SEMANA ACADÊMICA
REVISTA CIENTÍFICA
ISSN 2236-6717

MELHOR EM CASA: A NÃO ADESÃO PELOS MUNICÍPIOS AO PROGRAMA: UM PROBLEMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA?

[ver artigo online]

Zilanda da Silveira Barbosa Figueiredo

RESUMO

Este artigo pretende identificar as causas da não adesão pelos Municípios brasileiros ao Programa Melhor em Casa. Para tanto, leva em consideração (a) as características da AD no Brasil e no mundo; (b) a trajetória histórica da AD; (c) o Programa Melhor em Casa; (c) as causas da não adesão ao PMC. Trata-se de pesquisa bibliográfica realizada em artigos científicos, dissertações e teses, que tratam sobre o tema e uma pesquisa documental, para apontar a legislação pertinente acerca do PMC. Os resultados apontaram que, dentre as causas de não adesão, estão a descentralização da saúde; a dificuldade histórica da região Norte em implementar políticas públicas de saúde; o fato de não se ter certeza de que os municípios pequenos teriam capacidade técnico-científica de aderir ao PMC; a priorização dos municípios com população > 40 mil habitantes pelo Governo Federal até maio de 2013; as eleições municipais com trocas de governo. A literatura visitada apresenta algumas possibilidades dentre as quais podem-se destacar: a necessidade de o governo se voltar para a realidade brasileira no momento de implantar políticas de saúde e de analisar a capacidade técnico-científica de os municípios aderirem a essas políticas, aí incluído o PMC, sob pena de observar um aumento significativo de municípios das regiões mais desenvolvidas continuarem a ser privilegiados em detrimento daqueles menos favorecidos que, infelizmente, constituem a maioria.

Palavras-chave: Melhor em Casa; Adesão; Municípios; Administração Pública.

Graduanda em Administração Pública da Universidade Federal Fluminense - UFF - Volta Redonda - RJ
E-mail: zilandabarbosa123@gmail.com

CC BY

SEMANA ACADÊMICA
REVISTA CIENTÍFICA
ISSN 2236-6717

BETTER AT HOME: THE NON-ADMISSION BY MUNICIPALITIES TO THE PROGRAM: A PUBLIC ADMINISTRATION PROBLEM?

ABSTRACT

This article aims to identify the causes of non-adhesion by Brazilian municipalities to the Better at Home Program (BHP). Therefore, it takes into account (a) the characteristics of Home Care (HC) in Brazil and in the world; (b) the historical trajectory of HC; (c) the Better at Home Program; (c) the causes for the non-adhesion of most Municipalities to the BHP. This is a bibliographic research carried out on scientific articles, dissertations and theses, which deal with the theme and a documentary research, to point out the relevant legislation about the BHP. The results showed that, among the causes of non-adherence, are the decentralization of health; the historic difficulty of the Northern region in implementing public health policies; the fact of not being sure that small municipalities would have the technical-scientific capacity to adhere to the BHP; the prioritization of municipalities with population > 40 thousand inhabitants by the Federal Government until May 2013; municipal elections with changes of government. The literature visited presents some possibilities among which the following can be highlighted: the need for the government to turn to the Brazilian reality when implementing health policies and analyzing the technical-scientific capacity of municipalities to adhere to these policies , including the BHP, on pain of observing a significant increase in the number of municipalities in the more developed regions to continue to be privileged to the detriment of those less favored who, unfortunately, constitute the majority.

Keywords: Best at Home; Adhesion; Municipalities; Public administration.

1 INTRODUÇÃO

As orientações propostas pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) mudaram a organização da oferta da Atenção Domiciliar (AD) nos últimos anos no Brasil. (BRASIL, 2014). A AD inclui-se na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e assume os princípios e diretrizes deste sistema, previstos em lei, dentre os quais a universalidade, a equidade, a integralidade, a resolubilidade e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização, que devem ser observados na organização dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRAGA et al., 2016).

As vertentes que mobilizam os gestores na decisão político-institucional de se implantar a AD, após a criação do Programa Melhor em Casa (PMC) no País, em 2011 são duas: a primeira é a ideia de que esta modalidade de atenção é abreviação ou substituição da internação hospitalar, com vistas à diminuição dos custos; a segunda entende a AD, como uma alternativa para a reorganização do modelo tecnoassistencial. Ambas, complementares entre si, são consideradas centrais no agenciamento dos gestores e profissionais que se colocam à frente do processo de organização dos SADs (SILVIA et al., 2010).

