

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Kassiane Flori do Nascimento

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM
MODELO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA PARA OS
MUNICÍPIOS GAÚCHOS.**

Sapucaia do Sul, RS
2022

Kassiane Flori do Nascimento

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM
MODELO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA PARA OS
MUNICÍPIOS GAÚCHOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Gestão Pública Municipal (EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador (a): Eliete dos Reis Lehnhart

Sapucaia do Sul, RS
2022

Kassiane Flori do Nascimento

**ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM
MODELO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA PARA OS
MUNICÍPIOS GAÚCHOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Gestão Pública Municipal (EaD, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para a obtenção de título de **Especialista em Gestão Pública Municipal.**

Aprovado em 27 de agosto de 2022

Eliete dos Reis Lehnhart
Presidente/Orientador

Vânia Medianeira Flores Costa

Talita Gonçalves Posser

Sapucaia do Sul, RS
2022

ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM MODELO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA PARA OS MUNICÍPIOS GAÚCHOS

HOME CARE IN SCOPE OF THE HEALTH SYSTEM: A MODEL FOR IMPLEMENTING THE BETTER AT HOME PROGRAM FOR MUNICIPALITIES OF RIO GRANDE DO SUL

RESUMO

Este artigo aborda a política de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Programa Melhor em Casa, criado pelo Ministério da Saúde, que incentiva a adesão facultativa pelos estados ou municípios. O objetivo do estudo foi desenvolver um modelo para implementação do Programa Melhor em Casa em municípios gaúchos a partir da experiência de Porto Alegre/RS. Trata-se de uma pesquisa guiada pelo método da Design Science Research, que constituiu um processo rigoroso e fundamentado para desenvolvimento e validação do modelo. Os resultados foram apresentados em dois grandes blocos: os serviços de atenção domiciliar no município de Porto Alegre, e um modelo de implementação do Programa Melhor em Casa como ferramenta de gestão, que elaborou um fluxograma com o passo a passo que poderá apoiar a condução do processo de implantação de um serviço de atenção domiciliar nos municípios gaúchos pelos gestores locais. Ainda, faz-se necessária a consolidação e expansão da Atenção Domiciliar com base na aproximação da teoria com a prática.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar; Saúde Pública; Administração em Saúde Pública.

ABSTRACT

This article discusses the Home Care Policy in the Brazilian Unified Health System (SUS) through the “Better at Home Program”, created by the Ministry of Health, which encourages optional adherence by states or municipalities. An implementation model for municipalities in Rio Grande do Sul was proposed based on the experience of Porto Alegre/RS. This is a research guided by Design Science Research, which constituted a rigorous and well-founded process for the development and validation of the model. The results were presented in two large blocks: home care services in the city of Porto Alegre, and a model for implementing the “Better at Home Program” as a management tool. The research elaborated a flowchart with the step by step that can support the conduction of the process of implantation of a home care service in the municipalities of Rio Grande do Sul by the local managers. Still, it is necessary to consolidate and expand Home Care based on the approximation of theory and practice.

Keywords: Home Care Services; Public Health; Public Health Administration.

1 Introdução

No Brasil, os Serviços de Atenção Domiciliar (AD) tiveram seus primeiros indícios na década de 1940, intensificados a partir da década de 1990, regulamentados em 2011 como política pública, com o objetivo de incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). As experiências municipais se iniciaram nas décadas de 1990 e 2000, com a concepção da AD como uma modalidade que deve estar articulada em rede, organizada através de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), compostos por equipes cujo público-alvo são pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais

oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (VERDI, 2019, p. 72).

Somente no ano de 2011 o Ministério da Saúde (MS) regulamentou a atenção domiciliar como política pública e lançou o Programa Melhor em Casa (PMC): a segurança do hospital no conforto do seu lar, incluindo a AD como componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a) e caracterizando-a como “um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016, p. 33).

O PMC tem entre seus objetivos diminuir a demanda por atendimento hospitalar, promover a desospitalização de pacientes estáveis, aumentar a rotatividade de leitos, humanizar a atenção à saúde e otimizar recursos financeiros e estruturais da rede de saúde (CONTE e MARTINS, 2019). Apesar do programa pertencer ao Ministério da Saúde, as prefeituras e os estados brasileiros são os responsáveis facultativamente em realizar a adesão, implantação e habilitação das equipes para atendimento domiciliar em seus próprios municípios, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (1990), que estabelece no “âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar” (BRASIL, 1990, p. 1).

Em 2021, foi alcançada a adesão de 700 municípios brasileiros, com atendimento de mais de 500 mil brasileiros e 28,9 milhões de procedimentos a nível domiciliar (PEREIRA, 2021). Destes 700 municípios brasileiros, apenas 35 municípios gaúchos realizaram adesão e possuem equipes habilitadas no PMC, totalizando: 42 Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 1; 12 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 2¹ e 13 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (CNES, 2022).

Segundo Pessoa (2017), o estado do Rio Grande do Sul (RS) tem extensão territorial de 281.730,2 km², ocupando mais de 3% do território brasileiro, sendo o nono maior estado brasileiro, dividido em 497 municípios, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Justifica-se esta pesquisa, já que é pouco representativo o número de municípios gaúchos que contam com o Melhor em Casa (cerca de 7%). A capital do estado, Porto Alegre, possui muita experiência com o atendimento domiciliar prestado pelo SUS, realizado de forma pioneira desde 2004, inclusive com reconhecimento por parte do Ministério da Saúde, que a considerou entre as oito melhores cidades do país no que tange a *expertise* relacionada ao PMC, ainda a designou para treinar outros 25 municípios no processo de desospitalização de pacientes complexos (ARAÚJO, 2019).

Com base no exposto, o estudo tem por objetivo desenvolver um modelo para implementação do Programa Melhor em Casa em municípios gaúchos a partir da experiência de Porto Alegre/RS. Para tanto, foi utilizado como método de pesquisa a Design Science Research (DSR), que se constitui um processo rigoroso e fundamentado de projetar artefatos, ou, ainda, uma prescrição para resolver problemas, avaliar o que foi projetado ou o que está funcionando, e comunicar os resultados obtidos (DRESCH, 2013). O método escolhido constitui-se em nove etapas para projeção do que foi desenvolvido na espécie de fluxograma.

Este estudo, além da introdução, apresenta um referencial teórico sobre a linha de cuidado proposta pela AD e ainda sobre a adesão ao PMC e seus incentivos; nas seções seguintes detalha o método da pesquisa e apresenta os resultados e discussão em dois grandes blocos: os serviços de atenção domiciliar no município de Porto Alegre; e um modelo de

¹ As EMAD tipo 1 habilitadas deverão ser compostas por profissionais médicos e enfermeiros com somatório da carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 horas de trabalho por equipe. Já nas EMAD tipo 2, os médicos deverão ter CHS de, no mínimo, 20 horas de trabalho e os enfermeiros com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho. As demais categorias profissionais não possuem modificação de CHS: fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho; profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 horas de trabalho (BRASIL, 2016).

implementação do Programa Melhor em Casa como ferramenta de gestão. Por fim, estabelece as considerações finais com o alcance do objetivo e as limitações do presente estudo.

2 Referencial teórico

A sociedade contemporânea teve mudanças drásticas causadas pela transição epidemiológica e demográfica, sobretudo com o envelhecimento da população, que exigiu a reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo a atender as necessidades de saúde resultantes desse cenário e garantir o direito à saúde de forma resolutiva (BRASIL, 2012). Como forma de enfrentamento, a AD tornou-se estratégia para manutenção do cuidado no domicílio e auxiliar na redução dos gastos públicos com foco principal na desospitalização de pacientes estáveis.

