPSA, 2010a. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2010/a-16/>. Acesso em: 13 fev. 2016.

- 9 BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat? Reino Unido. World Health Organization; 2006. p. 03 – 21.
- 10 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p.88.
- 11 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jul. 2011a. Seção 1, p. 69-70.
- 12 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 ago. 2011b. Seção 1, p. 91.
- 13 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.527, de 27 de outubro de 2011c. Redefine atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1, p. 44.
- 14 BRASIL. MINISTÉRIO DE MINAS E ENERGIA. Gabinete do Ministro. Portaria nº 630, de 08 de novembro de 2011d. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 de nov. 2011. Seção 1, p. 36.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 16 BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/a16.def>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- 17 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2012a. Seção 1, p.137

- 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 2 v.
- 19 BRASIL. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012c.
- 20 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013a. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Seção 1, p.30.
- 21 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013b. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção domiciliar do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Seção 1, p.116.
- 22 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. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9).
- 23 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2014. Brasília, DF. 2015 [acessado 2015 nov 29]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf>.
- 24 BRITO, F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2007.
- 25 BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Rev. bras. estud. popul. [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 5-26.
- 26 BRITO, M. J. M. ANDRADE, A. M.; CAÇADOR, B. S; FREITAS, L. F. C.; PENNA, C. M. M. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc. Anna Nery [online]. 2013, vol.17, n.4, pp. 603-610.
- 27 CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Org.). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João pessoa: Editora Universitária, 2005. P. 511 – 539.
- 28 CANADÁ. Live-in caregivers, 2012. disponível em: <www.cic.gc.ca/english/work/caregiver/index.asp>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- 29 CARVALHO, L. C. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal

- do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/luis-claudio-carvalho-disputa-planos-cuidado-atencao-domiciliar.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2016.
- 30 CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu 2009, v. 13, p. 545-55 (supl.1).
- 31 CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010 *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458.
- 32 COTTA, R. M. M.; SUÁREZ-VARELA, M. M; GONZÁLES, A. L.; FILHO, J. S. C.; REAL, E. R.; RICÓS, J. A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health* 10(1), 2001.
- 33 DELANEY, C.; APOSTOLIDIS, B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, [s.l.], v. 25, n. 5, p. e27-40, 2010.
- 34 DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 21(4): 529-532, out-dez 2012.
- 35 DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
- 36 FOOTE, C.; STANNERS, C. (Ed). Integrating care for older people: new care for old: a systems approach. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
- 37 FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E.E., Magalhães Júnior H.M, Rimoli J., Franco T.B., Bueno W.S. (orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p.55-124.
- 38 FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILLA, J. L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPÚLVEDA, J.; JOSÉ, M. 1991. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 111(6):485-496.
- 39 GUIMARÃES, S. P.; CAMPOS, P. H. F. Norma social violenta: um estudo de representação social da violência em adolescentes. *Psicol reflex crít* 2007; 20(2):188-196.
- 40 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pirâmide Etária Brasileira. [homepage na internet]. Brasília, 2008. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acesso em: 13 fev. 2016.

- 41 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Atlas do censo demográfico 2010 / IBGE. – Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 156 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=264529>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- 42 KERBER, N. P. C. Tese de Doutorado em Enfermagem. A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil, UFSC, 2007.
- 43 KING, A. C. Long-term home mechanical ventilation in the United States. *Respir Care* 2012; 57(6): 921–930. 2012
- 44 KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2307-2316, 2010.
- 45 LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPE, T. C. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.88-95, maio - ago 2006.
- 46 LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo 2011, v.20, n.4, p.867-874.
- 47 MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os Modelos Assistenciais no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 13, n. 4, p. 251 – 259, 2003.
- 48 MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS Neto O. L.; SILVA, Júnior J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-64.
- 49 MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 151-164.
- 50 MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; SILVA, S. F. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: Idisa/Conasems, 2008.
- 51 MARTINS, A. A.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 457-474, 2009.

- 52 MELONI, D. R. Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. 2015. 158f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão de Organizações de Saúde). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – USP.
- 53 MENDES JÚNIOR, W. V. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2000.
- 54 MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.
- 55 MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
- 56 MERHY, E. E. Conferência sobre Redes: Uma conversa sobre a produção das existências [vídeo]. 2013. Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2013/11/emerson-elias-merhy-encontro-regional.html>>. Acesso em: fevereiro 2016.
- 57 MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencao_domiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2016.
- 58 MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 24(3), 2008.
- 59 NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2007, v. 12, n. 4, p. 825-839.
- 60 OLIVEIRA, F.P.; VANNI, T.; PINTO, H. A.; SANTOS, J. T. R.; FIGUEIREDO, A. M.; ARAÚJO, S. Q.; MATOS, M. F. M.; CYRINO, E. G. “Mais Médicos”: Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-34.
- 61 OLIVEIRA NETO, A. V.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulgação em Saúde para Debate* | Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, out 2014.
- 62 Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).

- 63 PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, R.J., 2(2): 167-183, abr/jun, 1986.
- 64 PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador. Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994. P. 61 – 81, ilus.
- 65 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL BRASILEIRO – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.96 p. – (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013).
- 66 PRATA, P. R. A Transição Epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro. 8 (2): 168 – 175, abr/jun, 1992.
- 67 RAMALLO, V. J. G.; MARTINEZ, B. V.; GARCIA, V. R. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002;118(17):659-64
- 68 REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-42, 2005. Suplemento 1.
- 69 SANTOS, L. SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. *Regionalizando a Descentralização*. Lenir dos Santos-- Campinas, SP: [s.n.], 2012.
- 70 SEIXAS, C. T.; SOUZA, C. G.; SILVA, K. L.; SENA, R. R. Experiências de Atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: 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. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9).
- 71 SILVA, K. L.; SENA, R.R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.
- 72 SILVA, K. L.; SENA, R. R.; LEITE, J. C. A.; SEIXAS, C. T.; GONÇALVES, A. M. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):391-7.
- 73 SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva*. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- 74 SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In Morosine, Márcia Valéria G. C (Org). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240p (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).


- 75 SILVA, S. F. Redes de Atenção à Saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: SILVA, S. F. (Org.). Redes de Atenção à Saúde no SUS. Campinas, SP: Idisa/Conasems, 2008.
- 76 SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.4, pp. 897-908.
- 77 SCHRAIBER, L. B. (Org.) Programação em saúde, hoje. São Paulo: Hucitec, 1990.
- 78 SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.
- 79 STONE, R. Long-term care workforce shortages: impact on families. in: *The Solid Facts: home care in Europe*. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- 80 TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, vol. VII (2) CENEPI/MS, Brasília DF, 1998.
- 81 TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família. 1º ed. Salvador: EDUFBA, 2006.
- 82 Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. [homepage na internet]. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/>. Acesso em: 13 fev. 2016.
- 83 VASCONCELOS, A. M. N., GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21(4):10.
- 84 VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, C. V.; LIMA, L. C.; MENDONÇA, M. H. M.; HEIMANN, L. S.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L.; DAVID, V. C.; IBAÑEZ, P.; FREDERICO, S. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública* [online] 2007, vol.23, suppl.2, pp. S117-S131. ISSN 1678-4464.
- 85 VLASBLO M, J. D.; SCHIPPERS, J. J. Increases in female labour force participation in Europe: similarities and differences. *European Journal of Population*, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 375-392, 2004.
- 86 WIJKSTRA, P.J.; AVENDAÑO, M. A.; GOLDSTEIN, R. S. Inpatient chronic assisted ventilatory care: a 15-year experience. *Chest* 2003;124:850-6.

- 87 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Home care in Europe: the solid facts. Copenhagen, CPH; 2008.
- 88 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

ANEXOS

ANEXO A – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1 NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA.

ScholarOne Manuscripts™ Aristides Oliveira Neto Instructions & Forms Help Log Out

 Ciência & Saúde Coletiva


Main Menu / Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to	Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID	CSC-2015-2816
Title	Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: caracterização da implantação do Programa Melhor em Casa Home assistance at Brazilian Health Unified System: features of the implementation of the Melhor em Casa Program
Authors	Oliveira Neto, Aristides Rehem, Tânia
Date Submitted	21-Dec-2015

[Author Dashboard >](#)

SCHOLARONE™  THOMSON REUTERS™

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.

**Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde:
caracterização da implantação do Programa Melhor em Casa**
*Home assistance at Brazilian Health Unified System:
features of the implementation of the Melhor em Casa
Program*

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2015-2816
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Assistência domiciliar; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB.

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma
Brasil

Principal Sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

Aristides Vitorino de Oliveira Neto - Pesquisador | V3.0

Cadastros Sua sessão expira em: 39min 08

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer: Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma: Data Fim do Cronograma: Contato Público:

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO A BASES DE DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
SAF SUL Qd. 02, Bl. E/F, Ed. Premium – Torre II – Auditório – Sala 11
Telefone: (61) 3315-9044 – CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Brasília/DF, 16 de fevereiro de 2016.

Ao Senhor Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Declaração de autorização para acesso às bases de dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica considera importante a questão da qualificação da atenção básica no Brasil. Neste sentido, os estudos acadêmicos são importantes instrumentos para o aprimoramento das estratégias e para a transparência das ações implementadas e de seus resultados.

Com isso, autoriza-se o acesso às bases de dados do Programa Melhor em Casa para subsidiar a elaboração de Mestrado em Saúde Coletiva.

Reforçamos que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados apenas para o projeto vinculado, o cumprimento dos aspectos necessários para manutenção da privacidade e a confidencialidade dos dados e informações utilizadas.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

Atenciosamente,



Allan Nuno Alves de Sousa
Diretor Substituto do Departamento de Atenção Básica
Allan Nuno Alves de Sousa
Diretor Substituto do Departamento
de Atenção Básica/MS
Matrícula SIAPE: 2453738

APÊNDICES**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS
COORDENADORES DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Nº _____
Data _____
Caracterização:
Código _____
Município _____
Faixa populacional do município _____
Sexo: M () F ()
Idade _____
Graduação _____
Pós-Graduação _____
Tempo como coordenador do SAD _____
Cargo ou função _____
Experiência na gestão da saúde: ()SIM () NÃO

Questão norteadora:

- No âmbito da atenção domiciliar, o Brasil lançou o Programa Melhor em Casa. O que o senhor (a) poderia me falar sobre este programa considerando o seu município?

Complemento:

- Antes do PMC, como era a oferta de atenção domiciliar no seu município?

- Como o senhor/senhora percebe/avalia o modelo de AD adotado pelo MS com o PMC?
- Existiu algum desafio/dificuldade para implantar o PMC no seu município?
- Comente como o Serviço de Atenção Domiciliar interage com os demais serviços da rede de atenção do seu município.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, sob a responsabilidade do pesquisador Aristides Vitorino de Oliveira Neto. O projeto estudará o Programa Melhor em Casa e terá uma abordagem qualitativa, que envolverá análise documental e entrevistas.