A pergunta a que se pretende responder nesse artigo é: “quais são as causas da não adesão pelos Municípios à implementação do Programa Melhor em Casa?”.

O artigo tem como objetivo geral identificar as causas da não adesão pelos Municípios brasileiros ao Programa Melhor em Casa, levando-se em consideração (a) as características da AD no Brasil e no mundo; (b) a trajetória histórica da AD; (c) o Programa Melhor em Casa; (c) as causas da não adesão da maior parte dos Municípios ao PMC.

Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos, dissertações e teses, que tratam sobre o tema, para fundamentar a revisão da literatura e uma pesquisa documental, para apontar a legislação pertinente acerca do PMC.

2 DESENVOLVIMENTO

Este capítulo analisa, em uma perspectiva histórica, a literatura sobre o conceito de assistência domiciliar (AD), na busca de enfatizar suas características e a forma pela qual tem sido entendida no Brasil, enfatizando a legislação que a embasa; apresenta a trajetória

histórica da AD, desde a Antiguidade até o Brasil com a implementação do Programa Melhor em Casa (PMC), e, ao final, discute as causas da não adesão da maior parte dos Municípios ao PMC, com foco nas falhas da administração pública.

2.1 Conceito de Assistência Domiciliar

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu a assistência domiciliar (AD) como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas no domicílio, que, quando aplicadas, atuam na prevenção de um agravo à saúde, na sua manutenção por meio de ações que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e na recuperação do indivíduo já acometido por uma doença ou sequela (BRASIL, 2006).

Para Feuerwerker e Merhy (2008), o cuidado ao paciente internado em critério de atenção domiciliar se caracteriza como uma unidade de organização social. Trata-se de uma prática que remonta à própria existência de todos os participantes da cadeia do cuidado. Nessa linha, parte das práticas do atendimento domiciliar se refere à convivência entre a equipe multidisciplinar, os familiares e os cuidadores ativos.

No Brasil, não há definição específica para a assistência domiciliar em saúde. Nessa linha, os termos usados para a AD são:

> **Assistência domiciliar** (AD): termo genérico usado para qualquer ação em saúde que se processe em domicílio, sem levar em conta a complexidade ou objetivo do atendimento, indo de uma orientação simples até suporte ventilatório invasivo domiciliar;
>
> **Internação domiciliar** (ID): relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizada por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa;
>
> **Atendimento domiciliar**: abrangendo os cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhantes a um consultório em casa (TAVOLARI et al., 2000, p.23).

Segundo esses autores, assistência e internação domiciliares referem-se aos procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros, necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio, como disposto na lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, em seu portal, afirma que a atenção domiciliar fornece ao paciente um cuidado flexibilizado, levando em consideração os aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa modalidade de assistência, de modo a impedir hospitalizações desnecessárias e diminuir o risco de infecções desses indivíduos. Contribui, ainda, com a otimização da gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, assim como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2012).

De acordo com Floriani & Schramm (2004), em geral, o paciente é idoso e o foco da AD dá-se em virtude da necessidade de intervenção contínua dos serviços de saúde. Nesse sentido, a família assume a responsabilidade do cuidado físico, financeiro e emocional no domicílio e se cria uma lógica de poder que afeta o cuidado à saúde em relação aos profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 825, de 25 de abril de 2016, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016).

Este modelo de cuidado é traçado, de acordo com o Ministério da Saúde, para atender a necessidade e as particularidades individuais do paciente. No caso de pacientes estáveis e com necessidade menor de número de visitas, a AD pode ser realizada por equipes de saúde da família/atenção básica de sua referência. Quando se tratar de pacientes que demandam maior complexidade no cuidado, eles serão assistidos pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multiprofissional de apoio (EMAP), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2012).

2.2 A Trajetória Histórica da Atenção Domiciliar

A literatura acerca da atenção domiciliar (AD) em saúde remonta ao século XIII a.C. No final do século XVII, Samuel Hanneman, fundador da Homeopatia, visitava os doentes no

domicílio. Ele acreditava que o médico era responsável pelo tratamento e cura das enfermidades e permanecia junto ao leito dos doentes a maior parte do tempo possível (AMARAL et al., 2001; BRASIL, 2012; CONEXÃO, 2021).