2.1 A linha de cuidado proposta pela atenção domiciliar

Em 1949, surgiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, que é considerado a primeira experiência oficial de atendimento domiciliar brasileira construída e administrada como um serviço. Todavia, no setor público identifica-se a atenção domiciliar de forma planejada a partir do Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que operava desde 1963, conforme os registros (REHEM e TRAD apud VERDI, 2019).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) trata a AD como forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente por um conjunto de ações com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. A organização de serviços de saúde na perspectiva das RAS, incluindo a atenção domiciliar como importante estratégia, ocorre de forma gradual e com a implementação de alguns dispositivos que auxiliam a operacionalizar esta forma de serviço (BRASIL, 2012).

A AD teve sua importância impulsionada com a publicação da Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b), e com o lançamento do Programa Melhor em Casa. Esta portaria propõe que o atendimento domiciliar seja realizado pela atenção básica (AB) e por serviços específicos de AD conforme a complexidade de cuidado aos usuários (BRASIL, 2016). Na sequência, foi produzida uma minuta de portaria regulamentando a AD e criando os serviços de atenção domiciliar (SAD), além de outros documentos orientadores. O texto buscava incentivar os municípios, principalmente por meio de aporte técnico e financeiro, a realizarem a adesão ao programa federal e implantarem os SAD, ou seja, definiu normativas ou diretrizes para a execução local e considerou, em seus objetivos, tanto aspectos de otimização de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto de qualificação e humanização da atenção à saúde (VERDI e PIRES, 2022).

Castro e outros (2018) afirmam que a implantação dos SAD se tornou um desafio tanto para os gestores e coordenadores de SAD como para os profissionais, que investem esforços no sentido de identificar e analisar as condições de saúde que subsidiam e qualificam as decisões e as ações de gestão ou assistenciais, a fim de que sejam resolutivas. Desafio pela necessidade de manter integradas as ações da gestão às assistenciais, haja vista a complexidade do cuidado a ser ofertado pela AD, com o deslocamento do cenário assistencial para o domicílio, antes focado nas instituições de saúde convencionais.

2.2 A adesão ao Programa Melhor em Casa e seus incentivos

O PMC, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, institui diretrizes para a organização da atenção domiciliar e a define como uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por 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, 2011a). Desde a criação do programa, provocou-se a mobilização dos gestores na decisão político-institucional de se implantar a AD em seus municípios motivados “pela alternativa para a reorganização do modelo tecnoassistencial, tornando esse tipo de serviço um espaço para gerir novas maneiras de cuidar” (CASTRO *et al.*, 2018, p. 2).

Cabe salientar que o estado do Rio Grande do Sul possui apenas 35 municípios que realizaram a adesão e possuem equipes habilitadas no PMC, totalizando: 42 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 1; 12 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 2; e 13 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1 – Municípios gaúchos com equipes habilitadas no Programa Melhor em Casa

Nº	Municípios	EMAD 1	EMAD 2	EMAP
1	Bagé	1	-	-
2	Bento Gonçalves	1	-	1
3	Campo Bom	1	-	-
4	Canela	1	-	-
5	Canoas	3	-	1
6	Capão da Canoa	1	-	-
7	Capão do Leão	-	1	-
8	Caxias do Sul	1	-	-
9	Charqueadas	-	1	-
10	Dom Pedrito	-	1	-
11	Espumoso	-	1	-
12	Estância Velha	1	-	1
13	Esteio	1	-	-
14	Farroupilha	1	-	-
15	Guaporé	-	1	1
16	Imbé	-	1	-
17	Montenegro	1	-	1
18	Nova Santa Rita	-	1	-
19	Novo Hamburgo	2	-	1

Nº	Municípios	EMAD 1	EMAD 2	EMAP
20	Parobé	1	-	-
21	Pelotas	3	-	1
22	Pinheiro Machado	-	1	-
23	Porto Alegre	15	-	3
24	Rio Pardo	-	1	-
25	Santa Cruz do Sul	1	-	1
26	Santa Rosa	1	-	-
27	Santa Vitória do Palmar	-	1	-
28	São Borja	1		-
29	São José do Norte	-	1	-
30	São Leopoldo	1	-	-
31	São Sebastião do Caí	-	1	-
32	Sapucaia do Sul	1	-	-
33	Tramandaí	1	-	-
34	Venâncio Aires	1	-	1
35	Viamão	1	-	1
Total		42	12	13

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DataSUS. Disponível com acesso restrito em: https://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Consultado em: 7 jul. 2022 (Tabela adaptada pela autora).

A proposta adotada pelo programa contempla a atuação de dois tipos de equipes: a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), que ainda pode ser dividida em EMAD tipo 1 ou EMAD tipo 2, conforme disposição da jornada de trabalho dos profissionais e ainda há a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). A primeira sendo a equipe básica e obrigatória do programa, principal responsável pelas admissões, composta, obrigatoriamente, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais ou fisioterapeutas. A segunda é uma equipe de apoio, optativa e opera com menor financiamento, podendo ser escolhida três entre as oito categorias profissionais, de acordo com a necessidade avaliada pelo gestor: fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, dentista, farmacêutico e nutricionista. A solicitação para a adesão ao programa é feita pelo gestor local, que pode ser o secretário de saúde do município ou do estado (DIAS, 2021).

Na fase de habilitação das equipes do Melhor em Casa que vão integrar o SAD, o gestor municipal ou estadual deve acessar o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (Saips) e preencher um formulário específico, onde constam requisitos e comprovantes necessários a serem avaliados pela área técnica do Ministério da Saúde (MS). Após aprovada a habilitação, a documentação segue para o setor orçamentário, onde a portaria é redigida e publicada no Diário Oficial da União. A partir disso, as equipes recebem um custeio mensal, provindo de um fundo de recurso, para subsidiar o pagamento de salários, a

aquisição de medicamentos especiais e outras necessidades. O custeio visa alguns critérios, como o número de habitantes do município e a carga horária de cada profissional das equipes (BRASIL, 2012). As EMADs tipo 1, credenciadas com uma jornada de trabalho maior, recebem um repasse mensal em torno de R\$ 50 mil; nos municípios com até 40 mil habitantes atuam equipes com jornadas de trabalho menores, as EMADs tipo 2, e o valor chega a R\$ 34 mil; já as EMAP recebem R\$ 6 mil cada (DIAS, 2021).

No Caderno de Atenção Domiciliar de 2012 foi disponibilizado um *checklist* que busca orientar as equipes na implantação do serviço. Alguns pontos essenciais que devem ser pensados para o início do funcionamento do programa é a comunicação com a população, com os Conselhos de Saúde e demais equipamentos públicos, como Secretarias de Desenvolvimento Social e Promotoria Pública, para que todos os atores, para além da saúde, possam compreender o papel deste novo ponto de cuidado da rede e para que novas parcerias possam ocorrer.

