

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA**  
**SAÚDE**

**MICHELY BEZERRA DA SILVA**

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR  
NO ESTADO DE PERNAMBUCO: TEMPO MÉDIO DE  
PERMANÊNCIA POR PACIENTE/DIA NA REDE DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA**

MICHELY BEZERRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR  
NO ESTADO DE PERNAMBUCO: TEMPO MÉDIO DE  
PERMANÊNCIA POR PACIENTE/DIA NA REDE DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

**Co-Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo Gomes de Arruda

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586a Silva, Michely Bezerra da

Avaliação da Política Nacional de Atenção Domiciliar no estado de Pernambuco: tempo médio de permanência por paciente/dia na rede de urgência e emergência / Michely Bezerra da Silva. - 2018.

69 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos e Coorientador Prof. Dr. Rodrigo Gomes de Arruda

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.

Inclui referências.

1. Assistência domiciliar. 2. Políticas públicas - Avaliação. 3. Serviço de saúde – Avaliação. I. Ramos, Francisco de Souza (Orientador). II. Arruda, Rodrigo Gomes de (Coorientador). III. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2018 – 084)

MICHELY BEZERRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR  
NO ESTADO DE PERNAMBUCO: TEMPO MÉDIO DE  
PERMANÊNCIA POR PACIENTE/DIA NA REDE DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em gestão e economia da saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovado em: 15/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. César Augusto Souza de Andrade  
**Examinador Interno/UFPE**

---

Prof.<sup>a</sup> Célia Maria Machado Barbosa de Castro  
**Examinador Externo/UFPE**

---

Prof. André Marques Cavalcanti  
**Examinador Externo/UFPE**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus permitindo que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes dois anos de especialização, mas em todos os momentos, é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À minha família, pelo carinho, apoio e incentivo em todos os aspectos, em especial a minha Mãe Maria da Conceição Barboza Bezerra, minha amada vizinha Antonia Bezerra da Rocha (In memória) e minha irmã Patrícia Bezerra, pelo apoio na construção e finalização deste estudo.

Ao meu amor, Wylde Veríssimo, que me impulsiona com seu carinho, e me faz sentir mais capaz do que sou. Obrigado pela compreensão e incentivo.

Aos amigos do PPGESS com quem interagi nessa caminhada, aos que ficam e aos que passam me tornando outra a cada “bom encontro”.

A UFPE, em especial ao CCSA, pela oportunidade de qualificação ofertada, e em especial, a todos os professores do curso que contribuíram para o meu processo de crescimento profissional em nível de mestrado, em especial, ao Professor Francisco Ramos pelo apoio e orientação e ao Professor Rodrigo Arruda pela co-orientação, tempo e paciência para comigo.

*"Todo homem, por natureza, quer saber."  
Aristóteles.*

## RESUMO

As mais remotas referências em medicina já descreviam cuidados domiciliares. A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu-se mundialmente nas últimas décadas. Essa tendência verificada em vários países do mundo foi motivada pela necessidade de racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, devido a problemas relativos à ineficiência, ineficácia e ao aumento crescente da demanda em cuidados de saúde, acompanhando das mudanças demográficas e epidemiológicas. Nesta perspectiva, este estudo propõe avaliar a Política Nacional de Atenção Domiciliar no tocante ao tempo médio de permanência por paciente/dia na rede de urgência e emergência em Pernambuco entre os anos de 2013 a 2016. O período estabelecido na pesquisa justifica-se pelo fato dos anos incidirem com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 963 em 2013 que “*Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*”, e a publicação da Portaria Ministério da Saúde nº 825 em 2016 que também “*Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas*”. Para este estudo considerou-se para a amostra: 1. Municípios com números de habitantes acima de 20 mil, correlacionando com os que possuem serviços de atenção domiciliar habilitados; 2. Municípios com, pelo menos, uma equipe implantada de atenção domiciliar tipo 2 e tipo 3; 3. Municípios com 50% do teto de implantação de equipes de serviço de atenção domiciliar; 4. Tempo de implantação igual ou superior a 12 meses; como covariável dependente o tempo médio de permanência por paciente/dia. Entendendo, que esse tempo médio de permanência está relacionado ao tempo que o paciente permanece aguardando leito de internação, ligado diretamente a eficiência da rede de atenção de urgência em racionalizar os leitos existentes na rede. Como método de estudo escolheu-se o Controle Sintético, que propõe a construção de uma contrafactual, com o objetivo de determinar os efeitos causados pelo programa na capacidade de aliviar a porta de urgência, relacionada ao tempo médio de permanência. A análise por este método se deu por ser um método aplicado em estudos com amostras reduzidas e com apenas uma ou poucas unidades tratadas. Tratasse, exatamente, do caso do nosso estudo, no qual temos apenas 15 municípios tratados e 47 serviços de atenção domiciliar implantados no estado. Os resultados obtidos com o estudo demonstrou que Política Nacional de Atenção domiciliar, ainda é um processo em construção no estado, contudo aponta a potencialidade da política como uma ‘porta saída’ qualificada frente ao cenário caótico da rede de urgência do estado, no tocante a racionalização de leitos.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar. Avaliação de Políticas Públicas. Avaliação Serviço de Saúde. Controle Sintético. Programa Melhor em Casa. Serviço de Atenção Domiciliar.