O objetivo desta pesquisa é analisar o Programa Melhor em Casa a partir do olhar do gestor municipal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará por meio de entrevista semiestruturada a ser gravada e realizada presencialmente ou por web conferência. Será realizada no local em que o(a) Senhor(a) preferir e se sentir à vontade na data combinada, tendo um tempo estimado de 50 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são ser interrompido(a) em seu horário de trabalho e sentir-se constrangido com conteúdo das respostas, já que se trata de um serviço público que o Senhor(a) próprio coordena. Para evitar estes transtornos/constrangimentos, as entrevistas serão agendadas em horário mais conveniente para o senhor(a) e o conteúdo da entrevista será mantido sob sigilo. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o desenvolvimento da atenção domiciliar no âmbito do SUS.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Aristides Vitorino de Oliveira Neto, no Ministério da Saúde no telefone 61 33152224/81988196, entre 9:00h até 19:00h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C – Artigo 1: Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde: caracterização da implantação do Programa Melhor em Casa

Autores:

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

Resumo *A atenção domiciliar avançou no Brasil nas últimas décadas, em resposta à transição epidemiológica e demográfica, e à crise do modelo de atenção hegemônico. O Programa Melhor em Casa representa uma iniciativa do Governo Federal para expandir a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. O objetivo desse estudo é analisar a implantação desse programa em todo o país, no período entre dezembro de 2011 e junho de 2015. Para isso, foi realizado um estudo descritivo, utilizando-se o instrumento de monitoramento do programa utilizado pelo Ministério da Saúde, que contém a quantidade de equipes de atenção domiciliar implantadas, e os municípios que as implantaram. Além disso, esses dados foram cruzados com outras variáveis que caracterizam os municípios: porte populacional; Índice de Desenvolvimento Humano; e, cobertura da Estratégia Saúde da Família. Foi verificado que, mesmo se observando algumas características predominantes, a implantação do programa é aleatória, não respondendo a necessidades previamente identificadas. Nesse sentido, foi proposta a adoção de critérios, como indicadores epidemiológicos e demográficos, para definir locais prioritários de implantação do programa, que independam exclusivamente da capacidade local.*

Palavras-chave: *Assistência domiciliar; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.*

Abstract Home care has advanced in Brazil in recent decades, in response to demographic and epidemiological transition, and the emerging crisis of the current hegemonic health care model. “The Melhor em Casa Program” is an initiative of the Federal Government to expand home care in the National Health System. The aim of this study is to analyze the implementation of this program throughout the country in the period between December 2011 and June 2015. A descriptive study was conducted by using the same tools to monitor the program created by the Brazilian Health Ministry, which contains the amount of implanted home care teams, and municipalities, which have implemented them. Furthermore, these data were crossed with other variables that characterize the municipalities: population size; Human Development Index; and coverage of the Family Health Strategy. It was found that even if observing some predominant characteristics, the program implementation is random and do not respond to previously identified needs. In this sense, it was proposed the adoption of criteria, such as epidemiological and demographic indicators to define priority sites for program implementation that do not depend solely on local capacity.

Keywords: Home care; Public Health Policies; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O modelo hegemônico hospitalocêntrico, caracterizado pelo uso indiscriminado de tecnologias e por altas taxas de internação hospitalar, resultando em altos custos com atenção hospitalar sem um impacto concreto na qualidade de vida das pessoas, tem imposto desafios para países de todo o mundo¹.

Muitos fatores têm aumentado a demanda por atenção domiciliar (AD), dentre eles a transição epidemiológica e demográfica, a legitimação de uma perspectiva de cuidado usuária-centrada, de responsabilização, eficiência e equidade, além da maior disponibilidade de tecnologias de suporte².

Os altos custos hospitalares e o aumento pela procura por cuidados de saúde, num contexto de envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, justificam o surgimento da AD³.

Destacam-se dois momentos na história do surgimento da AD no Brasil. O primeiro é o surgimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, considerado a primeira experiência organizada de AD no país. A outra é a iniciativa do Hospital dos Servidores do Estado de São Paulo, pertencente ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), que criou, em 1967, seu sistema de assistência domiciliar para atender basicamente os pacientes com doenças crônicas⁴.

Apesar de os serviços de AD terem surgido no Brasil na década de 1960, só começaram a se multiplicar na década de 1990, o que impôs a necessidade de serem incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁵. Neste sentido, o processo de municipalização da saúde, característico do SUS na década de 1990, pode ter impulsionado a expansão dos serviços de AD e possibilitado a experimentação de diversas modelagens de cuidado em nível local⁶.

Várias experiências de AD com diferentes projetos tecnoassistenciais instituídas por gestões municipais e hospitais nos três níveis de governo estavam em curso no fim dos anos 2000. No entanto, o arcabouço normativo

estava voltado para o cuidado domiciliar de pacientes com SIDA e para atenção aos idosos⁷.

Alguns marcos normativos da AD podem ser destacados desde a década de 1990, dentre eles a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 que regulamenta a assistência domiciliar no SUS; a RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD; e, Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar⁶.

A Portaria GM/MS nº 2.529 de 2006 foi revogada, no entanto, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.029 de 2011 que instituiu a AD no âmbito do SUS e deu base para que o Governo Federal lançasse o Programa Melhor em Casa (PMC) em novembro do mesmo ano⁸.

A Portaria GM/MS nº 2.529 de 2006 instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS. Apesar da terminologia utilizada seja distinta, a definição aproxima-se muito da utilizada pelo PMC para o termo atenção domiciliar, que a define como 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 e integrada às redes de atenção à saúde*⁹.

Podem ser identificados uma variedade de termos para definir o cuidado no domicílio, destacando-se a assistência domiciliar¹⁰. Considera-se que a modalidade atenção domiciliar engloba todas as outras modalidades de cuidados em saúde realizadas no domicílio (atenção domiciliar; atendimento domiciliar; internação domiciliar; e, visita domiciliar)¹¹. Essa abordagem mais ampliada da AD também é corroborada pela Resolução RDC nº 11 de 2006 da ANVISA¹².

Pode-se afirmar, no entanto, que o PMC representou, além da mudança na terminologia, mudanças em aspectos operacionais e no papel da AD na produção do cuidado, com ênfase na constituição das redes de atenção à saúde.

Com o PMC, a AD ganhou amplo destaque na agenda tripartite do SUS (união, estados e município), não só pelo processo de discussão e ajustes da proposta até a publicação da normativa, mas também pela agenda conjunta destes três entes com o intuito de implantar os SAD nos territórios.

Além destes aspectos, é importante destacar o volume de recursos públicos aportado para esta modalidade de atenção. De acordo com o Relatório de Gestão 2014 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS), até o ano de 2014 foi repassado cerca de R\$ 395 milhões, no âmbito do PMC, como incentivo de custeio aos Estados e Municípios. Somente no ano de 2014, a dotação final o programa foi de R\$ 215.053.000,00¹³.

Considerando que o Brasil redefiniu a AD no âmbito do SUS, por meio do lançamento do PMC, e a escassez de estudos, de base nacional, que retrate a adesão do mesmo pelos municípios, se justifica a realização de estudos para verificar como vem se dando o processo de implantação dessa modalidade de atenção. Desta forma o objetivo deste estudo é analisar a situação de implantação do PMC no período de 2011 a 2015.

MÉTODO

Realizado estudo descritivo, com abordagem quantitativa, sendo incluídos os municípios que possuíam, pelo menos, uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) implantada no período entre dezembro de 2011 a junho de 2015. O período de realização do estudo se justifica em função do lançamento do PMC e do período em que foi finalizada a coleta dos dados.

Para realizar a caracterização dos municípios foram utilizadas variáveis contempladas no instrumento para monitoramento do PMC utilizado pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do MS, quais sejam:

1. Unidade federativa (UF);
2. Município com código do IBGE;
3. População do município segundo o IBGE, ano base 2014;

4. Tipo e quantidade de EMAD e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) implantadas por região, por estado e por município;
5. Competência de implantação das equipes de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Além destas variáveis foram incluídas para caracterização as seguintes informações dos municípios:

1. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);
2. Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF);
3. Porte do município segundo faixas populacionais:

Faixa 1: população < 40 mil habitantes;

Faixa 2: população > ou = a 40 mil e < 100 mil habitantes;

Faixa 3: população = ou > que 100 mil e < 1 milhão de habitantes; e

Faixa 4: população = ou > 1 milhão de habitantes.

As faixas 1, 2 e 3 são coerentes com a evolução dos portes populacionais dos municípios que, entre 2011 e 2013, foram estabelecidos como aptos a aderir ao PMC pelas normativas federais. A Faixa 4 foi estabelecida pelos autores por se entender que representam as grandes metrópoles nacionais e possuem peculiaridades típicas das grandes cidades^{9,14,15,16}.

A caracterização dos municípios foi realizada utilizando tanto as variáveis selecionadas individualmente, quanto o cruzamento das mesmas.

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva, calculando-se frequências, percentuais e razões. Os resultados foram organizados, classificados e apresentados em forma de quadros e tabelas.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília - UnB, nº 45923015.4.0000.0030.

RESULTADOS

Os resultados serão descritos em quatro tópicos: 1) Implantação das equipes (por região; por estado; por município; e, por faixa populacional); 2) Ritmo de implantação das equipes; 3) Índice de Desenvolvimento Humano – IDH dos municípios; e, 4) Cobertura da ESF dos municípios.

Implantação das Equipes

Entre dezembro de 2011 e junho de 2015, foram implantados SAD do PMC em 320 municípios de todas as regiões do país e em 25 unidades da federação, totalizando 846 equipes de AD, sendo 476 EMAD Tipo 1; 76 EMAD Tipo 2; e, 294 EMAP. Apenas Roraima e o Espírito Santo não possuíam SAD implantados no período analisado.

As regiões Norte, Centro-oeste e Sul possuíam 82 municípios que implantaram o PMC, o que representa 26% do total. As regiões Nordeste e Sudoeste somam 238 municípios, significando 74% dos municípios que aderiram ao PMC no período analisado.

A concentração de municípios aderidos ao PMC nas regiões Sudeste e Nordeste foi observada, também, na distribuição das equipes de AD. Essas regiões possuíam, respectivamente, 42% e 33% de todas as equipes implantadas (EMAD e EMAP). Destaca-se que, apesar da quantidade de municípios ter sido praticamente igual nas duas regiões, a quantidade de equipes no Sudeste foi quase 10% superior. As demais equipes estavam distribuídas homogeneamente dentre as regiões Norte, Centro-oeste e Sul (Quadro 1).

Ainda de acordo com o Quadro 1, a distribuição das EMAD Tipo 2, tipo de equipe que pode ser implantada exclusivamente nos municípios da Faixa 1, teve sua implantação concentrada na região Nordeste, com 55% de todas as equipes desse tipo. A implantação das equipes nas demais regiões teve a

seguinte distribuição, em ordem decrescente: Sudeste – 15 (20%); Centro-oeste – 9 (12%); Sul – 6 (8%); e, Norte – 4 (5%).

Quadro 1 - Quantidade de estados, municípios e equipes de atenção domiciliar implantada, segundo região do Brasil, junho de 2015

Região	Estados	Municípios	Tipo Equipe		Total Equipe	% Equipe
Norte	6	26	EMAD 1	36	67	8%
			EMAD 2	4		
			EMAP	27		
Centro-oeste	4	26	EMAD 1	37	74	9%
			EMAD 2	9		
			EMAP	28		
Sul	3	30	EMAD 1	49	71	8%
			EMAD 2	6		
			EMAP	16		
Nordeste	9	118	EMAD 1	123	276	33%
			EMAD 2	42		
			EMAP	111		
Sudeste	3	120	EMAD 1	231	358	42%
			EMAD 2	15		
			EMAP	112		
Total	25	320	Total		846	100%

Fonte: Ministério da Saúde

Os estados com mais equipes de AD implantadas no período analisado foram, em ordem decrescente, São Paulo (199), Rio de Janeiro (85), Bahia (83) e Minas Gerais (74). Aqueles com menos equipes implantadas foram Mato Grosso (1), Sergipe (2), Acre (3) e Tocantins (4).