3 Método de pesquisa

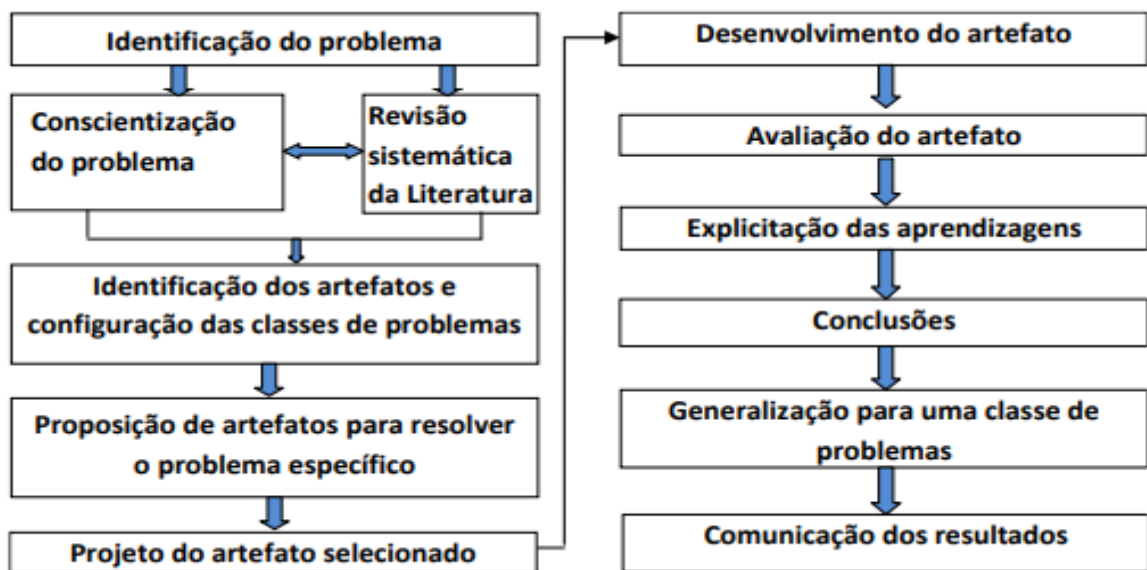
A Design Science Research (DSR) foi o método que fundamentou e conduziu a presente pesquisa, utilizada tanto no âmbito acadêmico quanto dentro das organizações (DRESCH, 2013). É um conjunto de técnicas analíticas que permitem o desenvolvimento de pesquisas nas mais diversas áreas, como no campo da saúde e de gestão. Este método consiste em buscar a identificação e a conscientização do problema, após construir e avaliar uma prescrição ou artefato que permita transformar situações, reduzindo o distanciamento entre teoria e prática nas pesquisas que é utilizada (DRESCH *et al.*, 2015).

De acordo com Dresch (2013), os artefatos construídos através da Design Science Research são classificados em constructos, modelos, métodos, instanciações, podendo resultar ainda em um aprimoramento de teorias. A pesquisa considerou os critérios fundamentais da DSR (HEVNER apud LACERDA *et al.*, 2013) para a construção do modelo e validação deste.

O desenvolvimento do artefato foi construído na forma de um modelo para implementação do Programa Melhor em Casa nos municípios gaúchos, a partir da experiência de Porto Alegre. O desenvolvimento corresponde ao processo de constituição do artefato em si, é nesse momento que se constrói o ambiente interno do artefato, após os objetivos e o ambiente externo serem caracterizados na etapa de conscientização do problema (LACERDA *et al.*, 2013). O estudo corresponde ao período entre abril e julho de 2022 e obteve-se como coleta de dados entrevistas semiestruturadas com dois gestores dos serviços de saúde do PMC em Porto Alegre; análise documental dos indicadores do PMC em Porto Alegre; e consulta ao Manual Instrutivo do Melhor em Casa produzido pelo Ministério da Saúde em 2011.

Optou-se por omitir os nomes dos serviços de saúde de Porto Alegre e dos(as) entrevistados(as), visando atender aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e evitar constrangimentos aos(as) entrevistados(as) por abordarem temas sensíveis à gestão local e federal. Cabe ainda ressaltar que foram respeitados todos os aspectos éticos na condução da pesquisa previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). Com vistas a explicitar as etapas ao longo da pesquisa norteada pelos pressupostos da DSR, segue o caminho metodológico percorrido, na Figura 1:

Figura 1 – Etapas do método da pesquisa fundamentado pela Design Science Research



Fonte: Lisboa e outros (2019) baseado em Dresch e outros (2015).

3.1 Identificação e conscientização do problema

A identificação com a temática escolhida ocorreu em razão da atuação da pesquisadora, em uma equipe multidisciplinar de apoio de Atenção Domiciliar de um serviço de saúde do município de Porto Alegre. O município, desde 2004, antes mesmo do lançamento do Programa Melhor em Casa pelo Ministério da Saúde em 2011, já possuía o atendimento domiciliar via SUS para uma parcela da população da zona norte da cidade. A experiência da cidade embasou, assim como outros serviços de referência do país, a construção do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e após 10 anos de lançamento do programa, Porto Alegre teve um importante avanço na prestação dos serviços, alcançando o percentual de 100% do seu território.

3.2 Revisão sistemática da literatura

Nesta etapa, efetuou-se uma busca nas plataformas de dados acadêmicos (Scielo, Portal da Capes e Google Acadêmico), com vistas a conhecer os procedimentos realizados na implementação e organização do Programa Melhor em Casa, de modo que este conhecimento orientasse a construção do artefato (modelo). A revisão mostrou escassos estudos sobre o tema específico, com as pesquisas encontradas identificando abordagens consideravelmente maiores sobre a assistência prestada aos pacientes atendidos pelo programa ou relacionados à prática profissional. Foram encontradas apenas sete pesquisas relacionadas com o tema de gestão do Programa Melhor em Casa em nível federal e/ou municipal, publicadas entre 2016 e 2022, e dentre estas, apenas uma tratou especificamente sobre a implementação, adesão e organização, mas sem proposições práticas de resolução dos problemas identificados. Desta forma, a presente pesquisa revelou-se pioneira.

3.3 Identificação do artefato e configuração da classe de problemas

O artefato enquanto modelo “apoia os investigadores para o melhor entendimento dos problemas. Isso ocorre porque os modelos são representações simplificadas da realidade, que permitem uma compreensão do ambiente que está sendo estudado” (DRESCH, 2013, p. 55). Um modelo de implementação pode ter como objeto um programa, organização, atividades ou

processos, a depender do produto e dos resultados que pretendem ser alcançados (LISBOA *et al.*, 2019). Destaca-se, ainda, que o artefato (modelo) tem potencial de atender várias cidades, considerando as diversidades locais.

3.4 Proposição de artefatos para resolver o problema específico

Considerando a experiência de Porto Alegre, reconhecida pelo Ministério da Saúde, e a relação da autora com o contexto da pesquisa, tornou-se viável a proposição do artefato por meio de entrevistas com atores-chaves, que ocupam cargos de coordenação nos serviços de atenção domiciliar do município e outros dados disponibilizados pelos serviços ou por bancos de informações públicas, a fim de possibilitar a construção de um fluxograma que imprima a realidade simplificada aplicável a qualquer município gaúcho, considerando flexibilizações. Cabe ressaltar que o Manual Instrutivo do Ministério da Saúde, produzido em 2011, também foi fundamental para a proposição do modelo de implementação construído, já que o manual se encontra desatualizado e com limites nos aspectos práticos.

3.5 Projeto do artefato selecionado

O modelo proposto por esta pesquisa para a implementação do Programa Melhor em Casa em municípios gaúchos é composto de cinco fases: levantamento estratégico; planejamento operacional; coleta de dados; mediação de resultados e definição do fluxograma. Cada fase demandou atividades específicas, conforme apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Fases para construção do artefato (modelo de implementação do PMC)

FASES	OBJETIVOS	ATIVIDADES	CRONOGRAMA
1ª Fase	Levantamento Estratégico	- Pesquisa DataSUS do percentual dos municípios gaúchos com PMC - Análise da trajetória da AD no SUS em Porto Alegre	Abril/2022 a Junho/2022
2ª Fase	Planejamento Operacional	- Elaboração de roteiro para entrevistas - Agendamento de entrevistas com gestores - Solicitação de consulta de indicadores do PMC em Porto Alegre	Mai/2022 a Julho/2022
3ª Fase	Coleta de Dados	- Entrevistas semiestruturadas com gestores - Consulta dos indicadores do PMC em Porto Alegre - Revisão do manual do Ministério da Saúde	Junho/2022 a Julho/2022
4ª Fase	Mediação de Resultados	- Análise de conteúdo das entrevista e criação de categorias - Comparação dos indicadores com os parâmetros do Ministério da Saúde - Revisão bibliográfica de pesquisas da área e orientações técnicas do Ministério da Saúde	Julho/2022
5ª Fase	Definição do Artefato	- Transcrição dos resultados obtidos na espécie de um fluxograma	Julho/2022

Fonte: Elaborado pela autora.