## ABSTRACT

The remotest references in medicine already described home-based care. The use of the home as a space for health care has expanded worldwide in the last decades. This tendency in several countries around the world was motivated by the need to rationalize the use of hospital beds, due to problems related to inefficiency, ineffective, and increasing demand in health care, along with demographic and epidemiological changes. In this perspective, this study proposes to evaluate the National Home Care Policy regarding the average length of stay per patient / day in the emergency and urgency network in Pernambuco between 2013 and 2016. The period established in the research is justified by the fact of the years with the publication of the Ministry of Health Ordinance No. 963 in 2013, which "Redefines Home Care under the Unified Health System ", and the publication of Ministry of Health Ordinance No. 825 in 2016 which also " Redefines Home Care within the Unified Health System and updates the teams authorized ". For this study, we considered for the sample: 1. Counties with a population of more than 20 thousand, correlating with those who have able care services; 2. Counties with at least one implanted type of home care type two and type three; 3. Counties with 50% of the ceiling for the implementation of home care service teams; 4. Time of implantation of 12 months or more; as covariate dependent the mean residence time per patient / day. Understanding, that this average time of permanence is related to the time that the patient remains waiting for bed of hospitalization, directly linked to the efficiency of the emergency care network in rationalizing the existing beds in the network. As a method of study we chose Synthetic Control, which proposes the construction of a counterfactual, in order to determine the effects caused by the program on the ability to relieve the emergency door, related to the average time of permanence. The analysis by this method was given as a method applied in studies with reduced samples and with only one or a few treated units. It was exactly the case of our study, in which we have only 15 treated municipalities and 47 home care services implanted in the state. The results obtained from the study demonstrated that the National Policy on Home Care is still a process under construction in the state, but points out the potential of the policy as a qualified 'exit door' in the chaotic scenario of the emergency network of the state, regarding rationalization of beds.

**Keywords:** Home Care. Evaluation of Public Policies. Health Service Evaluation. Synthetic Control. Best Home Program. Home Care Service.

## LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** Distribuição espacial segundo Região de Saúde em Pernambuco, Macro e Microrregiões. 43
- FIGURA 2** Distribuição das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco e (%) dos Serviços de Atenção Domiciliar implantados. 45
- FIGURA 3** Evolução da média de permanência por paciente /dia nas urgências e emergências de São Caetano no período de 2011 a 2016. 55
- FIGURA 4** Evolução da média de permanência por paciente /dia nas urgências e emergências de São Joaquim no período de 2011 a 2016. 56

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b>	Marcos Normativos da Atenção Domiciliar no Brasil.	27
<b>QUADRO 2</b>	Resumo das Modalidades da Atenção Domiciliar.	30
<b>QUADRO 3</b>	Custeio das equipes de Atenção Domiciliar.	31
<b>QUADRO 4</b>	Classificação dos municípios, quantitativo de habitantes e equipes de Atenção Domiciliar habilitadas.	39
<b>QUADRO 5</b>	Equipes de Atenção Domiciliar habilitadas por estado, região e número de habitantes.	39
<b>QUADRO 6</b>	SAD habilitados e implantados em Pernambuco até 25 de abril de 2016.	40
<b>QUADRO 7</b>	Municípios tratados (i), Regiões de Saúde, população e leitos disponíveis.	46
<b>QUADRO 8</b>	PIB, per capita, população e média de permanência nos municípios não tratados (Ic).	47
<b>QUADRO 9</b>	Demonstrativo de leitos ofertados, número de internações e (%) de racionalização.	50
<b>QUADRO 10</b>	EQME da covariada $\theta$ para os municípios São Caetano e São Joaquim.	52
<b>QUADRO 11</b>	Análise descritiva das covariadas 2013 a 2016 por município tratado (i).	53
<b>QUADRO 12</b>	Ponderação do controle sintético e a média de permanência dos municípios não tratados.	53
<b>QUADRO 13</b>	Demonstrativo do potencial do Programa Melhor em Casa tem de aliviar a porta de urgência e emergência .	57

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b>	Valores transferidos fundo a fundo entre 2013 a 2016.	32
<b>GRÁFICO 2</b>	Cobertura populacional.	37
<b>GRÁFICO 3</b>	Equipes implantadas de AD por região e estado.	37
<b>GRÁFICO 4</b>	Origem dos usuários.	58
<b>GRÁFICO 5</b>	Média de idade dos usuários admitidos no SAD entre 2013 a 2016.	59
<b>GRÁFICO 6</b>	Percentual de usuários admitidos no SAD entre 2013 a 2016, segundo gênero.	59
<b>GRÁFICO 7</b>	Percentual de usuários admitidos no SAD entre 2013 a 2016, segundo principais CID 10.	59

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b>	Corte da amostra.	42
<b>TABELA 2</b>	Municípios elegíveis para o estudo conforme corte amostral.	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica.
<b>AD</b>	Atenção Domiciliar.
<b>AD1</b>	Atenção Domiciliar Modalidade 1(Equipe responsável: ESF/NASF; Perfil de pacientes: Crônico, estável, pouco complexo; e tempo de permanência: Permanência longa com vínculo habitualmente definitivo).
<b>AD2</b>	Atenção Domiciliar Modalidade 2 (Equipe responsável: SAD EMAD I + EMAP; de pacientes: agudo, crônico agudizado; e tempo de permanência: Permanência Curta com vínculo transitório).
<b>AD3</b>	Atenção Domiciliar Modalidade 3 (Equipe responsável: SAD EMAD II + EMAP; Perfil de pacientes: Crônico complexo, maior uso de tecnologia; e tempo de permanência: Permanência longa com vínculo transitório ou definitivo).
<b>ADT-Aids</b>	Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids.
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
<b>BIPAP</b>	Bilevel Positive Pressure Airway.
<b>CCSA</b>	Centro de Ciências da Saúde Aplicada.
<b>CGAD</b>	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar.
<b>CID</b>	Código Internacional de Doenças.
<b>CIR</b>	Comissão Intergestora Regional.
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde.
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
<b>CPAP</b>	Continous Positive Airway Pressure.
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica.
<b>D.O.U</b>	Diário Oficial da União.