Ao se analisar o PMC a partir da faixa populacional dos municípios, observou-se que a Faixa 3 (população = ou > 100 mil e < 1 milhão de habitantes) possui a maior concentração de municípios e de equipes do PMC. Apesar da Faixa 4 possuir a menor quantidade de municípios, apenas 4%, é a Faixa 1 que concentra a menor quantidade de equipes de AD (17%).

Além disso, embora a grande maioria dos municípios brasileiros (86%) estejam concentrados na Faixa 1, a quantidade de municípios do programa nesta faixa é, apenas, 25% de todos os municípios que implantaram o PMC¹⁷.

De acordo com a Tabela 1, mais da metade dos municípios e das equipes de AD da Faixa 1 estão localizados na região Nordeste. Da mesma forma, a região Sudeste concentra a maioria dos municípios e equipes de AD da Faixa 4.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios e equipes do Programa Melhor em Casa, segundo região e segundo faixa populacional, junho de 2015

Regiões	Faixa 1				Faixa 2				Faixa 3				Faixa 4			
	Municípios		Equipes		Municípios		Equipes		Municípios		Equipes		Municípios		Equipes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	4	5%	8	5%	14	14%	28	15%	7	6%	19	6%	1	7%	12	7%
CO	9	11%	17	12%	9	9%	18	10%	6	5%	16	5%	2	14%	23	13%
S	6	8%	8	5%	10	10%	13	7%	12	10%	28	8%	2	14%	22	13%
NE	45	56%	84	58%	37	36%	71	39%	33	27%	95	28%	3	21%	26	15%
SE	16	20%	29	20%	32	31%	53	29%	66	53%	184	54%	6	43%	92	53%
Total	80	100%	146	100%	102	100%	183	100%	124	100%	342	100%	14	100%	175	100%

Fonte: Ministério da Saúde

Ritmo de Implantação das Equipes

Desde o lançamento do PMC em agosto de 2011 até dezembro de 2014, a quantidade de municípios que aderiram ao programa e implantaram equipes de AD foi crescente. A quantidade de equipes de AD implantadas a cada ano também foi crescente. Os anos de 2012, 2013 e 2014 tiveram, respectivamente, 159, 230 e 324. Vale destacar que o número de equipes implantadas em 2014 foi superior em mais de 100% se comparado ao ano de 2012.

Além disso, o número de EMAD Tipo 1 implantadas em 2014 (145) é praticamente igual a 2013 (146), comportamento distinto daquele constatado quando se considera a implantação de todos os tipos de equipes de AD

somados, que foi 41% maior em 2014, se comparado com 2013. Isso significa que este aumento decorreu do crescimento das EMAD Tipo 2 e, sobretudo, das EMAP.

Como este estudo só analisou o PMC até o primeiro semestre de 2015, não é possível afirmar que a quantidade de equipes implantadas se manteve crescente nesse ano. No entanto, o número de equipes implantadas no primeiro semestre de 2014 foi superior ao de 2013, que foi superior ao de 2012. Essa característica não foi constatada em 2015, ano em que o número de equipes implantadas foi inferior ao primeiro semestre de 2014 e semelhante ao de 2012, podendo significar uma desaceleração desse ritmo.

O número de equipes implantadas no segundo semestre de 2014 é inferior ao primeiro semestre do mesmo ano, comportamento oposto aos anos de 2012 e 2014, quando a quantidade implantada no segundo semestre foi superior ao primeiro. Isso reforça a desaceleração mencionada. Vale destacar que essa inversão foi observada, tanto com as EMAD Tipo 1, quanto com as EMAP.

Quando se analisa o incremento proporcional de equipes, por meio do cálculo da razão entre o número de equipes implantadas em períodos distintos, observa-se que, apesar da quantidade de equipes implantadas a cada ano ter sido sempre superior ao ano anterior, o total de equipes até 2013 foi duas vezes maior que aquelas implantadas até 2011/2012, enquanto 2014 foi 1.7 vezes maior que 2013. Isso confirma a desaceleração no ritmo de implantação, já percebida ao se considerar o número absoluto de equipes implantadas a cada ano.

Ao realizar essa análise de forma desagregada por região, observou-se que as regiões Norte e Sudoeste foram as únicas que apresentaram essa diminuição no incremento proporcional, com destaque para o Sudeste, que teve 2.1, entre 2011/2012 e 2013; e 1.4, entre 2013 e 2014. Isso pode indicar que a desaceleração da região Sudeste “puxou” a desaceleração global, se consideramos o país como um todo (Tabela 2).

Tabela 2 - Implantação das equipes de atenção domiciliar por região e ano de implantação, junho de 2015

Região	2011		2012		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	2	3	13	8	18	8	30	9	4	6
Centro-oeste	0	0	16	10	16	7	36	11	6	9
Sul	11	17	16	10	9	4	26	8	9	13
Nordeste	14	22	39	25	65	28	137	42	21	30
Sudeste	37	58	75	47	122	53	95	29	29	42
Total	64	100%	159	100%	230	100%	324	100%	69	100%

Fonte: Ministério da Saúde

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH – M)

O IDH – M é calculado a partir da Expectativa de Vida ao Nascer, da Escolaridade da População Adulta, do Fluxo Escolar da População Jovem, e da Renda *per capita*. Sua metodologia de cálculo teve como objetivo adequar a metodologia do IDH Global para avaliar as condições de núcleos sociais menores, os municípios. É dividido em cinco faixas: muito baixo (0 – 0,499), baixo (0,500 – 0,599), médio (0,600 – 0,699), alto (0,700 – 0,799) e muito alto (maior que 0,800)¹⁸.

Nesse estudo, foi analisado, ainda, o IDH dos 320 municípios que aderiram ao PMC e foi constatado que 8% municípios possuem o IDH Muito Alto; 52%, Alto; 31%, Médio; 10%, Baixo; e, nenhum possui o IDH Muito Baixo (Tabela 6).

Considerando-se a implantação do PMC apenas até maio de 2013, mês em que foi publicada a Portaria GM/MS nº 963 que permite a adesão de municípios com população inferior a 40 mil habitantes, dos 86 municípios que haviam aderido ao programa, 19% possuíam o IDH Muito Alto; 56%, Alto; 24%, Médio; 1%, Baixo; e, nenhum possuía o IDH Muito Baixo.

A partir do cruzamento entre a quantidade de municípios por região e a Faixa de IDH a qual pertence, verificou-se que as regiões Sudeste, Centro-oeste e Sul concentram a maior parte dos municípios com IDH Muito Alto e Alto que aderiram ao PMC (Tabela 3).

Ainda de acordo com a Tabela 3, observou-se que todos os municípios com IDH Baixo pertencem às regiões Norte e Nordeste, com destaque para esta, que possui 29 dos 32 municípios nessa faixa.

Tabela 3 - IDH dos municípios que aderiram ao Programa Melhor em Casa, junho de 2015

Região	IDH do município									
	Muito Alto		Alto		Médio		Baixo		Muito Baixo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nordeste	0	0%	19	11%	70	71%	29	91%	0	0%
Sudeste	18	75%	93	56%	9	9%	0	0%	0	0%
Sul	4	17%	25	15%	1	1%	0	0%	0	0%
Centro-oeste	2	8%	20	12%	4	4%	0	0%	0	0%
Norte	0	0%	9	5%	14	14%	3	9%	0	0%
TOTAL	24	100%	166	100%	98	100%	32	100%	0	0%

Fonte: Ministério da Saúde

Os estados que agregam mais municípios com IDH – M Baixo são Alagoas e Bahia, ambos com 8 municípios; e os que agregam menos, são Ceará e Sergipe, ambos com 1 município. Aqueles que possuem mais municípios com IDH Médio são Bahia e Ceará, respectivamente, com 25 e 16.

Os estados que concentram mais municípios com IDH Alto são Goiás e Minas Gerais, respectivamente, com 15 e 14 municípios; e os que possuem menos são Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Piauí, Mato Grosso, Pará e Paraíba, todos com apenas 1 município. Vale destacar que, nos cinco primeiros, o município em questão é a capital do estado.

No que diz respeito ao IDH Muito Alto, dos 24 municípios nessa faixa, 15 (62,5%) estão localizados no estado de São Paulo. Os demais municípios estão nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste e possuem entre 1 e 2 municípios com IDH Muito Alto. Dos 24 municípios nessa faixa, 7 são capitais.

Cobertura da Estratégia Saúde da Família dos municípios do PMC

Ao se analisar a cobertura da ESF nos municípios que aderiram ao PMC, percebe-se que 68% possuem cobertura maior que 50% e que a média de cobertura da ESF nesses municípios é de 68%. Observou-se, ainda, que 48%

dos municípios possuíam cobertura superior a 75% e, apenas 9% menor que 25%. Nos demais municípios, que representam 43% do total, a cobertura da ESF estava entre 25 e 50%.

Foi analisada, ainda, a cobertura da ESF desses municípios a partir da faixa populacional. Não foi encontrado nenhum município com cobertura da ESF menor que 25% na Faixa 4, e a maioria dos municípios com esse intervalo de cobertura era da Faixa 3.

Além disso, os municípios com maior cobertura da ESF se concentravam nas Faixas 1 e 2; e, aqueles com cobertura entre 25 – 75% estavam concentrados, predominantemente, nas Faixas 2 e 3. Considerando-se a cobertura da ESF dos municípios e a região a qual pertencem, observou-se que todos aqueles com cobertura menor que 25% estavam localizados nas regiões Sudeste e Sul, sendo que, destes, 93% estavam concentrado na região Sudeste.

A maioria dos municípios (59%) com cobertura maior que 75% estava localizada na região Nordeste. Esses representaram 77% de todos os municípios que aderiram ao PMC localizados na região Nordeste. Já os municípios nesse intervalo de cobertura que estavam na região Sudeste representaram apenas 37,5% de todos os municípios do PMM dessa região.

DISCUSSÃO

Ao longo deste trabalho, a implantação do PMC foi caracterizada a partir de diversos aspectos como ritmo de implantação das equipes de AD no período estudado, distribuição das equipes de acordo com o porte populacional dos municípios, da região do país, do IDH dos municípios que aderiram ao programa, e cobertura da ESF dos municípios.

Essa caracterização demonstrou uma concentração regional do PMC, no período analisado. A maioria das equipes foi implantada na região Sudeste, seguida da Nordeste; e a minoria estava nas regiões Norte e Centro-oeste.

A pequena quantidade de municípios (e equipes de AD) que aderiram ao PMC na região Norte não é um fato isolado, podendo ser resultado da

dificuldade histórica dessa região em implementar políticas públicas de saúde. Afirmam que as políticas de saúde voltadas para o SUS não têm incorporado a dimensão territorial. Assim, a implantação de uma política de saúde diferenciada para Amazônia Legal é um complexo desafio, devido, dentre outras questões, às peculiaridades dessa região e a pouca tradição da política de saúde no enfrentamento da questão macrorregional (VIANA et al., 2007).

Outra característica a ser destacada diz respeito à concentração do PMC nos municípios com população > 40 mil habitantes (76% dos municípios), apesar do programa estar presente em municípios de todas as faixas populacionais estudadas. Conseqüentemente, as EMAD Tipo 2 representaram, somente, 9% de todas as equipes de AD, apesar dos municípios com população < 40 mil (Faixa 1) significarem 86% de todos os municípios do país.

Possivelmente, a priorização dos municípios com população > 40 mil habitantes pelo Governo Federal até maio de 2013, quando a normativa foi alterada, contribuiu para o número reduzido desses municípios e, conseqüentemente, para a pequena quantidade de EMAD Tipo 2 no PMC.

Dessa forma, o impacto da mudança da regra para permitir a adesão de municípios com população da Faixa 1 não implicou, necessariamente, na adesão desses municípios ao PMC. Isso pode ter se dado pela baixa capacidade técnica, operacional e orçamentária dos municípios de pequeno porte para implantar políticas de saúde.