3.5 Desenvolvimento do artefato

O fluxograma é uma metodologia de mapeamento de processos entre as mais utilizadas, em que se representam sequências de atividades ou passos, em uma ordem

cronológica de ocorrências, e se desenha de forma padrão cada uma dessas etapas (BARNES apud SOUZA, 2014). Fazer uma representação gráfica dos processos possibilita sua análise e posterior melhoria de desempenho. Portanto, para o desenvolvimento do artefato foi exigido o mapeamento das tarefas, agrupamento das tarefas e por fim a elaboração do fluxograma.

O mapeamento das tarefas foi o momento de revisar as orientações técnicas disponíveis no site oficial do Ministério da Saúde, referente a adesão do Melhor em Casa (atualizadas em julho de 2021), analisar os tópicos principais das entrevistas com os gestores dos serviços de saúde de Porto Alegre e comparar com o Manual Instrutivo do Melhor em Casa, de 2011. Com base na análise de conteúdo das entrevistas, identificou-se as seguintes tarefas essenciais: diagnóstico territorial do município; elaboração do projeto para criação do SAD; captação de parceiros. Com base na revisão das orientações técnicas atualizadas pelo Ministério da Saúde, verificou-se que o Manual Instrutivo do Melhor em Casa (2011) se encontra desatualizado e com limites perante os aspectos práticos.

Ainda na fase de mapeamento, foi identificado que em 2022 o processo de adesão, habilitação e repasse de recursos está totalmente informatizado pelo Sistema de Apoio à Implantação de Políticas Públicas (SAIPS), processo esse que em 2011 ainda era manual e mais burocrático, portanto, algumas das etapas estabelecidas pelo Manual Instrutivo de 2011 não podem mais ser sustentadas. Portanto, foram adaptadas pela pesquisadora outras tarefas principais, identificadas como submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver, no caso de agrupamento de municípios; realizar a solicitação de custeio das equipes pelo SAIPS; aguardar aprovação do Ministério da Saúde para habilitação das equipes e início dos repasses; organizar a contratação de profissionais e adequar a infraestrutura; iniciar a admissão de pacientes.

O agrupamento das tarefas mapeadas foi realizado na ordem cronológica de ocorrências para simulação do processo. Um estudo afirma que “os fluxogramas não permitem representar todas as características de um processo, mas sua notação possibilita um maior entendimento do processo pelos colaboradores da organização” (DRESCH, 2013). Por fim, o fluxograma foi elaborado pela pesquisadora e apresentado na seção de resultados e discussão do presente artigo.

3.6 Avaliação do artefato

Para fase de avaliação foi escolhido o método descritivo, validado pela Design Science Research, que visa demonstrar a utilidade do artefato desenvolvido. De acordo com Dresch (2013, p. 137), “para evidenciar sua utilidade, o pesquisador poderá fazer uso de argumentos existentes na literatura, ou ainda, poderá construir cenários para procurar demonstrar a utilidade do artefato em diferentes contextos.”

Verdi e Pires (2022) apontam três cenários de implementação a partir de critérios construídos com base no levantamento bibliográfico, considerado também o porte populacional do município, densidade e o grau de complexidade da demanda para o serviço, bem como maior ou menor orçamento. Por meio deste estudo recente, foram pesquisados seis municípios com diversidades locais e tratados como municípios de pequeno porte (com até 99.999 habitantes) ou grande porte (com 100 mil habitantes ou mais) e ainda divididos nas seguintes categorias, conforme pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 – Composição de amostra extraída da literatura

Municípios	CENÁRIO 1 Possuíam SAD e participaram na formulação da normativa federal	CENÁRIO 2 Possuíam SAD e não participaram na formulação	CENÁRIO 3 Instituíram serviços somente após a normativa federal
Grande porte	1 município da região sul do país	1 município da região norte do país 1 município da região sudeste do país	1 município da região sudeste
Pequeno porte	Não houve município do perfil pesquisados	1 município da região sudeste do país	1 município da região nordeste

Fonte: Adaptado de Verdi e Pires (2022, p. 179).

Verdi e Pires (2022) obtiveram como principais resultados, no que tange a adesão destes municípios ao Programa Melhor em Casa, resistências ou dificuldades encontradas na adesão e implementação inicial do programa federal, nas questões mais processuais, operacional ou mesmo de infraestrutura, em especial na composição das equipes. Já no quesito de mudanças desejadas ou indesejadas, se destacou a possibilidade de criação ou ampliação do serviço em função do aporte financeiro e da visibilidade desencadeados pela vinculação ao programa federal. Vale ressaltar que os municípios de médio porte não foram incluídos no estudo realizado pelos pesquisadores.

Para aproximar-se ainda mais da realidade local e demonstrar a aplicação do artefato, aponta-se o Cenário 1, que retrata um município de grande porte da região sul do país que participou da formulação da normativa federal, e se assemelha à experiência de Porto Alegre, que serviu de exemplo na construção do artefato (fluxograma) apresentado. Contudo, consideram-se as limitações técnicas avaliativas deste método descritivo com base na literatura, pois não possibilita uma análise melhor da aplicabilidade do artefato de modo generalista e aprofundado.

3.7 Explicitação das aprendizagens e conclusão

Nesta etapa da DSR foi avaliado o espaço de reflexão sobre as aprendizagens ocorridas durante a criação e aplicação do artefato, com a pesquisa realizada passando a ser subsídio para a geração de conhecimento, tanto no campo prático quanto no campo teórico. Tendo em vista que se materializam na espécie de um fluxograma as etapas processuais de adesão, habilitação e repasse de recursos, a figura do gestor local de saúde, além de diminuir a lacuna existente entre a teoria e a prática, fomenta a discussão a respeito de experiências concretas e exitosas acerca do programa na capital gaúcha, que foram melhor detalhadas nos resultados do artigo.

3.8 Generalização para uma classe de problemas e comunicação dos resultados

Nesta fase da pesquisa, foi discutida a capacidade do modelo de implementação do programa federal em atender a uma classe de problemas. Foi analisada a capacidade do artefato (modelo) em contribuir com a implementação de políticas públicas desenvolvidas em âmbito federal e que dependem da figura de agentes públicos para serem executadas a nível

local. No federalismo brasileiro, uma boa parte das ações e políticas de saúde são produzidas a partir da combinação de diretrizes federais e execução local (VERDI e PIRES, 2022).

Nesse sentido, conecta-se o artefato desenvolvido na presente pesquisa a uma classe de problemas, já que o modelo oferece elementos para o aprimoramento e direcionamentos das normatizações a partir de um campo prático, e não simplesmente por meio de uma cartilha que engessa os processos. O modelo ainda possui capacidade de alcance e flexibilidade às mais diversas regiões do estado, até mesmo com possibilidade de ser ampliado a outros estados e ser generalizado ao campo das políticas públicas, conforme o objetivo e o resultado que deseja ser atingido.