<b>EMAD</b>	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar.
<b>EMAP</b>	Equipe Multiprofissional de Apoio.
<b>eSF</b>	Estratégia Saúde da Família.
<b>e-SUS</b>	Software público que pretende integrar as informações de todos os sistemas utilizados atualmente.
<b>e-SUS AD</b>	Software público que pretende integrar as informações do serviço de atenção domiciliar.
<b>FES</b>	Fundo Estadual de Saúde.
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde.
<b>GM</b>	Gabinete do Ministro.
<b>Hab.</b>	Habitantes.
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano.
<b>MS</b>	Ministério da Saúde.
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde.
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas.
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde.
<b>PNAD</b>	Política Nacional de Atenção Domiciliar.
<b>PE</b>	Pernambuco.
<b>PID</b>	Programa de Internação Domiciliar.
<b>PMC</b>	Programa Melhor em Casa.
<b>PAD</b>	Política de Atenção Domiciliar.
<b>RAAS</b>	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.

<b>RAS</b>	Rede de Atenção a Saúde.
<b>RDC</b>	Resolução da Diretoria Colegiada.
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência.
<b>SAD</b>	Serviço de Atenção Domiciliar.
<b>SAGE</b>	Sala de Apoio a Gestão Estadual.
<b>SAMDU</b>	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência.
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
<b>SAS</b>	Secretaria de Atenção a Saúde.
<b>SAP</b>	Serviço de Atenção Primária.
<b>SCNES</b>	Serviço de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
<b>SIA</b>	Sistema de Informação Ambulatorial.
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde.
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde.
<b>UF</b>	Unidade Federativa.
<b>UFPE</b>	Universidade Federal de Pernambuco.

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\theta$	Média de permanência paciente/dia.
$\gamma$	Número de leitos ofertados pelo Estado de Pernambuco no SUS.
$\eta$	% da Racionalização dos leitos com o Programa Melhor em Casa.
$\mu_j$	Vetor de efeito específico do estado j.
$\varepsilon_{jt}$	Choques transitórios não observados.
$\delta_t$	Fator comum aos municípios, porém, desconhecido.
$w$	Vetor de peso.
$X_0W$	Vetor de variáveis ponderadas.
$X_1$	Vetor de covariadas.
$Z_j$	Vetor de variáveis observáveis, não afetadas pela intervenção.
$\Sigma$	Somatório.
$\cong$	Aproximadamente.
%	Percentual.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>2.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>23</b>
<b>2.1</b>	<b>Breve contexto histórico AD</b>	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>Marcos Normativos da AD no Brasil</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Estratégica empírica</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Descrição e fonte de dados</b>	<b>36</b>
<b>3.3</b>	<b>Aplicação do método</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>49</b>
<b>4.1</b>	<b>Atenção Domiciliar frente ao cenário das urgências e emergências no estado de Pernambuco</b>	<b>49</b>
<b>4.2</b>	<b>Resultados e inferências utilizando à lógica contractual</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico e demográfico populacional nos últimos anos têm impulsionado o Sistema Único de Saúde – SUS, repensar o modelo assistencial, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais eficiente e eficaz com essas mudanças (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013c; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma doença crônica (BRITO, 2007; IBGE, 2010).

Por outro lado, na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos. Para a análise epidemiológica, vai se considerar o conceito de condições de saúde, agudas e crônicas, que difere da tipologia mais usual que é doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis. Essa tipologia convencional tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas observa-se que ela não se presta para referenciar a estruturação dos sistemas de atenção à saúde. As condições crônicas envolvem todas as doenças crônicas, mais as doenças transmissíveis de curso longo (tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS e outras), as condições maternas e infantis, os acompanhamentos por ciclos de vida (puericultura, herbicultura e seguimento das pessoas idosas), as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras e deficiências motoras persistentes) e os distúrbios mentais de longo prazo, caracterizando uma com tripla carga de doença (OMS, 2003).

Nesse novo cenário de transição epidemiológica e demográfica, e de colapso dos serviços de saúde, a Atenção Domiciliar – AD, vem confirmando ser um novo horizonte para Rede de Atenção a Saúde - RAS no Brasil. (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2013c; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

A AD é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à RAS (BRASIL, 2013c).

No Brasil, a organização da oferta da AD vem sendo experimentada, com diversos arranjos, desde a década de 1960, passando por transformações nos últimos anos, a fim de lidar com desafios inerentes ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde – SNS e à crise do modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica hoje praticada (SILVA; ALVES, 2007; BRASIL, 2016b).

Os desafios inerentes ao desenvolvimento do SNS, atualmente estão traduzidos na prática por longas filas de espera, decorrente do acúmulo da demanda reprimida, retardando o atendimento e na maioria dos casos, tornando-os mais complexos e, portanto de maior custo; na limitação de recursos disponíveis; no alto índice de permanência nos leitos hospitalares; somado a queda do poder aquisitivo da nossa população, promovendo a migração do atendimento privado para o setor público (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012d; BRASIL, 2014; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016.).

Esse tipo de atenção à saúde vem sendo enfatizada, em especial nas últimas décadas, a fim de ajustar esses desafios e por ser uma das alternativas pensadas para a racionalização de gastos e descongestionar leitos, orientada pela integralidade, tendo como eixo norteador a “desospitalização” (GALVÃO *et al*, 2011; BRASIL, 2014, SILVA *et al*, 2014; BRASIL, 2016b; PAIVA *et al*, 2016).

Com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a desospitalização, o Ministério da Saúde – MS lança em 2011 o “Programa Melhor em Casa – PMC” que é executado em parceria com estados e municípios. A partir daí, a AD inclui-se na RAS do Sistema Único de Saúde – SUS, assumindo os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Saúde 8080/90: universalidade, equidade, integralidade, resolutividade e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014; SILVA *et al*, 2014; BRAGA *et al*., 2016).