Isso pode significar que municípios da Faixa 1 apresentam dificuldades em implantar o PMC, o que aponta para o MS a necessidade de aprofundar a compreensão dos possíveis fatores que levam a isso, seja para aperfeiçoar o programa, seja para apoiar os gestores municipais.

Embora a Faixa 4 (> 1 milhão de habitantes) agregue apenas 0,3% dos municípios do Brasil e 4% dos que aderiram ao PMC, possui 21% de todas as equipes de AD. Isso se deve, provavelmente, à possibilidade dos municípios dessa faixa implantarem mais de uma equipe, uma vez que têm um teto maior de acordo com a normativa federal (BRASIL, 20013).

Mesmo que as regiões Nordeste e Sudeste possuam praticamente a mesma quantidade de municípios no PMC, esta agrega 10% mais equipes de AD implantadas que aquela. Isso pode se dar pelo fato da região Sudeste ter uma maior concentração de municípios das Faixas 3 e 4.

Como o país possui aproximadamente 1.360 municípios com população entre 20 mil e 100 mil habitantes (IBGE, 2000) e a portaria do PMC estabelece que estes podem implantar 1 EMAD e 1 EMAP, há um potencial ainda não aproveitado, já que somente 215 equipes foram implantadas nos municípios desse intervalo populacional (BRASIL, 2013).

Ao se analisar o ritmo de implantação das equipes de AD do PMC, é possível afirmar que houve uma desaceleração que começa a ser percebida em 2014 e se mantém em 2015, mesmo se considerando apenas o primeiro semestre desse ano. É possível que essa desaceleração tenha ocorrido por vários motivos, como a escassez de profissionais médicos para compor as equipes, o subfinanciamento global da saúde e a crise financeira nacional que se iniciou em 2014.

A dificuldade de contratar profissionais médicos é reforçada como um importante motivo para essa desaceleração pelo achado de que a quantidade de EMAD Tipo 1 (40h médicas) implantadas em 2014 é praticamente igual a 2013. Dessa forma, o incremento de equipes de AD entre um ano e outro se deu pelo aumento no número de EMAD Tipo 2 (20h médicas) e EMAP (não possui profissional médico) (BRASIL, 2013).

Aponta-se, ainda, a possível influência que o calendário de eleições municipais teve no ritmo de implantação do PMC, questão que precisa ser melhor entendida pelos gestores do PMC no Governo Federal.

A concentração dos municípios com maiores IDH que implantaram o PMC na região Centro-sul e com menores IDH nas regiões Norte e Nordeste respeitou a característica de distribuição desse índice no país (PNUD, 2013).

Por outro lado, o percentual de municípios do PMC com IDH Muito Alto e Alto passou de 75%, em maio de 2013, para 60%, em junho de 2015. Isso

significou que a mudança da normativa, permitindo a adesão de municípios da Faixa 1 (< 40 mil habitantes), pode ter proporcionado um menor desequilíbrio entre os municípios com maior e menor IDH no programa.

Além disso, é possível afirmar que a grande concentração de municípios do PMC com IDH Muito Baixo na região Nordeste quando comparada com a Norte se deve, provavelmente, ao fato daquela região possuir 37% de todos os municípios que aderiram ao programa, enquanto esta possui apenas 8%.

O baixo percentual de municípios que aderiram ao PMC com IDH Baixo e a inexistência daqueles com IDH Muito Baixo pode indicar que um município com menor desenvolvimento humano, da mesma forma que aquele com pequeno porte populacional, teria maior dificuldade em aderir ao programa se comparado com um município com índice mais elevado.

A interação do PMC com os serviços de atenção básica é fundamental para que os usuários que estão na AD tenham um cuidado integral e resolutivo. Dessa forma, a cobertura da ESF é um fator que influencia, de forma marcante, o funcionamento dos serviços de AD (BRITO et al., 2013).

A concentração dos municípios que implantaram o PMC com cobertura da ESF superior a 75% na região Nordeste foi coerente com a distribuição dos municípios em geral, quando se analisa essa variável. Em outubro de 2015, a cobertura na região Nordeste era de 80,14% (BRASIL, 2015).

Como este trabalho não se propôs a analisar a produção das equipes no âmbito do PMC, não foi possível avaliar se a cobertura da ESF impactou no trabalho das equipes de AD, o que pode ser considerada uma limitação. Dessa forma, recomenda-se que sejam realizados estudos com o objetivo de aprofundar o entendimento sobre a relação entre a ESF e o PMC, com ênfase no impacto que a atenção básica tem no funcionamento dos SAD e no cuidado aos usuários do PMC.

As características de implantação do PMC apontadas por este estudo demonstraram uma concentração regional do programa, além de uma maior concentração em municípios de maior porte populacional e com maior IDH.

Estes também foram os achados de outro estudo que analisou a implantação do PMC por período menor (somente até dezembro de 2013) (MELONI, 2015).

Os critérios de adesão estabelecidos na normativa envolvem aspectos técnicos referentes à capacidade instalada da rede de atenção, mas deixam a cargo do gestor local a iniciativa de aderir ao PMC (BRASIL, 2013), respeitando a relação interfederativa do SUS e a autonomia do município decorrente da descentralização da saúde (SANTOS, 2012).

Dessa forma, a implantação do PMC pode estar sendo determinada, somente, por características inerentes a cada município, que resultam na capacidade ou na incapacidade de aderir, implantar e gerir um programa como esse. Estas características podem ser de caráter político, estarem relacionadas à gestão local da saúde (MELONI, 2015), a questões financeiras, à disponibilidade de profissionais de saúde, dentre outras.

O Brasil apresenta uma escassez e má distribuição de profissionais médicos, que estão concentrados em grandes centros urbanos, e nas regiões Sul e Sudeste. Dessa forma, a baixa disponibilidade de médicos na região Norte e em municípios de menor porte populacional podem ser apontados como fatores que dificultam na constituição de equipes de AD e, por conseguinte, na implantação do PMC (OLIVEIRA et al., 2015).

A descentralização da saúde, sem a maturidade política e econômica do município, não é capaz de lidar com diversos desafios inerentes à forma como se organiza nossa sociedade e o Estado brasileiro, sob a pena de agravar as disparidades regionais (SANTOS, 2012).

Pode-se afirmar que, não obstante a AD despontar como opção de diversos países frente aos desafios impostos pela transição epidemiológica e demográfica (WHO, 2008; DUARTE; DIOGO, 2000), estes fatores não compuseram claramente os critérios utilizados para priorizar a implantação do PMC, apesar de terem sido utilizados pelo MS para justificar a necessidade do programa (BRASIL, 2012).

É possível, a partir do resultado deste estudo, questionar a possibilidade e a necessidade de serem adotadas outras iniciativas, além das já adotadas, de indução e apoio a municípios e regiões que não teriam condições de aderir espontaneamente ao PMC, mas possuem características epidemiológicas, demográficas e de rede de atenção que demandem o desenvolvimento da AD.

Dessa forma, reconhece-se que, além da estratégia adotada pelo Governo Federal de apoiar os municípios que decidiram aderir ao programa, podem ser adotadas outras iniciativas de indução e apoio a municípios e regiões que não teriam condições de aderir espontaneamente, mas possuem características epidemiológicas, demográficas e de rede de atenção que apontem para a necessidade de se desenvolver a AD.

Considerando que o PMC possui apenas quatro anos, este trabalho pode ser útil aos formuladores de políticas e responsáveis pela condução do programa no Governo Federal na identificação de ajustes e correção de rumos, como também na construção de uma agenda de apoio juntos aos gestores municipais e estaduais.

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(3): 391-7.
2. World Health Organization (WHO). *Home care in Europe: the solid facts*. Copenhagen, CPH; 2008.
3. Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
4. Mendes Júnior WV. *Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

5. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Macruz LC, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública* 2010; v. 44, n. 1, p. 166-76.
6. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; n. 51, p. 58-71.
7. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar / Luís Cláudio de Carvalho. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.: il. ISBN 978-85-334-1966-7.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 28 mai.
10. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; v. 10, n. supl., p. 231- 242.
11. Lacerda MR, Gioacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, 2006; v. 15, n. 2, p. 88-95.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução (ANVISA). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. ANVISA Brasília, DF, 2006 [acessado 2015 nov 29].
Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdfs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf> .

13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2014. Brasília, DF. 2015 [acessado 2015 nov 29]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 25 ago.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM 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* 2011; 28 out.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2012; 17 jul.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do universo Censo 2000 [acessado 2015 nov 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeidades>
18. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.96 p. – (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013).
19. Viana ALD, Baptista CV, Lima LC, Mendonça MHM, Heimann LS, Albuquerque MV, Iozzi FL, David VC, Ibañez P, Frederico S. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública* [online] 2007, vol.23, suppl.2, pp. S117-S131. ISSN 1678-4464.
20. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção Domiciliar na Estruturação da Rede de Atenção à Saúde:

trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 out - dez; 17 (4): 603 – 610.

21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília: MS; 2015 [acessado 2015 nov 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
22. Meloni DR. Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. 2015. 158f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão de Organizações de Saúde). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP e Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – USP.
23. Santos, Lenir dos. SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralização. Lenir dos Santos-- Campinas, SP: [s.n.], 2012.
24. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. “Mais Médicos”: Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-34.

APÊNDICE D – Artigo 2: Atenção Domiciliar: análise do Programa Melhor em Casa a partir do olhar dos gestores municipais

Autores:

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

Resumo *A atenção domiciliar é uma modalidade em expansão nas últimas três décadas. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Melhor em Casa visando ampliar e qualificar atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. O objetivo do estudo é analisar o Programa Melhor em Casa a partir do olhar dos coordenadores desses serviços nos municípios. Trata-se de uma abordagem qualitativa de cunho exploratório, que realizou entrevistas semiestruturadas com os coordenadores dos serviços. A análise dos dados foi subsidiada pelo software ALCESTE e resultou em sete classes: relação do programa com os pontos de atenção; avanços e desafios com a implantação do programa; dificuldades iniciais na implantação do programa; referência e contrareferência do paciente em atenção domiciliar; a atenção domiciliar como alternativa à atenção hospitalar; dimensões da normativa da atenção domiciliar; coordenação do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde. Verificou-se o potencial da atenção domiciliar na articulação da rede de atenção, coordenação do cuidado, e gestão dos leitos hospitalares; a necessidade de rever a normativa para incluir a ventilação mecânica invasiva domiciliar; a fragilidade da atenção básica em assumir a atenção domiciliar; e, o risco da expansão da atenção domiciliar significar a manutenção do modelo hegemônico de atenção à saúde, ao invés de produzir inovações no cuidado.*

Palavras-chave *Assistência domiciliar; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde*

Abstract *Health home care assistance has been expanding in the last three decades. In 2011, the Brazilian Ministry of Health launched the “Melhor em Casa Program” in order to broaden and improve home-health assistance at the Unified Health System. This study aims to analyze the “Melhor em Casa Programa” from the perspective of direct local managers of these services in the Brazilian municipalities. This is a qualitative study of exploratory nature, which conducted semi-structured interviews with managers of these services. Data analysis was supported by ALCESTE software and resulted in seven categories/indicators/metrics: relationship with the Program’s points of attention; progress and challenges to the implementation of the Program; initial difficulties in program implementation; reference and counter-reference from patients under home health assistance; home care as an alternative to hospital care; dimensions of the rules of home care; management of the network of health care. It was observed the potential of home care in the network of care, care coordination, and management of hospital beds; the need to revise the rules to address the possibility of potential patients that could be under home respiratory mechanical ventilation; the fragilities of primary health care to proceed to the option of home care; and the risk of expansion of home care means maintaining the hegemonic model of health care, instead of producing innovations in health promotion.*

Keywords: *Home care; Public Health Policies; Unified Health System.*

Introdução

O modelo médico hegemônico-liberal entrou em crise na década de 1970 devido a problemas relativos aos crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados e à incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo complexificação das sociedades¹.