4 Apresentação e discussão dos resultados

O estudo desenvolvido partiu da experiência da cidade de Porto Alegre na implementação e gerenciamento do Programa Melhor em Casa, que já possuía *expertise* no campo da Atenção Domiciliar pelo Sistema Único de Saúde e teve participação na formulação do programa federal. Com o objetivo de desenvolver um modelo de implementação para os municípios gaúchos, a partir da experiência de Porto Alegre, os resultados obtidos na pesquisa foram criados em dois grandes blocos: os serviços de atenção domiciliar no município de Porto Alegre, abarcando os fatores críticos e de sucesso na adesão ao programa federal; um modelo de implementação do Programa Melhor em Casa como ferramenta de gestão, que explicita a elaboração do fluxograma juntamente com os critérios do Ministério da Saúde para adesão dos municípios. Essas categorias são desenvolvidas separadamente em dois blocos subsequentes.

4.1 Os serviços de Atenção Domiciliar no município de Porto Alegre

A cidade de Porto Alegre, escolhida como campo da presente pesquisa, tem uma população estimada de 1.492.530 pessoas e possui área territorial de 495,390 km², apresentando 93% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 69,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (IBGE, 2017). Os SAD de Porto Alegre atendem pacientes classificados em níveis de cuidados AD2 e AD3, conforme portaria de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde,² e que preencham os critérios de inclusão no programa: residir no município de Porto Alegre e existência de cuidador (se dependente), pacientes classificados como AD1 são de responsabilidade da Atenção Básica (BVAPS, 2022). A Atenção Domiciliar em Porto Alegre foi pioneira ao criar um serviço de saúde, em 2004, com o “objetivo de viabilizar suporte aos pacientes e familiares no momento da desospitalização, como por exemplo, para concluir determinados tratamentos em casa, com acompanhamento estreito de uma equipe” (ARAUJO, 2019, *online*).

Conforme referido anteriormente, foi conduzida entrevista com dois atores-chaves no processo de implementação do serviço local. Estes estão no cargo de coordenadores(as), ou ex-coordenadores(as) dos SAD, sendo que um deles atualmente desempenha funções de gerenciamento do programa junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município e participou do período de adesão ao PMC, no entanto todos serão referidos(as) no texto como coordenadores(as). Cabe destacar que Porto Alegre atualmente conta com dois SAD gerenciados por duas instituições hospitalares 100% SUS. Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos envolvidos nesta pesquisa, visando atender aos preceitos éticos da pesquisa

² “A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos” (BRASIL, 2016, art. 6º, §1º).

com seres humanos e evitar constrangimentos aos entrevistados por abordarem temas sensíveis à gestão local e federal, se utilizará para se referir às partes quando necessário: serviços de atenção domiciliar de Porto Alegre (SAD1 ou SAD2), coordenadores entrevistados (CD01 ou CD02).

Foram realizadas duas entrevistas, com duração média de aproximadamente 35 minutos, no mês de junho de 2022, abordando questões relativas à situação anterior à implementação do PMC, financiamento, processo de adesão ao PMC, habilitação das equipes, captação de parceiros, fatores críticos e de sucesso, além de sugestões de estratégias para adesão em outros municípios. As entrevistas foram audiogravadas mediante autorização e posteriormente transcritas e organizadas por meio do método descritivo que caracteriza uma experiência ou fenômeno, proporcionando novas visões de uma realidade já conhecida (GIL, 2002).

A primeira experiência da capital gaúcha com a atenção domiciliar surgiu como uma prática de cuidado incipiente no cotidiano do serviço de saúde de forma autônoma, antes mesmo de haver uma grande teorização a seu respeito. Logo quando foi decidido pelo Ministério da Saúde criar uma portaria que regulamentasse a AD, Porto Alegre já tinha anos de prestação de serviços de saúde em âmbito domiciliar. Assim, foi convidada a compor o grupo de trabalho na formulação do programa em nível federal, que acabou por se aproximar da organização que o serviço dispunha na época restritamente, o que de certa forma facilitou o aceite do município para adesão ao PMC:

Houve uma sensibilização mostrando para eles [secretário de saúde e equipe técnica] todo trabalho que já acontecia no país em relação ao programa, né, se mostrou que Porto Alegre também já vinha fazendo com relação à atenção domiciliar do [SAD1], que já era naquele momento, com “10 anos” de experiência, então já tinha uma *expertise* com formato semelhante ao que o ministério estava propondo (ENTREVISTADO CD01).

As adaptações e tratativas para adesão ao PMC se efetivaram no ano de 2014, quando houve de fato a implementação do programa de acordo com as diretrizes federais por parte do município, juntamente com a decisão em terceirizar a prestação de um dos serviços a uma instituição hospitalar sem fins lucrativos de longa trajetória na cidade, e também foi possível perceber algumas resistências e dificuldades quanto ao início dos trabalhos:

Na época, nós não tínhamos na verdade nem instituições que estivessem com vontade de participar, se fez a pergunta pública para todas as instituições de Porto Alegre né, a única que aceitou foi o próprio [SAD1] que já tinha o formato, e ele aceitou converter as equipes deles em equipes do Programa Melhor em Casa, e o resto da cidade foi uma dificuldade... Lá na época se convenceu o [SAD2] né, fazer essa participação inicial, um pouco descrente, não entendia muito bem que era isso, né, mas topou o enfrentamento... Quem aceitou o desafio foi o [SAD2] junto com o [SAD1] (ENTREVISTADO CD01).

Naquela época abriu-se como uma opção mesmo do município, de trabalhar com serviços, vamos dizer, terceirizar esse serviço... então abriu-se licitação, né, o [SAD2] foi um dos que entrou, né, topou então participar do Melhor em Casa e nós iniciamos naquela época com duas equipes de atenção domiciliar aqui pelo [SAD2], e o trabalho no início foi muito árduo, no sentido que as instituições, a rede não conhecia o serviço (ENTREVISTADO CD02).

Como forma de incorporar gradualmente o novo serviço à rede de atenção à saúde do município, foram pensadas algumas estratégias para aproximar o SAD tanto dos profissionais dos demais serviços de saúde quanto de captar novos pacientes potenciais para atendimento do SAD. Com os profissionais da rede foram realizados encontros frequentes para esclarecer quanto às atribuições, acompanhamento e limites do serviço, que ainda atendia apenas a região sul e norte da cidade. Já para o mapeamento do público-alvo do serviço, foi realizada busca ativa no próprio hospital de uma das instituições parceiras ou diretamente com a população da região:

Teve que ter também muitos encontros com as gerências distritais, com as unidades de saúde, para o entendimento do que que era o perfil [dos pacientes] né... Então me recordo que lá atrás a gente fazia muita busca ativa dos pacientes, até no intra-hospitalar e muitas vezes, até a busca direta pelas famílias, a gente via alguém passando na rua, que tava com uma perna enfaixada, a gente já se atentava: “você sabia que existe o Programa Melhor em Casa? Procura tua unidade de saúde!”, então assim não era só com as equipes assistentes, mas assim também com a população em si, para mostrar o que era o programa (ENTREVISTADO CD02).

No quesito relacionado ao aporte financeiro pelo Ministério da Saúde, os coordenadores relatam acerca das habilitações das equipes e o modo de repasse dos recursos fundo a fundo, e ainda como ocorreu o cofinanciamento pelo próprio município:

No primeiro momento desde que começou todo o processo de construção das habilitações a gente não tinha nenhum outro recurso repassado a não ser o próprio recurso do Ministério da Saúde, então o que acontecia que a partir do momento que tu habilita equipe, essa equipe começa a fazer produção e essa produção é vista pelo ministério, a característica dos profissionais, junto com a característica da produção executada, e aí sim, vem recursos do fundo da União para fundo municipal e fundo municipal transpassa os recursos para a equipe trabalhar [prestador de serviço] ... Hoje tem o aporte do município pra instituições que são 100% SUS, pra instituições que não tem fins lucrativos, de fundos de união, enfim, há algumas caracterizações e existe um recurso que é repassado conforme o que as equipes trabalham e produzem (ENTREVISTADO CD01).