No processo de organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergência – RUE, na perspectiva do PMC, o MS em abril de 2016, lança a Portaria nº 825, que organiza a AD a partir da criação dos Serviços de Atenção Domiciliar – SAD (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Considerando o potencial que a AD possui no tocante à racionalização da utilização dos leitos hospitalares, em especial, os leitos de urgência e emergência, entendendo que a

crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, a transforma numa das mais problemáticas do SNS (BARROS, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2016a).

A portaria 825/2016 organiza a AD em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos: AD1 – destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde; AD2 – destina-se aos 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 contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção; e AD3 – destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento longitudinal e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016a BRASIL, 2016b).

Os SAD's são serviços substitutivos ou complementares à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Podem existir dois tipos de EMAD: EMAD tipo 1 – são aquelas que compõem o SAD nos municípios > 40mil habitantes; e EMAD tipo 2 – são aquelas que compõem o SAD nos municípios com população entre 20 mil e 40mil habitantes (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014; BRASIL, 2016b).

A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo Equipes de Saúde da Família – eSF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Já a prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e EMAP (BRASIL, 2013b; BRASIL 2014; BRASIL, 2016b; MELO; VERDI; SILVA, 2017).

Analisando a implantação do PMC e sua relação com a RAS, em especial com a RUE, é importante destacar seu potencial de conexão com os serviços, com fluxos em todos os sentidos (indicação de internação e de alta) e como dispositivo para aumentar a disponibilidade de leitos e diminuir a permanência hospitalar. A saber, que os usuários que se beneficiarão da AD deverão ser identificados, a partir de protocolos específicos pactuados localmente, podendo ter três origens principais: Atenção Básica; Serviço de Atenção às

Urgências e Emergências; e Hospital. As duas últimas estão mais legitimadas e “visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados” (REHEM; TRAD, 2005).

Nesta mesma lógica, podemos ainda classificar a AD, de acordo com o tipo de serviço que a indica, em: Pré-hospitalar - quando indicada como alternativa à internação hospitalar, as equipes de atenção básica e as equipes que trabalham nas portas de urgência e emergência têm o papel de indicar e acionar a EMAD para a condução do caso; e Pós-hospitalar - quando indicada como alternativa segura e preferível para dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital durante uma internação hospitalar. Neste caso, a equipe que trabalha no hospital tem o papel de indicar e acionar a EMAD para a condução do caso. Em ambas as situações, é essencial a articulação estreita entre os pontos de atenção. Esta articulação é mediada por várias questões e ferramentas, tais quais, regulação estruturada, o estabelecimento de protocolos clínicos que ajudem a definir a indicação da AD e a modalidade a qual o paciente estará inserido, e a capacidade de comunicação entre as equipes e os serviços, de modo consiga dar respostas em tempo oportuno, de forma qualificada, resolutiva e responsável (BRASIL, 2013b, BRASIL, 2016b).

Neste sentido, este estudo ora apresentado, tomou por objeto: avaliar o impacto da Política Nacional de Atenção Domiciliar no estado de Pernambuco, entre os anos de 2013 a 2016, no tocante ao Tempo Médio de Permanência por paciente/dia nas urgências e emergências.

Importante salientar que Tempo Médio de Permanência – TMP representa o tempo médio em dias que um usuário fica internado no hospital, calculado pelo número de pacientes-dia/ número de saídas. No caso dos serviços de emergências, o tempo médio de permanência máximo a considerar é de 24 horas (permanência Curta). O TMP foi escolhido como indicador de avaliação neste estudo, por permite avaliar a eficiência da unidade de urgência e emergência, além reflete a rotatividade do leito operacional, isto é, avalia a capacidade de atendimento e a rapidez com que os pacientes estão sendo tratados e recebendo alta, em tese TMP elevado esta relacionada à falta de leitos hospitalares (SANTO *et al*, 2004).

O Brasil perdeu 23.565 leitos na rede pública do Sistema Único de Saúde entre 2010 – 2015, para pacientes que precisam permanecer no hospital por mais de 24 horas. Segundo levantamento divulgado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, passando de 335.482 para 311.917, representando uma redução é de 7%, os dados foram extraídos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, do MS. Em Pernambuco a quantidade total de leitos de uso exclusivo do Sistema Único de Saúde – SUS passou de 17.921 para 17.262, no mesmo período.

Para a entidade, a insuficiência de leitos é um dos fatores que aumenta o tempo de permanência dos pacientes nas emergências, fazendo com que o usuário acabe "internados" nos prontos-socorros à espera do devido encaminhamento, sendo esta uma das principais causas da superlotação.

Segundo Organização Mundial da Saúde – OMS (2013), ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. Os últimos levantamentos, datados de 2009, mostram que a oferta no Brasil corresponde a uma média de 2,4 leitos por mil habitantes – ou 2,1 para 1000 habitantes no SUS e 2,6 para mil entre os beneficiários de planos de saúde, aquém da orientação da OMS. A taxa era equivalente à média das Américas, mas inferior à média mundial (2,7) ou as taxas de países como Argentina (4,7), Espanha (3,1) ou França (6,4). Em Pernambuco esta média é de 2,1 para 1000 habitantes no SUS. Pernambuco possui 977 leitos para atender 9 milhões de habitantes, assim o estado precisaria disponibilizar 27 mil vagas nos hospitais públicos (CFM, 2015).

Estudos apontam um potencial da PNAD em permitiria o uso mais racional de recursos, aumentando a disponibilidade de leitos ao diminuir a permanência hospitalar (MENDES, W, 2000; ANDREAZZI; BAPTISTA, 2017). Confirmado pelos cálculos da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – CGAD do MS, demonstrando que o PMC representou uma racionalização de  $\cong$  1,3 milhão de leitos no SUS, entre maio de 2012 e maio de 2014, corroborando com a relevância do estudo.