O processo de revisão dos modelos de atenção e das modalidades de cuidado em saúde que os países têm passado nas últimas décadas tem sido motivado tanto por uma racionalidade econômica, quanto pela busca de modos de cuidar que reduzam iniquidades e sejam mais humanizadoras. A atenção domiciliar (AD) desponta, nesse sentido, como uma modalidade de cuidado potente para dialogar com as questões apresentadas².

Assim, o envelhecimento populacional e os desafios que impõe, e demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas não hegemônicas e a concepção de novas estratégias para cuidar em saúde, como a AD³. Além disso, o aumento dos gastos em saúde tem levado vários países a repensarem seus modelos de atenção à saúde e a AD tem se mostrado uma estratégia para diminuir para diminuição dos mesmos⁴.

Várias modalidades de cuidado domiciliar vêm se desenvolvendo no mundo a partir da década de 60, desde visita domiciliar a pacientes crônicos, até a utilização de aparato médico-hospitalar no domicílio³. Na União Europeia, quase todos os seus países incluem, no conceito de atenção domiciliar, serviços de saúde e de assistência social que, na maioria dos casos, não dialogam entre si, como é o caso de Portugal, Espanha e Reino Unido. Na Dinamarca e Suécia, a articulação dessas duas áreas da AD é entendida como fundamental e ficam a cargo dos municípios. Na Catalunha (Espanha), as equipes de atenção primária suprem essa lacuna, identificando os usuários com risco clínico e, também, social⁴.

No Brasil, os serviços de atenção domiciliar (SAD) surgiram na década de 1960 e vêm se multiplicando de forma marcante a partir da década de 1990, o que impôs a necessidade de se institucionalizar a AD no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de políticas públicas de saúde³.

No final da década de 2000, existiam diversas experiências de AD sendo desenvolvidas no Brasil, que envolviam estratégias de substitutividade em relação à hospitalização, de humanização, e de extensão da cobertura da atenção hospitalar, inscrita no modelo médico hegemônico⁵.

A AD não fez parte do projeto original do SUS, sendo instituída de forma complementar por meio da Lei nº 10.424, que foi proposta pelo Legislativo, sem articulação com o Ministério da Saúde (MS)⁶.

Em 2006, foi publicada a Portaria nº 2.529, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim⁷.

No início de 2011, o MS criou um grupo de trabalho, que desenvolveu suas atividades a partir de experiências locais e do acúmulo normativo anterior sobre a AD, resultando na revogação da Portaria nº 2.529 e na publicação da Portaria nº 2.029, de 2011. Esta portaria, estratégica para ampliar e qualificar os serviços de AD no âmbito do SUS, serviu de base para que o Governo Federal criasse o Programa Melhor em Casa (PMC)⁸.

A partir daí, ocorreu um processo de adequação da normativa, que preservou a essência da proposta original instituída em 2011 e resultou na publicação da Portaria nº 963 de maio de 2013, que redefine a AD e ainda está vigente. O PMC, no entanto, não foi instituído formalmente, tendo amparo normativo na Portaria nº 963 de 2013 que trata da AD no âmbito do SUS e não do programa em si⁹.

Desde o lançamento do PMC em 2011 até junho de 2015, foram implantados serviços de a AD em 320 municípios de 25 unidades da federação,

totalizando 846 equipes de AD¹⁰. Pode-se afirmar que, apesar de não ser uma modalidade recente no Brasil, nos últimos quatro anos houve uma ampliação expressiva da AD proporcionada pelo PMC.

A implantação do PMC tem se dado em municípios com características e contextos diversos, e que têm enfrentado o complexo desafio de instituir a AD como modalidade de atenção para lidar com as necessidades assistenciais e sociais da população num cenário no qual o cuidado no domicílio, apesar dos avanços, ainda é uma “novidade” para os usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Dessa forma, o objetivo desse estudo é compreender os avanços e desafios do PMC sob a perspectiva dos coordenadores dos SAD.

Estes sujeitos desempenham papel central no enfrentamento dos desafios cotidianos inerentes à operacionalização da AD e gestão dos SAD, o que envolve coordenação das equipes, o estabelecimento de relações com os demais serviços da rede de atenção à saúde, apoiar a coordenação do cuidado dos usuários, apoiar e provocar processos de educação permanente dos profissionais, planejar a aquisição de insumos e o acesso a equipamentos, dentre outros.

Ressalta-se a pertinência deste estudo, por considerar os coordenadores dos SAD como interlocutores privilegiados para a produção de conhecimentos acerca da AD no âmbito do PMC, além da inexistência de estudos no país com esta abordagem.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e de cunho exploratório, tendo como cenário municípios que implantaram SAD, no âmbito do PMC.

Os critérios adotados para a definição da amostra incluíram informações acerca da implantação da AD e os profissionais envolvidos com o PMC, privilegiando os sujeitos sociais que possuem os atributos que o pesquisador buscava conhecer. Nesse sentido, fizeram parte da amostra coordenadores de SAD (PMC) dos municípios que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

1. Possuir estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de AD;
2. Tempo de implantação igual ou superior a 12 meses;
3. Ter população acima de 20 mil habitantes, contemplando necessariamente, faixas populacionais, pré-estabelecidas. As 3 primeiras faixas tem coerência com a evolução das normativas federais que tratam da AD ^{12,13,14}. A quarta faixa foi criada para garantir que na amostra estejam incluídos municípios com a complexidade que este porte populacional confere: Faixa 1: > ou = 20 mil e < 40 mil habitantes; Faixa 2: > ou = 40 mil e < 100 mil habitantes; Faixa 3: > ou = 100 mil e < 1 milhão de habitantes; e, Faixa 4: > 1 milhão de habitantes.
4. Possuir 50% ou mais do teto de equipes de AD (Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – EMAD) implantado.

Considerando os critérios estabelecidos, fizeram parte da amostra, inicialmente, 165 municípios de um total de 422 que constava no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) utilizando como referência junho de 2015.

Embora o processo e definição da amostra qualitativa deva ser feito considerando o critério de saturação, inicialmente, o pesquisador pode prever um quantitativo de entrevistas a serem avaliadas à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para o seu trabalho¹⁴.

Nesse sentido, foi solicitado ao MS que indicasse dois municípios por faixa populacional, reconhecidos por terem gestores comprometidos com a implantação do PMC e que não fossem, necessariamente, considerados experiências exitosas. Dos oito municípios indicados, seis participaram do estudo, e nestes foram entrevistados os coordenadores da AD, considerando o critério de saturação. Foram contempladas todas as faixas populacionais e demais critérios estabelecidos previamente (tabela 1).

Tabela 1 - Municípios selecionados para a realização da pesquisa de acordo com os critérios de inclusão e saturação. BRASIL, 2015

UF	Municípios	Implantação do PMC	População	Faixa Populacional	Nº de Equipes	% do teto implantado
RJ	Pirai	Janeiro/14	27.579	1	1	100%
PI	Piripiri	Agosto/13	62.600	2	1	100%
SP	Jardinópolis	Setembro/14	41.228	2	1	100%
MG	Uberlândia	Maio/13	654.681	3	7	100%
PE	Caruaru	Março/12	342.328	3	3	100%
PR	Curitiba	Maio/12	1.864.416	4	10	55%

Fonte: Ministério da Saúde

Os dados foram coletados mediante o preenchimento de formulário elaborado para essa finalidade. No processo de elaboração houve testagem prévia com participação de um coordenador de AD, de um município não incluído no estudo, com a finalidade de realizar ajustes necessários antes do início das entrevistas.

A obtenção dos dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, contemplando as seguintes questões norteadora e complementares: no âmbito da AD, o Brasil lançou o PMC. O que o senhor (a) poderia me falar sobre este programa considerando o seu município?; antes do PMC, como era a oferta de AD no seu município?; como o senhor/senhora percebe/avalia o modelo de AD adotado pelo MS com o PMC?; existiu algum desafio/dificuldade para implantar o PMC no seu município?; comente como o SAD interage com os demais serviços da rede de atenção do seu município.

As entrevistas ocorreram no período de 01 de outubro a 20 de dezembro de 2015, por meio da ferramenta Skype®, com duração média de 26 minutos, após agendamento prévio via contato telefônico e correio eletrônico, respeitando a disponibilidade dos coordenadores. Foram iniciadas após explicação dos objetivos da pesquisa, além da leitura, assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de correio eletrônico. Foram gravadas em aparelho digital e transcritas, mantendo-se fielmente o conteúdo das falas. Cada entrevista foi codificada utilizando o nome sujeito seguido de algarismo arábico 1, 2, 3, 4, 5, e 6.

A análise dos dados foi subsidiada por meio do *software* de Análise de Dados Textuais ALCESTE (*Analyse lexicale par contexte d'un ensemble des segments de texte*), que permite realizar a análise de dados textuais, de forma automática, verificando a principal informação presente no texto. Dessa forma, permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessar a informação essencial presente no mesmo¹⁵. Estudos utilizando o ALCESTE demonstram em seus resultados a adequação e a compatibilidade do mesmo como forma de tratar os fenômenos psicossociais envolvidos no pensamento e na linguagem^{16, 17}.

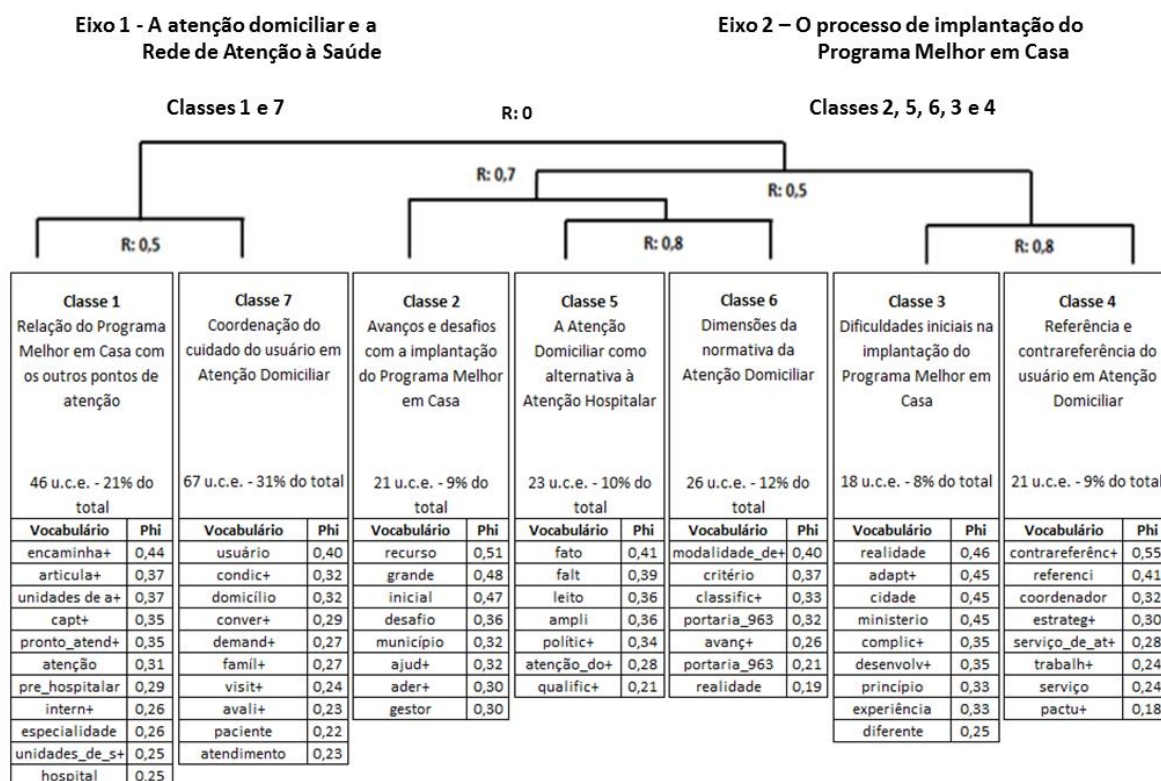
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília – UnB, nº 45923015.4.0000.0030, acompanhado do TCLE, em concordância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012¹⁸.