O financiamento do programa, inicialmente, era só pelo Ministério da Saúde, tá, que é o valor de cinquenta mil reais por EMAD e seis mil reais por EMAP, né. Com o tempo, e o nosso conhecimento, e o aumento do grau de complexidade, a gente conseguiu mostrar que na verdade é um valor muito pequeno, né, para tudo que se faz, ele mal paga a folha de pagamento, né, então a gente conseguiu, mostrando esses resultados, esses indicadores, o “n” de pacientes que eram desospitalizados, o aumento da complexidade desses pacientes, para que a prefeitura também tivesse uma coparticipação de financiamento ao serviço. Esse valor, então, é cinquenta mil do Ministério da Saúde, né, e vinte mil reais por parte da prefeitura (ENTREVISTADO CD02).

Na sequência, os entrevistados referem sobre pontos importantes a serem considerados para a escolha dos prestadores de serviço para gerenciamento do SAD, e as habilidades necessárias para coordenar o serviço.

[...] tem informações importantes que nos preocupamos, quer dizer, colocar a prestação de serviço para dentro de instituições caracterizadas por esse embasamento, né, primeiro ser linkada ao sistema único [de saúde] e segundo, ter já dentro do seu cenário, o início ou alguma coisa atrelada à questão acadêmica... nós queríamos que fossem prestação de serviços dentro de instituições hospitalares, né, a gente sabia que isso era importante para atender a característica principal que o programa tem, que é a desospitalização, e quem consegue desospitalizar bem é quem tá dentro de uma instituição hospitalar, que enxerga qual é o maior problema quando o paciente vai embora pra casa (ENTREVISTADO CD01).

O papel de uma coordenação é de extrema importância, somos um grupo grande hoje, aproximadamente 90 colaboradores... temos ainda muitos protocolos que a gente gostaria de implantar, mas acredito que desde o início até hoje a gente já conseguiu avançar em muitas coisas, né, ter protocolado bem certinho de tudo que precisa, mas aqui a gente entra com gestão de processos, gestão de pessoas que é o mais difícil, gestão de frotas, gestão de qualidade, não é só a gente ter uma diretriz não, é a gente monitorar, a gente acompanhar e a gente avaliar os resultados disso, para ver se tá dando certo (ENTREVISTADO CD02).

Em relação ao seguimento do Manual Instrutivo do Melhor em Casa, produzida pelo Ministério da Saúde em 2011, e sua real utilidade e aplicabilidade na implementação do programa pelo município, um dos entrevistados discorreu sobre:

A gente não usa esse instrumento, tá, a gente leu o instrumento na época e nós achamos que assim, isso tava muito em formato de uma cartilha tá, eu não posso te afirmar com clareza assim todas as nossas percepções, mas assim, a gente tinha uma noção muito clara do caminho que a gente tinha que percorrer, talvez essa é a diferença né? O porquê disso? Nós já fazíamos isso há 10 anos! Então o que se pensava era que a gente precisava adequar algumas ações do que se fazia em Porto Alegre, para nos enquadrarmos dentro do que o Ministério tinha, que era muito parecido... Mas a gente usou o instrumento para viabilizar as capacitações (ENTREVISTADO CD01).

Os entrevistados também apontaram os principais fatores críticos e de sucesso na implementação do Programa Melhor em Casa em Porto Alegre. No que tange os fatores de sucesso foi abarcado: a estruturação da porta de entrada, a criação dos escritórios de gestão de alta, as articulações junto aos Núcleos Internos de Regulação (NIR) dos hospitais e a capacitação dos profissionais da rede sobre as atribuições do programa. Já em relação aos fatores críticos, foi destacado a escolha dos parceiros para prestação dos serviços e a comunicação integrada com os demais pontos da rede:

A gente conseguiu estruturar a porta de entrada e centralizar dentro de um Google Forms [as solicitações de atendimento do programa] e isso facilitou o acesso muito da rede, né, porque em qualquer local que tu está, tu consegue acessar, tu consegue solicitar... Em questão de rede, muitos hospitais terem organizados também os escritórios de gestão de alta e o trabalho muito próximo com os NIR dos hospitais, isso também foi um ganho que a gente teve ao longo do tempo... também a questão assim, da qualificação dos profissionais ao longo desse tempo, né, do entendimento do que que é atenção domiciliar e o aumento do grau de complexidade que a gente atende (ENTREVISTADO CD02).

Acho que é bem crítico escolher os parceiros, tu tem que saber muito bem o que se quer, né, com relação ao perfil do paciente, tem que ter a clareza de que tu tem que executar um papel determinado. Eu sempre costumo citar o exemplo, de que a gente tem que receber e atender o paciente que é o nosso perfil, não adianta a gente querer executar a ação de um outro ponto da rede que não é nossa responsabilidade... a gente tem que fazer o nosso papel bem feito com os pacientes que são da nossa responsabilidade, né, e a atenção primária tem que fazer com os dela e o hospital tem que fazer com os dele... Também extremamente importante falar a mesma língua com todos eles, né, então essa divulgação, essa comunicação é extremamente importante para que o processo seja executado (ENTREVISTADO CD01).

Em 2018, após quatro anos da implementação das diretrizes do programa federal, o município de Porto Alegre alcançou total cobertura do seu território e atualmente conta com uma Unidade de Atenção Domiciliar junto à Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela gestão em nível municipal do Programa Melhor em Casa e do Programa de Oxigenação Domiciliar, além de possuir 15 Equipes de Atenção Domiciliar – tipo 1 e 3 Equipes Multiprofissionais de Apoio, habilitadas e em plena atuação. Por meio de consulta a documento interno que apresenta os indicadores de AD de Porto Alegre, entre 2016 e 2021 elegeram-se três principais indicadores, os quais estão na relação sugerida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), já que não há indicadores e parâmetros comuns e pactuados nacionalmente (BRASIL, 2016).

Em 2021, os serviços de atenção domiciliar do município reunidos obtiveram as seguintes médias: média de pacientes acompanhados pela EMAD de 40,92 (parâmetro do Ministério da Saúde: 31 a 60 pacientes por EMAD-tipo 1); média de permanência geral no SAD de 69 dias (parâmetro do Ministério da Saúde: 79,8 dias); e média de uma EMAD para cada 99.502 mil habitantes (parâmetro do Ministério da Saúde: uma EMAD para cada 100.000 habitantes) (PMPA, 2021). Com base na vasta experiência de Porto Alegre, os entrevistados ainda realizaram sugestões e recomendações para a adesão do PMC em outros municípios:

Para implementar em outro município é fazer um estudo detalhado com toda estrutura: população, conhecimento da rede, quais são as vias de acesso? Quais são os protocolos daquele município? Qual é a forma de registro de dados daquele município? Conhecer todas as estruturas, o melhor em casa tu precisa conhecer a rede em primeiro lugar, né, e conhecer quais são as ferramentas de acesso daquele município né... então entender logisticamente qual é o organograma daquela prefeitura né, apresentar esse projeto né já com um estudo detalhado do município, também com a taxa de ocupação de leitos, a busca nas portas de emergência, a atuação da atenção primária, poder conversar e apresentar esse projeto e quais são os benefícios do Programa Melhor em Casa, qual o percentual da população que poderia ser atendido para solicitarem habilitação perante o Ministério da Saúde (ENTREVISTADO CD02).