Estes dados são resutados das 922 equipes de SAD implantados no Brasil conforme, portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Essas equipes estão distribuídas em 24 unidades federativas, dentre os entes federados, destacamos Pernambuco, por ser nosso objeto de estudo, com 15 municípios habilitados com SAD conforme a última portaria, a 825, até 25 de abril de 2016, que *“Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas”* (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016a).

Partindo-se desde cenário foi formulada uma questão norteadora a fim de saber como a PNAD impactou na racionalização dos leitos hospitalares, no tocante ao tempo médio de permanência deste usuário, nos leitos urgência e emergência no estado de Pernambuco?

Ao responder a essa questão este estudo pretende lançando um olhar de valor ao PNAD de modo considera-lá um avanço para o SUS, no que diz respeito a uma maior racionalização dos leitos hospitalares.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Breve contextos histórico da AD

Se a doença acompanha o ser humano desde os seus primórdios, a necessidade do cuidado ao doente seguiu a mesma trajetória. Nota-se que as citações ao cuidado domiciliar aparece, desde narrações do novo e do velho testamento, como atendimento aos doentes em seus domicílios (BARROS, 2012).

As mais remotas referências em medicina já descreviam cuidados domiciliares, no Antigo Egito. Registros egípcios apresentavam a figura de *Imhotep* como sendo um indivíduo polivalente que desenvolvia atividades na área da medicina, arquitetura e direito dentre outras, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) atendia o enfermos em local próprio, uma mistura de consultório e hospital, como também realizava visitas domiciliares, sendo também responsável pelo atendimento médico do Faraó Zoser e sua família nas dependências do palácio (AMARAL *et al*, 2001; BARROS, 2012; ALENCAR, 2013).

Na Grécia Antiga, encontramos o médico Asklépios, que atendia os enfermos em templos onde dispunha de medicamentos e materiais especiais para tratamento dos mesmos, podendo esses locais, ser considerados a primitiva estrutura que seria mais tarde denominada hospital, como também realizava atendimentos domiciliares (AMARAL *et al*, 2001; BARROS, 2012; RONNEY, 2013; ALENCAR, 2013).

Hipócrates (460 – 380 a.C.), chamado o “pai da medicina”, é considerado uma das figuras mais importante da história da saúde, em seu tratado sobre ares, águas e os lugares, datado do século V a.C, destacava a residência como um lugar adequado e propício para o cuidado da saúde (AMARAL *et al*, 2001; CAIRUS; RIBEIRO, 2005; BARROS, 2012; ALENCAR, 2013).

Entre o século XVI e XVII observa-se que o cuidado a saúde que realizado no ambiente hospitalar e domiciliar sofriam grandes Influências religiosas. Um dos grandes nomes deste período é o padre Francês São Francisco de Sales (1576-1660), fundador o Instituto das filhas da caridade ou Ordem das irmãs da caridade, responsável por instituir várias casas, semelhante ao ambiente hospitalar, para órfãos, pobres, enfermos e enfermos com doenças terminais. Neste mesmo período os médicos realizavam o cuidado domiciliar para a população mais abastada, com maior poder e recursos financeiros (AMARAL *et al*, 2001; BARROS, 2012; ALENCAR, 2014).

Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hahnemann passou a realizar atendimentos nas casas dos enfermos com a firme crença de que o médico tem o dever de lutar, sem descanso, contra a enfermidade, independentemente do local onde se travava essa luta. Durante a visita domiciliar ele permanecia junto aos leitos de seus doentes a maior parte do tempo possível (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000; AMARAL *et al*, 2001; BARROS, 2012; ALENCAR, 2014).

O Dispensário de Boston no ano de 1976, atualmente denominado de *New England Medical Center*, foi à primeira referência da forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde – ADS, que inaugurou uma nova fase nessa modalidade de atenção à saúde (AMARAL *et al*, 2001; BARROS, 2012; ALENCAR, 2014).

Em 1850, teve início outra organização que ajudou a consolidar a atenção domiciliar internacionalmente, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde denominou-se *Public Health Nurse*. Este movimento foi crucial para lançar as bases dos atuais programas de atenção domiciliar no mundo, influenciando também os movimentos públicos de saúde (AMARAL *et al*, 2001; PEREIRA, 2001; BARROS, 2012; ALENCAR, 2014).

Ainda que a atenção domiciliar tenha nascido junto com as primeiras instituições de saúde, estas evoluíram de modo diferenciado, os investimentos financeiros, tecnológicos e de políticas públicas acabaram sendo centralizada na atenção hospitalar, o que para alguns autores configurou advento da medicina científica, isto é, o hospitalocentrismo (AMARAL *et al*, 2001; PEREIRA, 2001; VECINA; MALIK, 2007; BARROS, 2012; MENDES, E, 2012; ALENCAR, 2014).

O modelo hegemônico de atenção, no ocidente, fundamenta-se na Medicina Científica, que tem suas origens nos séculos XVIII e XIX, com o desenvolvimento da microbiologia. Caracteriza-se por um conjunto de elementos que passaram a determinar a prática médica: o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização, que tem o Relatório *Flexner* como seu grande marco; e, ênfase na medicina curativa. Fortalecendo o desenvolvimento da Medicina Científica e do modelo hegemônico de atenção. A partir da instituição do hospital, a residência deixaria de ser um espaço para produção de cuidado (BRANT; MINAYO-GOMEZ, 2004; SILVA *et al*, 2007; BRASIL, 2012c; OLIVEIRA; ARISTIDES; DIAS, 2014).