Resultados

Foram entrevistados seis coordenadores de SAD, que agrupam as seguintes características: quatro do sexo feminino e dois do masculino; quatro possuem graduação em enfermagem e dois em fisioterapia; um município das faixas populacionais 1 e 4, e dois municípios nas faixas 2 e 3; apenas um deles não possuía pós-graduação; apenas um deles não possuía experiência prévia na gestão da saúde; quatro possuíam idade entre 35 e 45 anos, sendo que um tinha menos que 25 anos e outro mais que 50 anos; e, cinco deles desempenhava a função de coordenador do SAD por período que varia de 2 a 3 anos, sendo que um tinha exatamente 1 ano.

O conteúdo das seis entrevistas processado pelo *software* ALCESTE resultou em dois blocos ou eixos temáticos representados no dendograma (Figura 1): **a AD e a Rede de Atenção à Saúde** e o **processo de implantação do PMC**.

Figura 1 - Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente sobre as entrevistas dos Coordenadores dos Serviços de Atenção Domiciliar acerca do Programa Melhor em Casa, 2015



O primeiro eixo temático, a **AD e a rede de atenção à saúde**, está composto pela classe 1, que trata da **relação do PMC com os pontos de atenção**, e pela classe 7, que aborda a **coordenação do cuidado do usuário em AD**.

A **classe 1 (relação do PMC com os pontos de atenção)** apresentou 46 unidades de contexto elementar (u.c.e.), o que representou 21% do total de u.c.e. do corpus. Trata da articulação do PMC, ou dos SAD em geral, com o conjunto de serviços que compõem a rede assistencial em saúde.

Nessa classe, é revelado que os SAD se relacionam com diversos tipos de serviços de saúde, sobretudo com aqueles da rede de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento ou UPA), da atenção básica (unidades básicas de saúde - UBS) e os hospitais.

A articulação dos SAD com esses serviços se dá, tanto na perspectiva de captação de usuários, quanto de retaguarda assistencial. Esta retaguarda pode ser do hospital ou UPA em relação ao SAD, no caso do usuário em AD ter seu quadro agudizado e necessitar de atendimento de urgência ou mesmo de internação hospitalar; mas pode significar, também, o suporte prestado pelo próprio SAD junto às equipes de atenção básica (AB).

a gente articula com os três pontos. Com a atenção básica, como a nossa rede de pronto atendimento e com a rede hospitalar. Com a atenção básica, a gente fica como retaguarda (Sujeito 4).

No caso das UPA, os coordenadores revelam que a decisão de internar no domicílio ou no hospital passa, também, pela avaliação do SAD, que é chamado para avaliar os usuários que dão entrada nesses serviços. As situações mais comuns são os usuários que seriam internados exclusivamente para a realização de medicamentos endovenosos, mas são direcionados para o SAD para este fim, evitando a ocupação de um leito hospitalar.

Em relação aos hospitais, verificou-se que não basta pactuar critérios para a desospitalização do usuário e dar continuidade do cuidado na AD. O SAD deve ir “para dentro” dos hospitais e realizar visita nos leitos juntamente com a equipe hospitalar para avaliar os usuários internados e decidir se há necessidade e possibilidade de continuarem os cuidados no domicílio; nesse caso, ajudam na elaboração do plano de alta, conversam com o usuário e sua família sobre essa possibilidade, e avaliam as condições do domicílio, como mostra a fala que segue:

a gente verificou que esse modelo estava insuficiente e o serviço de atenção domiciliar ele entrou para dentro do hospital. Com a entrada do serviço de atenção domiciliar dentro do hospital, ele participa do processo de decisão da alta do paciente (Sujeito 4).

A **classe 7 (coordenação do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde)** agregou 67 u.c.e., o que representa 31% do total. Aborda a coordenação do cuidado do usuário realizada pelo conjunto dos pontos de atenção, no âmbito da AD.

Nessa classe, destaca-se o diálogo realizado pelos SAD junto aos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado do usuário:

e aí nos organizamos com a equipe de atenção domiciliar a visita, se tiver condição de tirar o paciente já naquele momento do hospital, nós já tiramos. Nós fazemos a visita para ver exatamente o que o paciente precisa para dar continuidade, sem nenhum prejuízo para a assistência (Sujeito 5).

A coordenação do cuidado, que necessita de uma estreita articulação entre os pontos de atenção, é operacionalizada quando uma equipe de AD realiza visitas conjuntas com outras equipes ou profissionais da rede e prioriza o compartilhamento de informações sobre os cuidados prestados:

nós vamos transferir esse paciente pros seus cuidados; e no momento que o usuário vai ter a transferência do seu cuidado do nosso serviço para a unidade de atenção básica, pedimos que a nossa equipe vá até a unidade de atenção básica e leve o sumário de alta (Sujeito 1).

De acordo com essa classe, o SAD desponta como um serviço que possui um importante potencial em coordenar o cuidado, fazendo “pontes” necessárias para que não exista descontinuidade do cuidado e o usuário não seja prejudicado, como pode ser observado na fala a seguir:

conversem com a equipe; estou devolvendo para você seu paciente que está nessa condição; se for possível faça uma visita junto para ver se nós conseguimos amarrar melhor essa assistência, porque por mais que você faça o acompanhamento, uma vez ou outra você vê que existe pontos de estrangulamento e existem alguns ruídos entre as equipes (Sujeito 5).

O **segundo eixo temático (processo de implantação do PMC)** engloba a classe 2 (**avanços e desafios com a implantação do PMC**); a classe 5 (**a AD como alternativa à atenção hospitalar**); a classe 6 (**dimensões da normativa da AD**); a classe 3 (**dificuldades iniciais na implantação do PMC**); e, a classe 4 (**referência e contrareferência do paciente em AD**).

A **classe 2 (avanços e desafios com a implantação do PMC)** foi composta por 21 u.c.e., que representa 9% do total. Discute os avanços

proporcionados pelo PMC no sistema local de saúde dos municípios, e os desafios enfrentados em seu processo de implantação.

Pode-se observar, nessa classe, a predominância de falas que entendem o repasse de recursos federais para os municípios como um grande avanço atrelado à implantação do PMC. A fala a seguir demonstra isso e destaca, inclusive, o benefício proporcionado pelo repasse do recurso, ao ajudar os municípios a lidarem com a Lei de Responsabilidade Fiscal:

município, principalmente para a equipe que já existia e não era completa e hoje o município tem uma equipe de atenção domiciliar completa; o recurso financeiro auxilia muito; um dos grandes entraves é com relação à Lei de Responsabilidade Fiscal, só que vindo o recurso do Ministério da Saúde isso ajuda a fechar a conta (Sujeito 6).

Além disso, os coordenadores dos SAD apontam outros avanços atrelados à implantação do PMC, como a qualificação e a ampliação da AD nos municípios que já investiam nessa modalidade de atenção, e a potencialização do trabalho na perspectiva das redes de atenção à saúde, como fortalecimento da articulação entre os pontos de atenção da rede local de saúde. A fala a seguir representa esses avanços:

a atenção domiciliar teve uma reorganização com a vinda do Programa Melhor em Casa; antes da efetivação do Programa Melhor em Casa a atenção domiciliar não era muito compacta; ele melhorou a oferta para as unidades, parceria com as unidades de pronto atendimento e com toda a rede de atenção à saúde por meio da implantação do Programa Melhor em Casa (Sujeito 01).

Como desafio apontado, destaca-se a dificuldade da AD ser priorizada na agenda política do município pelo prefeito, por ser uma iniciativa nova e que envolve a contratação de pessoal. Pode-se observar que a resistência do gestor em ampliar gastos com a saúde, sobretudo com o aumento de gasto com folha de pagamento, representou um desafio à implantação do PMC, ao mesmo tempo em que tornou o repasse de recursos federais para AD um avanço:

o maior desafio foi com os gestores, o gestor não a nível de secretaria e sim o prefeito em relação à lei de prestação de contas que eles têm, não podem comprometer a folha de pagamento; uma grande preocupação que nosso gestor tem é com os recursos humanos, esse foi o maior desafio que nós tivemos aqui dentro do município para conseguir convencer o prefeito de que seria bom (Sujeito 6).

A **classe 5 (a AD como alternativa à atenção hospitalar)** foi composta de 23 u.c.e. (10% do total). Trata da potencialidade da AD em substituir a atenção hospitalar em certas situações.

Nessa classe, observa-se a percepção de uma crise de leitos hospitalares, que seriam um recurso escasso, custoso e que precisa ser qualificado. Nesse sentido, a AD é entendida como uma alternativa menos custosa e mais qualificada à atenção hospitalar, com potencial de otimizar o uso dos leitos, como podemos observar nos fragmentos de fala a seguir:

então eu vejo que a atenção domiciliar ela vem ao encontro exatamente num momento de crise instalada que hoje você tem em toda as matérias, em toda a mídia, a carência de leitos, a falta de leitos hospitalares, porque é caro (Sujeito 4).

porque a gente sabe que falta leitos e a gente não consegue de fato ampliar leitos porque é muito caro para o sistema; eu vejo que a atenção domiciliar ela consegue de fato otimizar essa carência de leitos (Sujeito 4).

A **classe 6 (dimensões da normativa da AD)** foi composta de 26 u.c.e., que representa 12% do total. Discute a organização do SAD a partir da normativa, com foco principal nos seus limites.

É possível constatar, nessa classe, que os entrevistados apontam duas limitações principais da normativa: a fragilidade da classificação das modalidades de AD (AD1, AD2 e AD3); e, a insuficiência em relação ao paciente de alta complexidade, sobretudo aquele dependente de ventilação mecânica.

Quanto à fragilidade da classificação utilizada para classificar as modalidades de AD, que dizem respeito a graus de complexidade do usuário em AD, os coordenadores apontam que os critérios utilizados para definir cada

modalidade são insuficientes, como o critério de incapacidade de locomoção para a UBS mais próxima. Além disso, mesmo não sendo colocado pelos coordenadores, de forma explícita, como uma fragilidade da normativa, entendem como problemática a divisão de responsabilidades com a AB no cuidado ao usuário em AD:

nós vemos que a grande dificuldade ainda está na classificação desses pacientes (AD1, AD2, AD3) porque a portaria especifica como não locomoção; o primeiro critério seria a AD1, que não seria para a atenção domiciliar e sim para a estratégia saúde da família (Sujeito 6).

no dia-a-dia dos municípios a gente sabe que a atenção básica ainda precisa avançar nesse sentido. Não tem infraestrutura adequada, não tem equipamento adequado. EU falo que a modalidade AD1 não é da atenção domiciliar e é da atenção básica, só que quando eu faloque ele é da atenção básica, ele não fica nem na atenção básica nem na atenção domiciliar (Sujeito 4).