No século XX, a primeira unidade de Assistência Domiciliar surgiu nos Estados Unidos, em 1947, com a missão de descongestionar o hospital e proporcionar aos pacientes e familiares um ambiente psicológico mais favorável. A partir daí, as experiências deste tipo multiplicaram-se na América do Norte e na Europa (NAHC, 2021: RIBEIRO, 1999; RAMALLO & TAMAYO, 1998).

No Brasil, o atendimento domiciliar era disponibilizado somente no modelo privatista, no início do século XX. Nessa época, os médicos de família se dispunham a atender os pacientes mais abastados em suas residências, mediante pagamento e aqueles que não tinham condições financeiras para pagá-los, se contentavam com a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (SAVASSI; DIAS, 2006). Em 1916, no Rio de Janeiro, criou-se o serviço de enfermeiras visitadoras (CONEXÃO HOME CARE, 2021).

A primeira iniciativa brasileira organizada como um serviço de atendimento domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado pelo Decreto n. 27.664, de 30 de dezembro de 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho (BRASIL, 1949).

De acordo com o Decreto, este serviço era responsável pelo atendimento de urgência aos segurados e beneficiários da Previdência Social e surgiu a partir dos sindicatos de trabalhadores que manifestaram sua insatisfação com o atendimento de urgência vigente na época, pois os hospitais municipais de urgência não atendiam aos previdenciários, nem tampouco os hospitais previdenciários atendiam os que não tinham cadastro na Previdência Social. Em1967, o SAMDU foi incorporado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (MENDES, 2001).

Esse cenário se manteve até que o aumento do caráter demográfico e epidemiológico (envelhecimento da população, maior controle das doenças infectocontagiosas e aumento de doenças crônicas não transmissíveis) levou à necessidade de reformular o modelo de atenção à saúde, cujos custos ficaram cada vez mais elevados, necessitando, dessa forma, de uma integração em rede e de uma gestão solidária, compartilhada, eficiente e eficaz, para que fosse possível, além de garantir o direito à saúde, lidar com as necessidades de saúde resultantes

desse cenário. Assim, as diversas modalidades de AD emergem como soluções significativas para a reorganização dos sistemas ou redes de atenção à saúde e de assistência social na sociedade globalizada (ARAÚJO, 2012; SEIXAS et al, 2014; MELONI, 2015).

Embora tenha tido seu arcabouço desenvolvido no setor público, a AD, no Brasil, expandiu-se lentamente, diferentemente do ocorrido no setor privado. O investimento brasileiro na AD foi impulsionado com a inclusão da normatização do Serviço de Atenção Domiciliar na Lei n° 8080 de 1990, na parte sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

O lançamento do Ano de Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias buscou ampliar a internação domiciliar para pessoas portadoras de comorbidades, como diabetes, hipertensão arterial e pessoas idosas. Em 1998, o Ministério da Saúde incluiu novos requisitos para credenciamentos de hospitais, com a introdução de novas patologias, por meio da publicação da Portaria GM n° 2.416 (BRASIL, 1998). Na época, essa modalidade era realizada pelos profissionais das instituições credenciadas.

Em abril de 2002, foi sancionada, pelo MS, a Lei nº 10.424, que acrescenta à Lei Orgânica da Saúde dispositivo jurídico legal que institui, no SUS, o atendimento e a internação domiciliar (BRASIL, 2002). Essa Lei representou uma tentativa de resposta às demandas crescentes para o cuidado domiciliar no País e, ao mesmo tempo, garantiu o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização e hierarquização. No entanto, vale ressaltar que, apesar de se reconhecer a evolução em relação à legislação que regulamenta a Atenção Domiciliar como modalidade de assistência no País, sua proposição não fez parte do projeto original do SUS (REHEM; TRAD,2005; BRASIL, 2014).

O aumento da demanda por Atenção Domiciliar e a necessidade de se estabelecerem critérios clínicos, administrativos e assistenciais para essa modalidade de assistência levaram a Anvisa a publicar, em janeiro de 2006, a Resolução Colegiada nº 11, que regulamenta tecnicamente o funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar, com os requisitos mínimos de segurança e os critérios normativos (ANVISA, 2006).