Predominantemente cuidadas por uma figura feminina, consanguínea ou por uma pessoa da comunidade. O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde médico que convivia na intimidade dos lares,

dividindo os momentos significativos da vida familiar (doenças, almoços, jantares, casamentos, nascimentos, conflitos), como também compartilhando segredos (BRASIL, 2003c; BRASIL, 2013d; STELMAKE; NOGUEIRA, 2010).

Esse movimento de atender o doente em seu lar, cenário mundial vem acompanhando das mudanças demográficas e epidemiológicas. Destaca-se, contudo, que este movimento não acontece de forma homogênea no cenário mundial, haja vista as diferenças no contexto político e na configuração dos sistemas de saúde entre os países, bem como as especificidades sociais, econômicas e culturais que influenciam sobremaneira o modo de operar e ofertar o cuidado domiciliar (SILVA *et al*, 2010; OLIVEIRA; ARISTIDES; DIAS, 2014; BRAGA, *et al*, 2016).

Em 1947, a AD aparece no Hospital Guido Montefiore em *Nova York* (Estados Unidos), como saída para a falta de leitos hospitalares e para proporcionar aos pacientes um ambiente mais humano e psicologicamente mais favorável (COTTA, 2001; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

Em 1951, esse movimento se estende também para o velho mundo, especificamente, no Hospital Tenon em Paris. Em 1957, na mesma cidade, foi criado o *Santé Service*, organização não governamental e sem fins lucrativos que permanece prestando assistência a pacientes crônicos e terminais. O desenvolvimento da AD na Europa foi bastante irregular, tendo sido criado o programa *From Hospital to Home Health Care* (Hospital para os Cuidados de Saúde em Casa), vinculado ao Organismo Europeu da Organização Mundial de Saúde, com o objetivo fortalecer essa modalidade de cuidado. No entanto, o surgimento da AD em outros países da Europa demorou quase uma década, tão somente em 1965 foi introduzida no Reino Unido; nos anos 70 na Alemanha e Suécia; e no começo dos anos oitenta na Itália (COTTA, 2001; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

Na América Latina, na América Central e no México, de modo geral, a história da AD existe em diferentes inserções e vinculações ao sistema de saúde, porém com poucas políticas referentes ao tema (BRASIL, 2014; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016). Vemos alguns movimentos de AD no Uruguai, onde a cidade de Montevideu criou um programa de AD de base comunitária voltada para a pessoa idosa; em Buenos Aires – Argentina existe diversos serviços com financiamentos público ou privado voltados para o AD; e por fim México o movimento ainda é muito tímido, os programas de AD normalmente estão vinculados a instituições hospitalares (BRASIL, 2014).

No contexto nacional, da história da atenção domiciliar no Brasil, se dá especialmente na primeira metade da do século XX. Essa expansão esteve associada, sobretudo, ao aumento

da demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônico-degenerativas (BRAGA *et al*, 2011; ALENCAR, 2013).

Na literatura existem duas versões referentes ao início da atenção domiciliar brasileira, uma datada de 1919, correlacionada com a criação da primeira escola de enfermagem, fazendo uso da AD para cuidar de pessoas com febre amarela, hanseníase, pneumonia e doenças endêmicas, início da saúde coletiva, onde enfermeiras realizavam visitas domiciliares. A outra versão data de 1949 e relata o surgimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – SAMDU, precursor do atual modelo adotado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (BARROS, 2012; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

Fato é que evolução histórica da atenção à saúde demonstra que o mundo inteiro tem procurado formas de lidar com os altos custos da atenção hospitalar. Ficou claro neste contexto histórico o movimento de rearranjo da atenção à saúde em todo mundo (SILVA *et al*, 2005; BARROS, 2012; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

Neste cenário, a atenção domiciliar é considerada ferramenta com grande potencial para responder aos novos desafios dos sistemas de saúde, que este intimamente associado às particularidades epidemiológicas, socioeconômicas, culturais e políticas de cada país (SILVA *et al*, 2005; BARROS, 2012; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016).

A evolução histórica da atenção à saúde demonstra que o mundo inteiro tem procurado formas de lidar com os altos custos da atenção hospitalar, realizando um movimento de rearranjo do sistema de saúde em todo mundo (SILVA *et al*, 2005; BARROS, 2012).

Dentro dessa necessidade de reconfiguração pungente, de reorganização das demandas de saúde, a AD é vista como um potencial de inovação, sendo esta uma das grandes apostas de reversão da lógica de atenção à saúde centrada no hospital e no atendimento agudo e reativo (REHEM; TRAD, 2005).

A AD surge como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e aparecendo como um “dispositivo” para a desinstitucionalização do cuidado, com um grande potencial de inovação relacionado à racionalização da utilização dos leitos hospitalares, e uma “nova” lógica de cuidado (REHEN; TRAD, 2005; SILVA *et al*, 2010; BRASIL, 2012; ALENCAR, 2013).

## 2.2 Marcos normativos da AD no Brasil

No Brasil, a Constituição Nacional, em 1988 estabeleceu novos conceitos e responsabilidades para os serviços e ações de saúde no Brasil com a criação do SUS, considerando que:

*“Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).*

Desde então, a AD tem sido discutida com novos olhares a partir da implantação do SUS, se expandido no país com maior força a partir da década de 1990, com um crescimento vertiginoso de normativas que estabelecem o seu funcionamento (MOTA; SILVA; LOPES, 2005; SILVA *et. al*, 2014).

Do ponto de vista normativo, desde 1949, existe a experiência de atendimento domiciliar (REHEM;TRAD, 2005). Contudo, segundo Silva *et al* (2010), os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no SUS.

Segue quadro com marcos normativos da AD no Brasil de 1949 até 2016.