No que diz respeito ao paciente de alta complexidade, os entrevistados entendem que a normativa precisa ser ajustada para incluir esse tipo de paciente, reconhecendo o que já é praticado pelos SAD no dia-a-dia, legitimando-os e conferindo segurança, como é possível perceber nas falas a seguir:

eu acho que a portaria ainda vai precisar se ajustar com relação a isso e com relação também com os pacientes de alta complexidade que nós já fazemos (Sujeito 6).

na verdade o nosso serviço de atenção domiciliar já começou com a desospitalização desses pacientes de alta complexidade, com equipamentos de auxílio ventilatório e que a portaria 963 ela não permite a assistência de pacientes em ventilação no domicílio, ela não contempla esse perfil de pacientes e não está de acordo com a realidade que temos no nosso município (Sujeito 6).

A **classe 3 (dificuldades iniciais na implantação do PMC)** foi estruturada com 18 u.c.e., o que significa 8% do total. Aborda as dificuldades enfrentadas pelos gestores no momento inicial de implantação do PMC.

Nessa classe, os coordenadores apontam dificuldades distintas que enfrentaram no momento inicial de implantação do PMC, como dúvidas de como implantar, divulgação insuficiente do PMC para a população por parte do MS, inadequação do PMC à realidade local e dificuldade de compreender a portaria:

a princípio, foi muito complicado porque foi um programa novo que ninguém conhecia, ninguém tinha muita informação, ninguém sabia como se desenvolvia o Programa Melhor em Casa, o que precisava ser feito, como a gente deveria estar atuando (Sujeito 2).

como a gente deveria estar trabalhando; o que a princípio me chamou atenção é que tudo era muito jogado; tinha a portaria, tinha cartilha do ministério, mas a gente não teve nenhum treinamento, não teve nada e o primeiro impacto foi de susto mesmo, de não saber como trabalhava, de não saber o que fazer (Sujeito 2).

Por outro lado, apontam o intercâmbio de experiências entre municípios como uma estratégia útil na resolução dos problemas encontrados e no fortalecimento do programa em cada município, como pode ser observado na fala a seguir:

aí, depois de algum tempo, outras cidades começaram e a gente começou a trocar ideias sobre o que poderia ser feito, e tentamos adaptar tudo que a gente tinha a nossa realidade e aí o problema começou a melhorar (Sujeito 2).

A **classe 4 (referência e contrareferência do paciente em AD)** possui 21 u.c.e., representando 21% do total. Trata dos fluxos assistenciais estabelecidos entre o SAD e os demais pontos de atenção que compõem a rede.

Nessa classe, pôde-se perceber que os SAD estabelecem relações assistenciais com os outros pontos de atenção, por meio de referência e contrareferência, com diferentes graus de maturidade, que podem estar formalizadas e serem realizadas por meio de instrumentos bem definidos, basearem-se em fluxos estabelecidos de forma verbal e sem fazer uso de

instrumentos específicos, ou mesmo adotarem um formato misto, no qual já se adotam instrumentos pactuados na rede, mas prevalecem acordos verbais:

hoje qualquer serviço da rede que referencia, a gente tem uma ficha baseada nas instruções do próprio Ministério da Saúde, a gente faz uma ficha. Esses pacientes são referenciados, a gente já começa o diálogo com a rede na admissão desse paciente, na avaliação desse paciente, então eles mandam para a gente uma ficha por escrito (Sujeito 3).

é mais por acordos verbais com a secretaria e com os coordenadores que estão a frente de cada serviço. E os encaminhamentos a gente trabalha com a mesma ficha que aqui é padrão para a referência e contrareferência da estratégia (saúde da família) (Sujeito 2).

Além das questões relacionadas diretamente ao fluxo de referência e contrareferência, e seus graus de estruturação, essa classe trouxe um aspecto interessante sobre o papel do SAD no contato entre os pontos de atenção no sentido de garantir que não existam lacunas:

tem que ligar, tem que escrever, tem que ligar de novo para saber o que aconteceu, porque, assim, os outros serviços eles não dão feedback se a gente não caminhar junto com os pacientes nessa rede (Sujeito 3).

mas assim, a gente tem conseguido um bom resultado, mas muito por conta desse caminhar junto da equipe do Programa Melhor em Casa com o paciente e com o cuidador, mas a contrareferência dificilmente, formalmente (Sujeito 3).

Discussão

O conteúdo das entrevistas revelou que a articulação com os demais pontos de atenção é uma característica intrínseca à AD, e pode ser constatada tanto nas Classes 1 (**relação do PMC com os pontos de atenção**) e 7 (**a coordenação do cuidado do usuário em AD**), do Eixo 1; quanto na Classe 4 (**referência e contrareferência do paciente em AD**), do Eixo 2.

Verificou-se, também, que essa articulação se dá, principalmente, com três tipos de serviços: os hospitais; as unidades básicas de saúde; e, os serviços de urgência e emergência (unidades de pronto atendimento e Serviço

de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU). Pode-se acrescentar a esta tríade, a partir das falas dos coordenadores, o contato estreito do SAD com os cuidadores e os familiares dos usuários em AD.

A respeito disso, observou-se que essas equipes também têm atuado de forma menos normatizada, de modo a constituir redes vivas na produção de cuidado, apesar dos esforços para sistematizar e institucionalizar os fluxos assistenciais entre os pontos de atenção. As Redes Vivas podem ser entendidas a partir da imagem da rede digital, na qual podem emergir de qualquer ponto, como um hipertexto, em contraposição à rede analógica, que seria a rede institucionalizada, organizada de forma hierárquica. Esta pode funcionar como um gatilho, mas será atravessada por outras redes de caráter não analógico (MERHY, 2013).

A AD pode ter distintas formas de inserção na rede de atenção, que vão desde a extensão da cobertura, a desospitalização (ou evitabilidade da internação hospitalar) ou como opção assistencial às urgências ou outras condições de saúde (SEIXAS et al., 2014). A articulação da AD com os serviços de urgência e emergência tem se dado mesmo antes do lançamento do PMC, com uma expansão importante de SAD vinculados às UPA, constituindo-se numa alternativa para a assistência a usuários que têm seu quadro clínico agudizado, mas podem ter a internação hospitalar evitada por meio da AD (SILVA et al., 2010).

Em estudo realizado no município de Cascavel – PR (BRASIL, 2014), apesar de cerca de 60% dos usuários do SAD serem oriundos de hospitais e da UPA, há um entendimento de que a captação de usuários nesse tipo de serviço pode ser maior, processo denominado nesse local como “desupalização” (GRIFO NOSSO). Além disso, destaca-se o apoio à desospitalização e à AB. Dessa forma, desponta como um dispositivo potente para a efetivação de práticas cuidadoras centradas nas necessidades de saúde dos usuários, na perspectiva das redes de atenção (OLIVEIRA; DIAS, 2014).

Apesar do reconhecido papel da AB como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (LAVRAS, 2011; OMS, 2010; ALMEIDA et al., 2012),

foi constatado, na fala dos coordenadores dos SAD, que as equipes de AD também desempenham essa função (coordenação do cuidado), quando se trata dos usuários sob seus cuidados ou que possuem condições de ingressar na AD. Isso pode ser observado no movimento dos SAD em provocar encontros com os demais pontos de atenção, fazer visitas conjuntas com a AB aos usuários em AD, conversar com as famílias/cuidadores, e, discutir a alta dos usuários e seu ingresso na AD com as equipes hospitalares e das unidades de pronto atendimento.

Gerir o cuidado é garantir tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando o bem-estar, a segurança e a autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado possui diversas dimensões complementares e que não guardam relação hierárquica entre si: a dimensão profissional (momento de encontro trabalhador e usuário; espaço de grande potência criativa); a dimensão organizacional (interação da equipe; normas; protocolos); e, a dimensão sistêmica (diz respeito à interação dos serviços de uma rede de atenção, na qual um complementa o outro) (CECÍLIO, 2009). É possível afirmar que as entrevistas com os coordenadores de SAD revelaram, com mais clareza, o exercício das dimensões “organizacional” e “sistêmica”.

A coordenação entre os níveis assistenciais dizem respeito à sincronização de diversas ações e serviços de saúde para a realização de uma determinada intervenção em saúde, independente do local o sejam prestados (BOERMA, 2006). Dessa forma, traduzir-se-ia na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário, despontando como um atributo dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Segundo o MS, a AD é uma modalidade de atenção que deve ser desenvolvida com o intuito de garantir a continuidade do cuidado e deve estar integrada às redes de atenção à saúde, tendo um caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à AB (BRASIL, 2013).

Constatou-se, também, o papel da AD como alternativa à atenção hospitalar, num contexto de crise de leitos (escassez; baixa qualidade; alto custo). De acordo com o MS, o SAD é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Nesse sentido, a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência dos usuários internados, e a desinstitucionalização, são considerados objetivos da AD (BRASIL, 2013).

O sucesso das experiências de AD tem sido creditado a sua relação com a rede de atenção, sobretudo nos casos de desospitalização, ao prevenir reinternações frequentes (FOOTE; STANNERS, 2002). No Brasil, a AD desponta, principalmente, como estratégia para redução dos elevados custos da atenção hospitalar, por meio da desospitalização (SEIXAS, 2014; NETO; MALIK, 2007). Em diversas experiências brasileiras, a AD se caracteriza pelo caráter instrumental, na qual há uma perspectiva racionalizadora da utilização de recursos hospitalares ou de alto custo (MEHRY; FEUERWERKER, 2007).

Apesar de ter sido abordado o caráter substitutivo em relação à atenção hospitalar, não fica explícito na fala dos coordenadores a “tensão constitutiva” (GRIFO NOSSO) inscrita na AD, que, na verdade, determina seu potencial inovador. Essa tensão estaria localizada entre dois polos, coproduzidos mutuamente: o polo da medicalização e o da substituição. Isso quer dizer que a AD pode servir tanto a uma agenda de reprodução do modelo hegemônico de atenção, no qual a casa se transforma num hospital, provocando institucionalização; como pode desafiar esse modelo, potencializando a invenção de outros modos de produzir o cuidado em saúde (substitutividade) (NETO; MALIK, 2007).

Nas falas dos coordenadores de SAD, além das questões relacionadas à articulação da AD com a rede de atenção, ao seu papel na coordenação do cuidado e como alternativa à atenção hospitalar, surgiram outros aspectos que dizem respeito à normativa que trata da AD do SUS, e também ao processo de implantação do PMC nos municípios.

No que diz respeito aos avanços proporcionados pelo PMC, vale destacar o impacto positivo do custeio federal das equipes de AD, por meio do repasse

fundo a fundo (BRASIL, 2013). O financiamento da AD é um desafio para os países (SEIXAS, 2014), sendo que alguns destes que possuem sistemas universais de saúde têm desenvolvido estratégias para os desafios de sustentabilidade da AD, que incluem contenção de gastos com a redução da gama de serviços e benefícios aos usuários e cuidadores (WHO, 2008).

No que diz respeito à normativa federal (Portaria GM/MS nº 963 de 23 de maio de 2013), foi constatada uma fragilidade acerca do cuidado ao usuário com quadro complexo na AD, especialmente, aquele que depende de suporte ventilatório. Segundo o MS (BRASIL, 2013), a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua é critério de exclusão do usuário para cuidado no SAD, gerando insegurança nas equipes, uma vez que esse procedimento já é realizado por vários serviços.