No mesmo ano, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) publicou nota técnica propondo, inicialmente, a implantação da Política Nacional de Internação Domiciliar. A proposta do Conass foi ampliada e formulou-se a Política Nacional de Atenção Domiciliar

que propõe a criação de serviços sob a responsabilidade da esfera municipal de governo, com a formação de equipes de atenção domiciliar, considerando-se o parâmetro de uma equipe para até 200 mil habitantes. A discussão contempla também as formas de financiamento e controle, com repasse financeiro na ordem de R$ 50.000, em cota única, para investimento inicial por equipe e custeio de R$ 20.000 por equipe ao mês, para aqueles municípios que aderirem à proposta (BRASIL, 2014).

Em 2011, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) para elaboração das diretrizes de AD no SUS, com representantes de áreas do MS e de alguns municípios que já vinham desenvolvendo ações ou serviços com esse foco desde os anos 90 e 2000 (BRASIL, 2012).

A diversidade de representantes de serviços visava contemplar os cenários de redes de atenção à saúde das capitais e dos pequenos municípios, os custos envolvidos, assim como apresentar as especificidades de cada serviço, a partir da experiência de cada um deles, por exemplo, em termos de composição das equipes ou de perfil de pacientes atendidos, porque havia municípios com serviços voltados ao atendimento do paciente agudo, em geral, em atendimento em unidades de urgência e que poderia receber atendimento de curta duração no domicílio, em vez de ser encaminhado para internação hospitalar e municípios com serviço mais direcionado ao paciente com condições crônicas, oriundos de internações prolongadas, idosos na grande maioria dos casos. Entretanto, houve participação apenas de municípios de médio e grande porte, o que pode ter levado à caracterização da demanda atrelada a essa realidade (VERDI, 2019).

Seis meses de trabalho depois, o MS publicou a Portaria Ministerial n. 2.029/2011, que institui a Política Nacional de Atenção Domiciliar e a participação do gestor federal no financiamento dos serviços. Essa proposta passa a ser uma ação indutora importante para abertura e/ou ampliação dos serviços de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa), para que esses se organizem em resposta a uma demanda existente e atualmente negligenciada nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2014).

Verdi (2019) enfatiza que a proposta inicial do Programa levou em conta, em seus objetivos, tanto os aspectos de otimização de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a busca de qualificação e humanização da atenção à saúde, além de incentivar os municípios, principalmente por meio de aporte técnico e financeiro, a constituírem Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), ou seja, definiu diretrizes para a execução local.

Essas diretrizes estão dadas hoje em dia pelas Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, onde são definidos como objetivos do SAD: a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ainda, de acordo com esta regulamentação, o SAD deve atuar em equipe multiprofissional, estar articulado em rede, adotar linhas de cuidado e estimular a participação de trabalhadores, usuários e familiares (BRASIL, 2017).

As Portarias preveem, ainda, a operacionalização do SAD com as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), as quais devem atuar de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e, de forma substitutiva ou complementar, à internação hospitalar (BRASIL, 2017a). Define-se, assim, a composição das equipes, em termos de disponibilidade e carga horária de profissionais, bem como o perfil de pacientes, embora de forma abrangente, o que o diferencia da atuação que deve ser realizada pela atenção básica, em especial Equipes de Saúde da Família, as quais devem fazer o cuidado longitudinal de todos os cidadãos em seu território, inseridos os acamados/domiciliados.

De acordo com o MS, as modalidades de AD são:

> **Modalidade AD1 – Atenção Básica**
>
> Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.
>
> **Modalidade AD2 e AD3 – Melhor em Casa (SAD)**
>
> Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma

unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

Composição da EMAD Tipo 1 – para municípios com população de 40 mil habitantes ou mais

Profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

Profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

Profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e

Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

Composição da EMAD Tipo 2 – para municípios com população entre 20 mil e 39.999 habitantes

Profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;

Profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Composição da EMAP

> A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).
>
> A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho (BRASIL, 2021).

Embora a Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013, redefina a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e afirme que, a partir de sua publicação, todos os municípios brasileiros podiam implantar o Programa Melhor Em Casa e que a adesão ao Programa poderia ser realizada por municípios de pequeno porte de forma agrupada – a fim de alcançar um somatório de 20 mil habitantes – ou de forma isolada – para aqueles acima de 20 mil habitantes, isto não ocorreu (BRASIL, 2013).