**Quadro 1 – Marcos Normativos da Atenção Domiciliar no Brasil.**

Ano	Portaria	Programa
1949	<b>Decreto nº 46.349, de 3 de julho de 1959.</b>	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU).
1998	<b>Portaria nº 2.416</b>	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.
2000	<b>Programa</b>	Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids (ADT-Aids).
2001	<b>Portaria GM/MS nº 1.531</b>	Propiciar aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio.
2002	<b>Lei nº 10.424</b>	Acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080/90.
2002	<b>Portaria SAS/MS nº 249</b>	Estabelece a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRAS-Idoso).

**(Continua)**

**(Conclusão)**

<b>Ano</b>	<b>Portaria</b>	<b>Programa</b>
2006	<b>Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) n° 11</b>	Regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar.
2006	<b>Portaria GM/MS n° 2.529</b>	Instituiu a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.
2006	<b>Portaria n° GM/ MS n° 2.529</b>	Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS.
2008	<b>Portaria GM/MS n° 1.370, regulamentada pela Portaria SAS/MS n° 370.</b>	Amplia o rol das patologias elegíveis para cadastramento no programa.
2011	<b>Portaria GM/MS n° 2.029</b>	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e revoga a Portaria n°2.529, de 2006, dando base para que o governo federal lançasse o programa melhor em casa (PMC) no dia 08 de novembro de 2011.
2011	<b>Portaria GM/MS n° 2.527</b>	Revogação da Portaria n° 2.029.
2011	<b>Portaria GM/MS n° 630</b>	Programa Melhor em Casa (PMC).
2011	<b>Portaria GM/MS n°1. 600</b>	Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências (RUE) no SUS, estabelece a AD como componente estratégico da RUE.
2011	<b>Portaria SAS/MS n° 672</b>	Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da Atenção Domiciliar no SUS.
2012	<b>Portaria GM/MS n° 1.208</b>	Possibilita a atuação de uma equipe de Atenção Domiciliar nos hospitais inseridos no programa, tendo como objetivo evitar internações e liberar leitos de retaguarda através da desospitalização.
2013	<b>Portaria SAS/MS n° 276</b>	Criou o registro de ações ambulatoriais de saúde (RAAS) e incluiu a tabela de procedimentos e órteses, prótese e materiais do SUS, a modalidade de atendimento e o instrumento de registro de Atenção Domiciliar.
2013	<b>Portaria GM/MS n° 1.505</b>	Definição de valores de custeio com equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar.
2013	<b>Portaria GM/MS n° 963</b>	PCM. Trata-se de uma marca de governo que congrega todas as ações e estratégias relacionadas à Atenção Domiciliar.
2016	<b>Portaria GM/MS n° 825</b>	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas.

**Fonte:** Informações obtidas do site do Ministério da Saúde/2017.

**Notas:**

\*Informações trabalhadas pelo autor.

\*\*Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

Os marcos normativos de maior relevância dentro do contexto deste estudo foram publicados no ano de 2011, a portaria nº 2.029 em agosto, representando um compromisso de que a atenção domiciliar é uma prioridade, o lançou o Programa Melhor em Casa em 8 de novembro de 2011 com a portaria nº 630 e por fim, a inserção da AD no contexto das RAS, mais especificamente na “Rede Saúde Toda Hora”, com o objetivo de reorganizar a atenção às urgências e emergências no SUS com a portaria nº 1.600 (BRASIL, 2013b; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2017).

A partir daí, as bases legais que disciplinam a AD no âmbito do SUS, vem sofrendo modificações e outras portarias ganharam destaque: a Portaria 1.208/2012 que possibilitou a atuação de uma equipe de AD nos hospitais inseridos nesse programa, com objetivo de evitar internações e liberar leitos de retaguarda através da desospitalização, em parceria com as equipes de AD no território; e a portaria 825/2016 que organiza o AD em três modalidades, com critérios de elegibilidades divididos em clínicos e administrativos Entendendo que estes critérios dizem respeito à situação do usuário, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita – critérios clínicos; e aos quesitos administrativo, operacionais e legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado – critérios administrativos (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; OLIVEIRA; ARISTIDES; DIAS, 2014; BRASIL, 2016a).

Esta mesma portaria traz considerações quanto à organização das equipes de AD a partir de modalidades (AD1, AD2 e AD3), a saber, que o cuidado prestado aos usuários classificados na modalidade AD1 é responsabilidade das equipes de Atenção Básica – AB, e os das modalidades AD2 e AD3, das equipes de AD que compõem o SAD. Também quanto à modalidade das equipes que compõe o SAD (EMAD tipo I, EMAD tipo II e EMAP) (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b; MELO; VERDI; SILVA, 2017).

Vale resaltar que a expansão das equipes de Atenção Primária a Saúde – APS no Brasil através da eSF foi um grande marco no SUS, ampliando consideravelmente o acesso dos brasileiros (as) às ações e serviços de saúde e que o papel das EMAD não substitui as ações realizadas no domicílio pelas APS, em especial as equipes eSF. Pelo contrário, ao considerar a AD1 como de responsabilidade destas equipes, o ministério da saúde reconhece o seu trabalho como um eixo fundamental ao mesmo tempo em que as EMAD se apresentam como uma possibilidade de serem complementares, quando as demandas dos pacientes superam a capacidade de resposta das equipes de APS. A PNAB de 2011 reforçaria esta integração, e a AD1 passaria a fazer parte do rol de atividades das equipes de APS inclusive

em seu sistema de informação: o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIS-AB, ligado ao e-SUS, contempla a classificação da complexidade do cuidado domiciliar no rol de ações das equipes de APS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