Quando a primeira normativa da AD estava sendo elaborada em 2011, e que veio a ser substituída pela Portaria GM/MS nº 963, foi levantada a possibilidade de se incluir, como um dos critérios de inclusão dos usuários no SAD, a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva. No entanto, o tema foi discutido com muita cautela e decidiu-se não permitir naquele momento, uma vez que a capacidade de realizar esse tipo de cuidado era, e ainda é, muito distinta entre os municípios. Prever normativamente essa possibilidade sem uma cuidadosa discussão orçamentária/técnica/jurídica poderia significar um prejuízo, haja vista o crescente fenômeno da judicialização da saúde.

O local ideal para a ventilação mecânica contínua, de uso crônico, é o domicílio, por motivos que vão desde a redução de custos, o aumento na qualidade de vida e uma maior integração com a comunidade. Além disso, reduz a exposição a infecções hospitalares e libera os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para os usuários com quadros agudos. No caso de pacientes pediátricos, possibilita que a criança esteja perto dos pais e familiares, favorecendo um desenvolvimento normal e a manutenção/construção de vínculos (KING, 2012). Dessa forma, usuários com condições clínicas e socioeconômicas favoráveis podem ser indicados para receber ventilação mecânica domiciliar (VMD) (WIJKSTRA et al., 2003).

No Brasil, alguns SAD são orientados por procedimentos ou intervenções específicas, geralmente em situações agudas, mas também em situações mais prolongadas com o uso intensivo de tecnologias, como ventilação mecânica domiciliar, cuidados paliativos e nutrição enteral (SEIXAS, 2014).

Ainda no que diz respeito à normativa, a relação do SAD com a AB foi outra questão relevante. Foi apontada a dificuldade desses serviços em cuidar dos usuários em AD (modalidade AD1) devido à carência de infraestrutura e equipamentos, e também chamaram atenção para problemas relacionados à divisão de responsabilidades nesse cuidado.

De acordo com o governo federal, a AD deve ser estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a AB como ordenadora do cuidado e da ação territorial. Estabelece que as equipes de AD deverão se relacionar de forma especial com a AB, sendo reconhecida como um componente da rede que também é responsável pela realização de AD, denominando de modalidade AD1 a classificação dos usuários cujas características permitem que sejam cuidados pela AB (BRASIL, 2013).

Em experiências de AD, como a do município de Belo Horizonte - MG, foi observado que a relação do SAD com a atenção básica se configura como uma preocupação para as equipes de AD, que a articulação é problemática devido à impossibilidade das equipes de AB absorverem mais esta demanda (AD) por estarem sobrecarregadas. Apontam, também, a falta de profissionais em algumas UBS, a insuficiência de meios de transporte para as visitas domiciliares, e a falta de capacitação de alguns profissionais³. Noutro estudo, realizado nos municípios de Marília – SP, Santos – SP e Londrina – PR, foi apontada a necessidade de se ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a AB e os SAD (SILVA et al., 2005).

Em relação ao processo de implantação do PMC nos municípios, destacou-se o papel do(a) prefeito(a), como sujeito que precisava ser convencido dos benefícios e da viabilidade econômica do programa. Justamente por este motivo, o repasse de recurso federal aos municípios com o objetivo de implantar os SAD no âmbito do PMC (BRASIL, 2013) foi apontado

como um grande benefício, influenciando de forma decisiva no processo de adesão e implantação da AD. Em estudo realizado em um município brasileiro, observou-se que a decisão de implantar a AD no município, foi precedida da decisão político-institucional de assumi-la como estratégia de organização do modelo tecnoassistencial em saúde (SILVA et al., 2010).

Na fala dos coordenadores, chamou atenção a ausência de aspectos relacionados ao cuidado em si realizado no ambiente domiciliar, como a interação das equipes com os usuários e cuidadores/familiares, o papel da figura do cuidador na AD e o desafio de realizar alguns procedimentos ou utilizar equipamentos tipicamente hospitalares no ambiente domiciliar.

Os cuidadores são considerados a base dos SAD, desenvolvendo atividades como cuidados básicos de saúde, ajuda nas atividades de vida diária (AVD) e preparar refeições; mas a relação desses sujeitos com as equipes de AD é, normalmente, conflituosa (DELANEY; APOSTOLIDIS, 2010). Em alguns países o cuidado domiciliar é realizado, principalmente, por cuidadores informais (cônjuge, nora, filha, dentre outros), como é o caso da Itália, da Espanha e de Portugal. Já na Dinamarca, o cuidado domiciliar informal é menos comum, já que os municípios custeiam a assistência domiciliar menos especializada (SEIXAS et al., 2014).

No entanto, estudos mostram uma crescente preocupação mundial com a escassez de trabalhadores informais para a AD (cuidadores), como o Reino Unido e da Itália, que têm suprido parcialmente essa carência por meio de mão de obra imigrante do Leste Europeu e da Albânia, respectivamente (STONE, 2008). No Canadá, existem políticas que incentivam a imigração de modo a aumentar a disponibilidade de cuidadores estrangeiros com segundo grau completo e seis meses de treinamento ou um ano de experiência na área (CANADÁ, 2012). Em países como a Itália, Grécia e Áustria, os familiares que se tornam cuidadores recebem apoio financeiro do Estado, como uma forma de compensação pelo trabalho e pelas oportunidades de vida perdidas (SEIXAS et al., 2014).

No Brasil, no âmbito do PMC, a presença do cuidador é critério de inclusão nos SAD (BRASIL, 2013) e desempenham papel importante nos cuidados dispensados no domicílio em diversos SAD, como Cascavel – PR, Angra dos Reis – RJ, Embu das Artes – SP e Brasília – DF (BRASIL, 2014). Em 2011, o MS publicou portaria interministerial, com o Ministério das Minas e Energias, que beneficia, por meio do benefício Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE, famílias que tenham entre os seus membros portador de doença ou com deficiência cujo tratamento necessite de uso continuado de equipamentos, aparelhos ou instrumentos que demandem consumo de energia elétrica e estejam cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico (BRASIL, 2011).

Considerações Finais

Verificou-se que a AD tem despontado como um potente dispositivo de articulação em rede e coordenação do cuidado, apesar destes atributos não estarem se desenvolvendo de forma homogênea em todos os municípios. Mesmo assim, destaca-se que a AD, por meio do PMC, vem sendo fortalecida e desempenhando um papel importante, sobretudo no que se refere ao caráter substitutivo e/ou complementar à atenção hospitalar e à rede de urgência e emergência, possibilitando que internações sejam evitadas ao captar os usuários nos serviços como as UPA ou mesmo nas portas de entradas de grandes hospitais; e favorecendo a alta hospitalar precoce, com a disponibilização dos leitos para usuários que dependem desse recurso.

Apesar dos avanços da AD no SUS e de sua potência em produzir formas de cuidar criativas e usuários-centradas, é pertinente apontar o risco de que a expansão de cobertura pela qual vem passando pode significar ampliação da institucionalização e da medicalização, isto é, a reprodução do modelo hegemônico de atenção (centrado no saber médico e em equipamentos; mecanicista; biologicista), na qual há uma “hospitalização” do ambiente domiciliar.

Verificou-se, ainda, que a responsabilização da AB pelos usuários em AD ainda é um desafio. Nesse sentido, o apoio às equipes de AB (matriciamento;

apoio logístico; insumos; equipamentos) é fundamental para que possam, cada vez mais, cuidar dos usuários em AD de forma qualificada e resolutive. Além disso, este estudo revelou que a definição de papéis entre os SAD e a AB no cuidado dos usuários em AD ainda é uma questão que merece atenção dos gestores de saúde, das equipes e da própria academia. A indução de espaços compartilhados de gestão de casos, gestão de protocolos e fluxos assistenciais, na perspectiva da educação permanente, pode ser uma estratégia potente para fortalecer essa articulação e alcançar uma melhor definição de papéis.

Constatou-se, também, que a normativa possui fragilidades, destacando-se o fato de não contemplar os usuários dependentes de ventilação mecânica invasiva, apesar desse tipo de cuidado já ser rotina em diversos SAD, inclusive naqueles ligados ao PMC.

Os resultados desse estudo revelaram ser patente a necessidade de revisão da normativa com o objetivo de adequá-la à realidade, a partir de uma cuidadosa discussão que englobe serviços com experiência, especialistas, sociedades científicas, gestores, associação de usuários e, inclusive, o judiciário.

Apesar de se ter considerado os coordenadores dos SAD como sujeitos sociais estratégicos para atingir os objetivos dessa pesquisa, o entendimento mais completo sobre a implantação do PMC implica na inclusão das equipes e usuários/familiares. Por exemplo, buscar compreender como as famílias estão lidando com a necessidade de cuidador e seu impacto na dinâmica familiar. Como têm lidado com a incorporação de gastos antes assumidos pelo Estado, como a energia elétrica consumida com o uso de equipamentos. Dessa forma, pode-se considerar esta questão uma limitação desse estudo, que pode ser superada com outras pesquisas no futuro.

Referências

1. Silva Junior AG. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no Campo da Saúde Coletiva*. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

2. Seixas CT, Souza CG, Silva KL, Sena RR. *Experiências de Atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro*. In: 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. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9).
3. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.
4. World Health Organization (WHO). *Home care in Europe: the solid facts*. Copenhagen, CPH; 2008.
5. Carvalho, LC. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar* [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.
6. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; v. 10, p. 231-42, Suplemento 1.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 145.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.
9. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; n. 51, p. 58-71.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. *Instrumento de Monitoramento do Programa Melhor em Casa*. Brasília; 2015.

11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 ago. 2011. Seção 1, p. 91.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1, p. 44.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Seção 1, p.30.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.
15. Camargo BV. *ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais*. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João pessoa: Editora Universitária, 2005. P. 511 – 539.
16. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp2):70-76.
17. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde Soc*. São Paulo, v.24, n.4, p.000-000, 2015.
18. Brasil. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012.
19. Merhy EE. Conferência sobre Redes: Uma conversa sobre a produção das existências [vídeo]. 2013. Disponível em:

- <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2013/11/emerson-elias-merhy-encontro-regional.html>>. Acesso em: fevereiro 2016.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *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. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9).
 21. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo 2011, v.20, n.4, p.867-874.
 22. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca*: OMS; 2010.
 23. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro 2012, v. 36, n. 94, p. 375-391.
 24. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu 2009, v. 13, p. 545-55 (supl.1).
 25. Boerma WG. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WG, editors. *Primary care in the driver's seat?*
 26. Foote C, Stanners C. (Ed). *Integrating care for older people: new care for old: a systems approach*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.
 27. Neto GV, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2007, v. 12, n. 4, p. 825-839.
 28. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. 2007. Disponível em:

- http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencao_domiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 09 fev 2016.
29. King AC. Long-term home mechanical ventilation in the United States. *Respir Care* 2012; 57(6): 921–930. 2012
30. Wijkstra PJ, Avendaño MA, Goldstein RS. Inpatient chronic assisted ventilatory care: a 15-year experience. *Chest* 2003;124:850-6.
31. Silva KL, Sena RR, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2005; 39(3):391-7.
32. Delaney C; Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, [s.l.], v. 25, n. 5, p. e27-40, 2010.
33. Stone R. Long-term care workforce shortages: impact on families. in: *The Solid Facts: home care in Europe*. Milan: WHO Regional Office for Europe, 2008.
34. Canadá. Live-in caregivers, 2012. disponível em: www.cic.gc.ca/english/work/caregiver/index.asp>. Acesso em: 13 fev. 2016.
35. 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. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9).
36. Brasil. Ministério de Minas e Energia. Gabinete do Ministro. Portaria nº 630, de 08 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 09 de nov. 2011. Seção 1, p. 36.