2.3 As Causas da Não Adesão ao Programa

Em primeiro lugar, acredita-se que a descentralização da saúde, para lidar com os diversos desafios inerentes à forma como se organizam a sociedade e o Estado brasileiro, necessita de maturidade política e econômica do Município, sob pena de agravar as disparidades regionais (SANTOS, 2012; OLIVEIRA NETO, 2016). Dessa forma, ainda que a AD desponte como opção de diversos países frente aos desafios impostos pela transição epidemiológica e demográfica (WHO, 2008; MICHAS, 2021), estes fatores não compuseram claramente os critérios utilizados para priorizar a implantação do PMC, ainda que tenham sido utilizados pelo MS para justificar a necessidade do Programa (BRASIL, 2012). Nessa linha, a maioria das equipes foi implantada na região Sudeste, seguida da Nordeste. A minoria foi implantada nas regiões Norte e Centro-oeste.

Oliveira Neto (2016) ressalta que a pequena quantidade de municípios (e equipes de AD) que aderiram ao PMC na região Norte pode ser resultado da dificuldade histórica dessa região em implementar políticas públicas de saúde, pois o SUS, segundo ele, não tem incorporado a dimensão territorial, o que comprova a dificuldade de implantação de uma política de saúde diferenciada para a Amazônia Legal.

Ainda, de acordo com o referido autor:

> 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, consequentemente, para a pequena quantidade de EMAD Tipo 2 no PMC (OLIVEIRA NETO, 2016, p. 68).

Observa-se, portanto, que o impacto da mudança da regra para permitir a adesão de municípios com população da Faixa 1 não implicou, necessariamente, a adesão desses municípios ao PMC, o que, pode ser explicado pela baixa capacidade técnica, operacional e orçamentária dos municípios de pequeno porte para implantar políticas de saúde. A não adesão pode significar que municípios da Faixa 1 apresentam dificuldades em implantar o PMC, o que chama a atenção para que o MS aprofunde o entendimento dos possíveis fatores que levam a essa não adesão, seja para aperfeiçoar o programa, seja para apoiar os gestores municipais.

Vale lembrar que a Faixa 4 (> 1 milhão de habitantes) agrega apenas 0,3% dos municípios do Brasil e 4% dos que aderiram ao PMC, mas possui 21% de todas as equipes de AD, talvez devido à possibilidade de os municípios dessa faixa implantarem mais de uma equipe, uma vez que têm um teto maior de acordo com a normativa federal (BRASIL, 2013).

Ressalte-se, também, corroborando as observações de Oliveira Neto (2016) que, embora as regiões Nordeste e Sudeste possuam praticamente a mesma quantidade de municípios no PMC, a região Sudeste agrega 10% mais equipes de AD implantadas do que a região Nordeste, provavelmente porque a região Sudeste tem maior concentração de municípios das Faixas 3 e 4.

Oliveira Neto (2014) aponta, ainda, uma desaceleração na implantação do PMC, que começa a ser percebida em 2014 e se mantém em 2015, que teria 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 (OLIVEIRA NETO, 2016, p.69).

Cavalcante (2021) afirma ser esperado que mais municípios tivessem aderido ao PMC ao longo do período por ela analisado (2008-2016), tendo em vista o alcance dos diversos benefícios elencados do Serviço de Atendimento Domiciliar para a população assistida. A autora observou que, dos 1.586 municípios com a população selecionada, apenas 298 municípios optaram por entrar no programa, o que representa somente 18,79%desta totalidade, o que, segundo ela pode ser considerado uma percentagem baixa para se obterem resultados mais significativos sobre a descontinuidade do PMC, incluindo o impacto das trocas de governo ou qualquer outro fator relevante.

Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) os números de habitantes dos municípios brasileiros são:

> Os dados apontam para uma concentração da população em grandes cidades. São 17 municípios com mais de 1 milhão de habitantes (14 deles são capitais). Esse grupo concentra 21,9% da população ou 46,7 milhões de pessoas. Outros 49 têm mais de 500 mil moradores e **326 possuem mais de 100 mil pessoas**.
> (...) Por outro lado, de cada três municípios, dois são de baixa densidade. São **3.770 deles com menos de 20 mil habitantes**, o que corresponde a 67,7% do total. Os menores são Serra da Saudade (MG), com apenas 771 habitantes, Borá (SP), com 839, Araguainha (MT), com 909, e Engenho Velho (RS), com 932 moradores (IBGE, 2021).