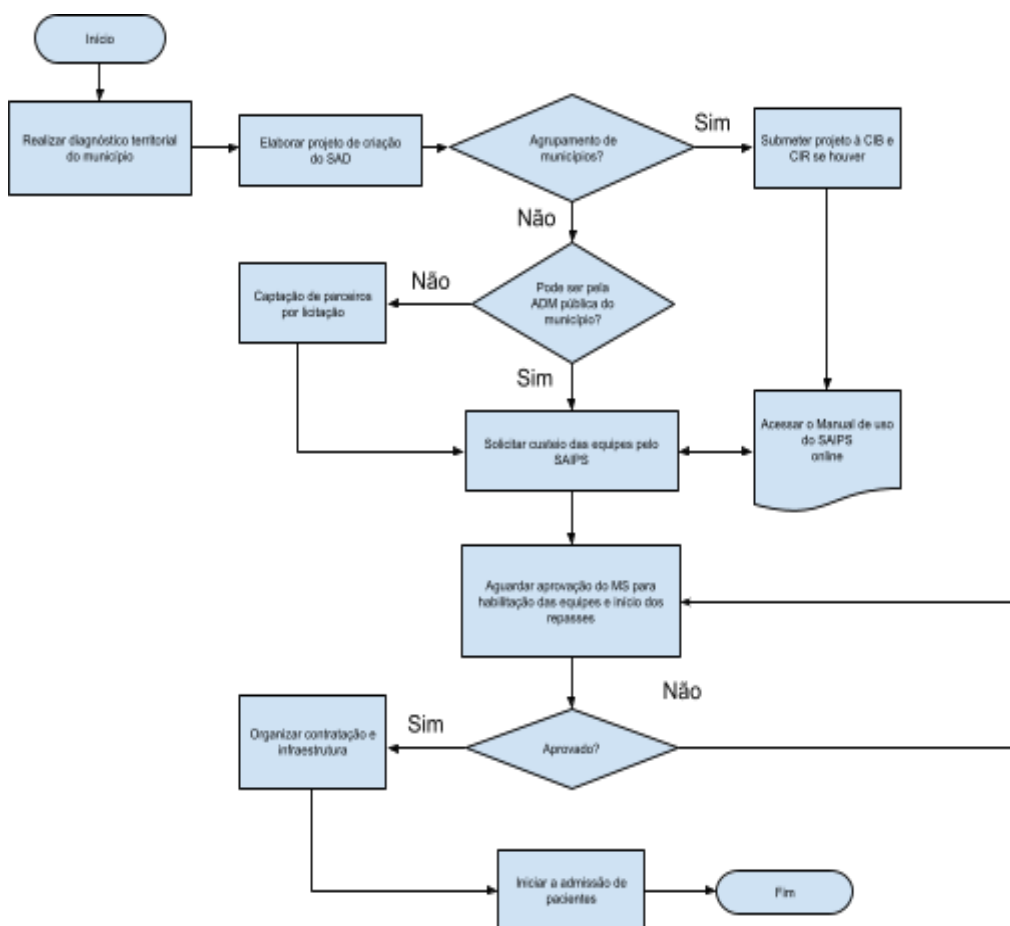
Tem que entender o município, tem que entender a rede, tem que saber as dificuldades que eles têm, que cada município tem uma demanda muito específica, né, para a gente trabalhar o que aconteceu na cidade de Porto Alegre é porque a gente sabia dos problemas da cidade, que tava acontecendo, né, nem todos os municípios são iguais, não é a entrada do programa que vai ser a salvação para todo mundo, tem municípios que talvez não tenha benefício, eu acho que são coisas da gente se perguntar, né: “Tem benefício? Esse ponto na rede está sendo adicionado?” Essa é a pergunta que

eu me faria e claro conhecendo a rede daquela cidade... teria que fazer um diagnóstico territorial primeiro (ENTREVISTADO CD01).

4.2 Um modelo de implementação do Programa Melhor em Casa como ferramenta de gestão

O modelo de implementação desenvolvido em um fluxograma por meio do método de pesquisa Design Science Research é melhor detalhado neste último bloco, com vistas a contribuir para a condução da implementação do programa federal em outros municípios gaúchos. As etapas que retratam as principais tarefas adensadas ao fluxograma são: realizar diagnóstico socioterritorial; elaborar projeto de criação do SAD; captação de parceiros por licitação; submeter projeto à CIB; solicitar custeio das equipes pelo SAIPS; organizar contratação e infraestrutura; e iniciar a admissão de pacientes.

Figura 2 – Fluxograma de adesão, habilitação e repasses de recursos federais



Fonte: Elaborado pela autora baseado nos dados coletados pela pesquisa.

Para detalhar cada passo do fluxograma apresentado, se define brevemente cada etapa a seguir.

4.2.1 Realizar diagnóstico territorial do município

O Diagnóstico territorial proposto no modelo de implementação parte do pressuposto do território em saúde, que é definido por Mendes (apud COLUSSI e PEREIRA, 2016) como para além do espaço geométrico, “apresenta um perfil demográfico, epidemiológico,

administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção” (MENDES apud COLUSSI e PEREIRA, 2016, p. 13). Ao conhecer de forma orgânica como o território se organiza e suas dinâmicas, os gestores e os profissionais de saúde têm melhores possibilidades de análise dos determinantes e condicionantes de saúde e como estes repercutem no processo saúde-doença de sua população. Para tanto, a literatura propõem o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que tem mais enfoque em problemas “abordados em suas múltiplas dimensões política, econômica, social, cultural, etc., e em sua multisetorialidade” (ARTMANN apud NASCIMENTO e REIS, 2015, p. 91).

4.2.2 Elaborar projeto de criação do SAD

Para adesão ao programa federal, o município deverá atender aos critérios de implantação: população municipal igual ou superior a vinte mil habitantes, com base na população mais recente estimada pelo IBGE, podendo ser atingida por um município isoladamente, ou por meio de agrupamento para alcançar os vinte mil habitantes; hospital de referência no município ou região a qual integra; e cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou similar, de acordo com porte populacional (BRASIL, 2016). O gestor municipal de saúde deverá elaborar projeto para criação do SAD, com base nos requisitos dispostos na Portaria n. 825, de 2016, do Ministério da Saúde, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. O gestor de saúde local enviará o projeto para criação ou ampliação do SAD ao DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) (BRASIL, 2016).

4.2.3 Captação de parceiros por licitação

Para gerenciamento e operacionalização do SAD é fundamental saber escolher os parceiros para prestação dos serviços. A recomendação do Ministério da Saúde é ser dentro de um hospital local ou de um pronto atendimento, com vistas a captação de pacientes para a desospitalização ser mais simplificada, que exige uma contrapartida do próprio município, também relacionado com seus recursos próprios (DIAS, 2021).

Deve-se seguir a regra geral da Administração Pública referente à celebração de contratos administrativos, ou seja, realizar licitação, em decorrência do princípio da indisponibilidade do interesse público. A própria constituição, entretanto, no inc. XXI do art. 37, prevê a possibilidade da lei estabelecer hipóteses em que a licitação não ocorrerá ou poderá não ocorrer: situações de inexigibilidade e situações de dispensa (CONASS, 2016).

4.2.4 Submeter projeto à Comissão Intergestores Bipartites (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR)

A população mínima pode ser atingida por um município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de municípios cuja população seja inferior a vinte mil habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2016). Ainda, se a proposta de SAD ocorrer por meio de agrupamento, os municípios envolvidos deverão celebrar convênio, pactuar um Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos (BRASIL, 2016).

4.2.5 Solicitar custeio das equipes pelo Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)

Ao acessar o sistema, para solicitar habilitação para o custeio das equipes do Melhor em Casa, o município precisará fornecer informações referentes a: dados demográficos e epidemiológicos do município, objetivos, quantidade de equipes, profissionais, estruturação da rede no município, infraestrutura, educação permanente dos profissionais e suporte aos cuidadores, monitoramento e avaliação. O Ministério da Saúde disponibiliza acesso ao manual do SAIPS pelo site oficial do ministério (BRASIL, 2014).