Em novembro de 2021, observa-se uma revitalização do PMC:

> O programa Melhor em Casa está em 732 municípios brasileiros, com mais de 1,6 mil equipes multiprofissionais ativas e já alcançou mais de 28,9 milhões de procedimentos. As 116 novas equipes contemplarão quase todos os estados brasileiros e o Distrito Federal, com investimento de R$ 55 milhões por mês. Até 2021, o Ministério da Saúde já investiu cerca de R$ 540 milhões. (...) Os novos grupos

contam com diferentes profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e outras especialidades que periodicamente visitam pacientes em suas casas. A frequência de visitas é definida de acordo com as necessidades clínicas de cada caso e os atendimentos incluem exames, medicação, reabilitação, entre outros. Para que um paciente seja incluído no programa, é preciso passar por uma avaliação e encaminhamento médico. Os pacientes atendidos geralmente têm algum problema de saúde grave e crônico, que exige cuidado constante. Além dos benefícios para eles, como o baixo risco de infecção hospitalar, por exemplo, também há uma economia para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dados mostram uma redução de até 75% no custo com relação ao paciente que ocupa um leito (BRASIL, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou identificar as causas da não adesão pelos Municípios à implementação do Programa Melhor em Casa, considerando (a) as características da AD no Brasil e no mundo; (b) a trajetória histórica da AD; (c) o Programa Melhor em Casa; (c) as causas da não adesão da maior parte dos Municípios ao PMC, a partir de uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos, dissertações e teses, que tratam sobre o tema e de uma pesquisa documental, para apontar a legislação pertinente acerca do PMC. Quanto às características da AD no Brasil e no mundo, ficou evidenciado que, no Brasil, este modelo de cuidado é traçado, de acordo com o Ministério da Saúde, para atender a necessidade e as particularidades individuais do paciente, que será tratado de acordo com o seu estado de saúde. No que se refere à trajetória histórica da AD, 2011, desde a criação do Grupo de Trabalho (GT), para elaboração das diretrizes de AD no SUS, quando foi publicada a Portaria Ministerial n. 2.029/2011, instituiu- se a Política Nacional de Atenção Domiciliar e a participação do gestor federal no financiamento dos serviços, importante, para que os serviços de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa), se organizem em resposta a uma

demanda existente e atualmente negligenciada nas políticas públicas de saúde. A revisão apontou que, apesar de a Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013, redefinir a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e afirmar que, a partir de sua publicação, todos os municípios brasileiros podiam implantar o Programa Melhor Em Casa e que a adesão ao Programa poderia ser realizada por municípios de pequeno porte de forma agrupada – a fim de alcançar um somatório de 20 mil habitantes – ou de forma isolada – para aqueles acima de 20 mil habitantes, isto não ocorreu. O exposto permite concluir que a não adesão da maior parte dos municípios brasileiros ao Programa Melhor em Casa esbarra na necessidade de o governo se voltar para a realidade brasileira no momento de implantar políticas de saúde e de analisar a capacidade técnico científica de os municípios aderirem a essas políticas, aí incluído o PMC, sob pena de observar um aumento significativo de municípios das regiões mais desenvolvidas continuarem a ser privilegiados em detrimento daqueles menos favorecidos que, infelizmente, constituem a maioria

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 04 out.2021.

BENJAMIN, A.E. An historical perspective on home care policy. **The milbank quartely**.; v. 71, n. 1, p. 129-66, 1993.

BRAGA, P.P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Cienc saude col**.; v.21, n.3, p.903-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 out.2021.

BRASIL. **Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949**.Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Disponível

em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 04.out.2021.

_____. **Decreto nº 46.348, de 3 de julho de 1959.** Aprova o Regimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (S.A.M.D.U.). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-46348-3-julho-1959-385379-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.**Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 4 out.2021.

_____. **1997**: o ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; Ministério da Saúde, 1997. 16 p. tab. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-2476>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. **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. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10424&ano=2002&ato=60bUTWE5ENNpWT84e>. Acesso em:04 out.2021.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.11, de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. **Portaria Ministerial nº 2.029/2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. **Caderno de atenção domiciliar***:* melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do lar. Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP3.pdf>. Acesso em:04 out.2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em:04 out.2021.

_____. 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.184 p.:il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n.9), 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, 2017(a). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017(b).

Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017(c). Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. Ministério da Saúde. **Modalidades de Atenção Domiciliar.** Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar-2/modalidades-de-atencao-domiciliar>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.421 de 23 de setembro de 2021**. Estabelece a suspensão temporária da transferência, a Estados e Municípios, de recursos incluídos no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), destinados ao custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Programa Melhor em Casa). Disponível em: < https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.421-de-23-de-setembro-de-2021-347063522>. Acesso em: 04 out.2021.

_____. **Melhor em casa**: Ministério da Saúde habilita 116 novas equipes para atendimento domiciliar. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/11/melhor-em-casa-ministerio-da-saude-habilita-116-novas-equipes-para-atendimento-domiciliar>. Acesso em: 09 nov.2021.

CAVALCANTE, L.S.A. **Descontinuidade de políticas públicas**: uma análise sobre o Programa Melhor em Casa. Dissertação (mestrado)-Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Políticas Públicas, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Política nacional de internação domiciliar**. Brasília: Conass, 2006.

CONEXÃO HOME CARE. **Assistência médica domiciliar**. Disponível em: <https://conexaohomecare.com/o-que-e-home-care/o-cuidado-domiciliar/>. Acesso em: 04 out.2021.

EASTERBY-SMITH, M.; THORPE, R. E LOWE, A. **Pesquisa gerencial em administração**: um guia para monografias, dissertações, pesquisas internas e trabalhos em consultoria. São Paulo: Pioneira, 1999.

FERNANDES, L.A.; GOMES, J.M.M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Contexto**.; v. 3, n. 4, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M., & MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev panam salud publ.;** n. 24, p.180–8, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>. Acesso em: 03 out.2021.

FLORIANI, C. A., & SCHRAMM. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. saúde publ**.; v.20, n.4, p. 986–94, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MELONI, D.R. **Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Gestão das Organizações de Saúde da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de

São Paulo. Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto, 2015,158p.

MICHAS, F. Home care in the U.S.: statistic & facts. **Health, pharma &medtck***:* care support, 2021.Disponível em:< https://www.statista.com/topics/4049/home-care-in-the-us/>. Acesso em: 04 out.2021.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

OLIVEIRA NETO, A.V. **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. Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde. UNB – Faculdade de Ceilândia, 2016.

RAMALLO VJG & TAMAYO MIP 1998. Historia de la hospitalización a domicilio. In MDD Glez (coord.). **Hospitalización a domicilio**. Espanha: Hoechst Marion Roussel, 1998.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Cienc.& saúde col**.; v. 10, p. 231-42, Suplemento 1, 2005.

RIBEIRO, E.S.V. O domicílio como espaço de enfermagem: a experiência da enfermagem canadense. **Congresso brasileiro de enfermagem**: cuidar-ação terapêutica da enfermagem. Salvador, 1999, p.133-41.

SAMPIERI, R.; COLLADO, C. E LUCIO, P. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SANTOS, L. **SUS**: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralização. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de

Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2012.

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. **Grupos de estudo em saúde da família:** módulo visita domiciliar. 2006. Disponível em:<http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>. Acesso em: 04.out.2021.

SILVA, J.A.**O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis:** agente institucional ou agente da comunidade? Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SEIXAS, C.T. et al. 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 Navegador SUS, n. 9).

SILVIA, K.L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev saude publ.;** v.44, n.1, p.166-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910201000010001>. Acesso em: 04 out.2021.

TAVOLARI, C.E.L.; FERNANDES, F..; MEDINA, P. O desenvolvimento do *home health care* no Brasil. **Rev admin. saúde**; v.3, n.9, s/p., 2000.

VERDI, D.S. **Entre padronização e flexibilidade na implementação local de programa com diretrizes federais**: o caso do Melhor em Casa. Dissertação. Programa de Mestrado em Governança e Desenvolvimento da Escola Nacional de Administração Pública ENAP. Brasília, 2019, 98p.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The solid facts**: home care in Europe. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf>. Acesso em: 04 out.2021.