4.2.6 Organizar contratação e infraestrutura do SAD

A contratação e capacitação dos profissionais para compor as equipes é de responsabilidade do município ou dos prestadores do serviço contratados. O SAD deve ter funcionamento de, no mínimo, 12 (doze) horas/dia no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão. As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento, que contemple: equipamentos; material permanente e de consumo; aparelho telefônico; e veículo(s) para locomoção das equipes. Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica (BRASIL, 2016).

4.2.6 Iniciar a admissão de pacientes

O perfil de pacientes indicados para atendimento do serviço de atenção domiciliar são pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade (BRASIL, 2016).

5 Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo desenvolver um modelo para implementação do Programa Melhor em Casa para os municípios gaúchos, a partir da experiência de Porto Alegre. O estado do Rio Grande do Sul conta atualmente com apenas 7% de adesão, portanto elegeu-se a capital, que participou da formulação da política pública junto ao Ministério da Saúde com outras cidades que já possuíam experiência prévia com o atendimento domiciliar de pacientes pelo Sistema Único de Saúde, para a coleta de dados. O principal resultado alcançado foi a elaboração de um modelo na espécie de fluxograma, com delineamento do passo a passo que poderão apoiar a condução do processo de implantação de um SAD em seu município pelos gestores locais. O programa federal tenciona gestores e trabalhadores de saúde a voltar o olhar para uma alternativa de alta qualificada do hospital para casa, reduzindo o tempo das internações e diminuindo os índices de infecção hospitalar.

Os dados, elementos e indicadores foram extraídos através de uma metrópole, portanto cabe salientar que deve ser considerado as diversidades locais de cada município e região. Contudo, a ferramenta de gestão contém definições e parâmetros passíveis de serem

flexibilizados conforme o campo e resultados que desejam ser atingidos. Com base nas contribuições do estudo, verificou-se que ainda são inúmeros os fatores necessários para a consolidação do programa, passados 10 anos do seu lançamento, apesar das normativas e incentivos financeiros do Ministério da Saúde, que podem ser insuficientes para cobrir todos os gastos da manutenção do serviço, sendo fundamental a coparticipação do município no financiamento para garantir a continuidade e ampliação dos serviços prestados.

Ressalta-se que o modelo produzido pela pesquisa não busca superar ou substituir os documentos e portarias vigentes do Ministério da Saúde, mas tem por intuito clarificar todas as informações e dados oficiais para aproximar a teoria da prática, ao sistematizar dados já produzidos em âmbito federal e local. Por fim, cabe mencionar limitações da pesquisa, que obteve apenas um cenário de análise, acarretando restrições no conjunto de fatores contextuais da implementação que foram considerados. Destaca-se também que a pesquisa não viabilizou a aplicação do modelo construído, mas espera-se que tal modelo sirva como incentivo para impulsionar a adesão do PMC em outras localidades e a realização de outras pesquisas futuras, que ampliem o conjunto de cenários, permitindo maior aprofundamento de políticas públicas vinculadas ao SUS e ao tema da Atenção Domiciliar.

Referências

ARAÚJO, Andréa. PAD e Escritório de Gestão de Altas do Hospital Conceição auxiliam no treinamento de municípios para o Programa Melhor em Casa. **Atenção Domiciliar GHC**. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=17716>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BIBLIOTECA Virtual de Atenção Primária à Saúde (BVAPS). Serviços de saúde. **Atenção Domiciliar / Melhor em casa**. Prefeitura de Porto Alegre (Secretaria Municipal de Saúde), 2022. Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsaps/boa/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde/aten%C3%A7%C3%A3o-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de uso do sistema SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, seção 1, p. 44-46, 28 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, seção 1, p. 33, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 9 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação**: Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 12, seção 1, p. 59, 13 jun. 2013.

CADASTRO Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DataSUS. Disponível com acesso restrito em: https://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 7 jul. 2022.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de *et al.* Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 39, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>. Acesso em: 24 jul. 2022.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2016. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf. Acesso em: 27 jul. 2022.

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Guia de apoio da gestão estadual do SUS**. Licitações de serviços de saúde. 2016. Disponível em <https://www.conass.org.br/guiainformacao/licitacoes-de-servicos-de-saude/>. Acesso em: 18 mai. 2022.

CONTE, Vanessa; MARTINS, Gilmar. **Atendimento domiciliar da Capital é referência para ministério**. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, 3 jul. 2019. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/noticias/atendimento-domiciliar-da-capital-e-referencia-para-ministerio>. Acesso em: 11 maio 2022.

DIAS, Mariana Borges. Melhor em Casa: programa que estruturou a atenção domiciliar pública no Brasil. **Revista In-Home | saúde em casa**, São Paulo, v. 1, p. 22-25, 2021.

DRESCH, Aline; LACERDA, Daniel Pacheco; JÚNIOR, José Antonio Valle Antunes. **Design science research**: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015.

DRESCH, Aline. **Design Science e Design Science Research como artefatos metodológicos para engenharia de produção**. São Leopoldo, 2013. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas), Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama Rio Grande do Sul/** Porto Alegre. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>. Acesso em: 15 jul. 2022.

LACERDA, Daniel Pacheco *et al.* Design Science Research: método de pesquisa para a engenharia de produção. **Gestão & Produção** [online], v. 20, n. 4, p. 741-761, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000014>. Acesso em: 29 jul. 2022.

LISBOA, Sidnei de Moura; KLEIN, Amarolinda Zanela; SOUZA, Marcos Antonio de. Auditoria operacional com o uso da gestão baseada em atividades (ABM) em organizações públicas: proposições de um método. **Revista Base** (Administração e Contabilidade), São Leopoldo, v. 16, n. 2, p. 200-234, 2019. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/journal/3372/337260376003/html/>. Acesso em: 14 jul. 2022.

NASCIMENTO, José Orcélio do; REIS, Mauricio Pardo dos. Planejamento Estratégico Situacional. **Revista Linceu** [online], v. 5, p. 86-101, 2015. Disponível em:
https://liceu.fecap.br/LICEU_ON-LINE/article/view/1721/976. Acesso em: 28 jul. 2022.

PEREIRA, Hélio Ricardo. **Programa Melhor em Casa completa dez anos com mais de 500 mil brasileiros atendidos**. Governo municipal de São Pedro da Aldeia. 09 nov. 2021. Destaque 1, Saúde. Disponível em:
<https://pmspa.rj.gov.br/programa-melhor-em-casa-completa-dez-anos-com-mais-de-500-mil-brasileiros-atendidos/>. Acesso em 10. jul. 2022.

PESSOA, Mariana Lisboa. População do RS. *In*: PESSOA, Mariana Lisboa (org.). **Atlas FEE**. Porto Alegre: FEE, 2017. Disponível em:
<http://atlas.fee.tche.br/rio-grande-do-sul/demografia/populacao-do-rs/>. Acesso em: 23 jul. 2022.

PREFEITURA Municipal de Porto Alegre (PMPA). **Programa Melhor em Casa: Indicadores da Atenção Domiciliar 2016-2021**. Documento institucional. Porto Alegre: Unidade de Atenção Domiciliar, 2021.

SOUZA, Daniele Gonçalves de. **Metodologia de Mapeamento para Gestão de Processos**. Porto Alegre, 2014. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção, modalidade Profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VERDI, Débora Spalding. **Entre padronização e flexibilidade na implementação local de programa com diretrizes federais: o caso do melhor em casa**. Brasília, 2019. Dissertação (Mestrado em Governança e Desenvolvimento) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2019. Disponível em:
<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4339/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Debora%20Spalding%20Verdi.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.

VERDI, Débora Spalding; PIRES, Roberto Rocha Coelho. Entre padronização e flexibilidade: a implementação do programa federal melhor em casa, considerando a diversidade local. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 73, n. 1, p. 168-193, jan./mar. 2022.