**Quadro 2** – Resumo das modalidades da Atenção Domiciliar.

Modalidade			
Atenção Domiciliar tipo 1 - AD1	Atenção Domiciliar tipo 2 - AD2	Atenção Domiciliar tipo 3 - AD3	
<b>Responsável:</b> Atenção Básica - AB		<b>Responsável:</b> Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes de Saúde da Família – ESF.</li> <li>• Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMADI tipo I.</li> <li>• Equipe multiprofissional de apoio – EMAP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD tipo II.</li> <li>• Equipe multiprofissional de apoio – EMAP.</li> </ul>	
<b>Elegibilidade</b>	Perfil de Crônico, estável, pouco complexo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanência longa e vínculo habitualmente definitivo.</li> </ul>	Perfil de agudo, crônico agudizado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanência curta e vínculo transitório.</li> </ul>	Perfil de crônico complexo, maior usa de tecnologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanência longa e vínculo transitório ou definitivo.</li> </ul>
<b>Destina-se aos usuários que</b>	<b>AD1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuam problemas de saúde controlados/compensados;</li> <li>• Com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;</li> <li>• Necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional; e</li> <li>• Exijam menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS.</li> </ul>	
	<b>AD2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuam problemas de saúde e que necessitem de <b>maior frequência de cuidado</b>;</li> <li>• Com dificuldade ou <b>impossibilidade física de locomoção</b> até uma unidade de saúde;</li> <li>• Acompanhamento <b>contínuo</b>; e</li> <li>• Inclui normalmente: curativos complexos, drenagem de abscesso, alta frequência de monitoramento de sinais vitais, traqueostomia, uso de órteses/próteses, uso de sondas e ostomias, pós-operatório, uso de aspirador de vias aéreas, acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso, atenção nutricional permanente ou transitória, cuidados paliativos e medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.</li> </ul>	
	<b>AD3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuam problemas de saúde;</li> <li>• Com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;</li> <li>• Necessidade de maior frequência de cuidado;</li> <li>• Acompanhamento contínuo; e</li> <li>• Uso de equipamentos.</li> </ul>	

**Fonte:** Portaria GM 2.527 de 27 de outubro de 2011 e Portaria GM/MS 825 de 25 de abril de 2016.

**Notas:**

\*Para que o usuário seja incluído na modalidade AD3, é necessário que se haja a existência em pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2, e necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: Diálise peritoneal; Paracentese; ou Suporte Ventilatório não invasivo: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); ou Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

\*\*Informações trabalhadas pelo autor.

\*\*\* Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

Portanto, passam a coexistir eSF e SAD, formando um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Sendo o SAD substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde a título de incentivo financeiro para custeio referente à implantação dos SAD prevê repasse de recurso. Recurso esse que foi incorporando do Bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde ao grupo de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC, descritos na portaria 825/2016 da seguinte forma (BRASIL, 2016a):

- I. R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;
- II. R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e.
- III. R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP, repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde – FNS para o Fundo de Saúde Estadual – FSE do ente federativo beneficiado.

### Quadro 3 – Custeio das equipes de Atenção Domiciliar.

Tipo de equipe*	Número de usuários	População**	Custeio mensal por equipe (R\$)
EMAD Tipo 1	Média de 60 usuários	Municípios com população entre 20.000 e 39.999	50.000,00
EMAD Tipo 2	1e de 30 usuários	Municípios com população igual ou superior a 40.000	34.000,00
EMAP	-	Municípios com população igual ou maior que 150.000	6.000,00

Fonte: Portaria GM/MS 825 de 25 de abril de 2016.

#### Notas:

\* Requisitos para que os municípios tenham SAD:

- I. Apresentar, isoladamente ou através de agrupamento de municípios, população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- II. Estar coberto por Serviço Móvel de Urgência (SAMU);
- III. Possuir hospital de referência no município ou região a qual integra.

\*\* A composição do SAD fica definida nos seguintes termos:

OBS. Nos municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferente do SAMU será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD.

- I. Município com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes: SAD será composto por EMAD Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP;
- II. Município com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes: SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá, ainda, contar com EMAP;
- III. Municípios que, associados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes: SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá, ainda, contar com EMAP.

OBS. Todos os Municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da Atenção Domiciliar e, a cada 3 (três) EMAD a mais, farão jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP.

- Ao atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir uma segunda EMAD.

- Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100 (cem) mil habitantes.

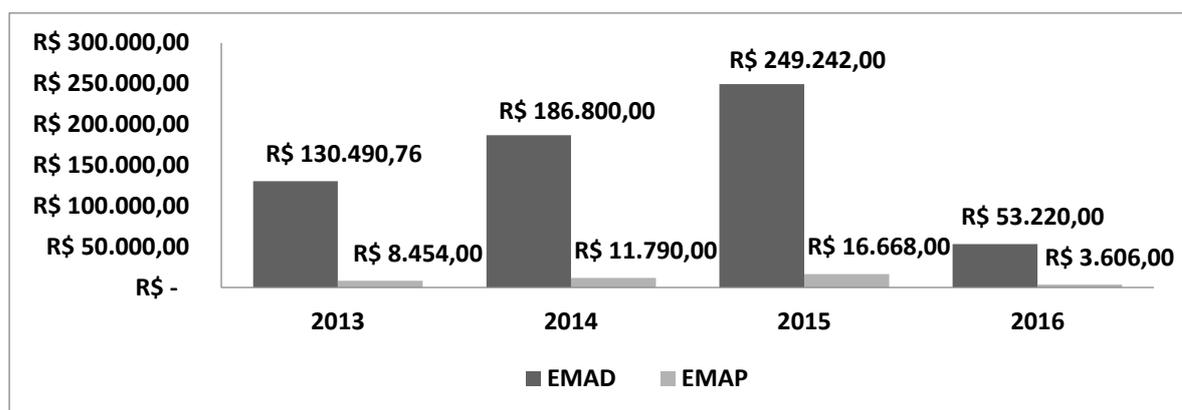
- Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

\*\*\*Informações trabalhadas pelo autor.

\*\*\*\* Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

A saber, que entre 2013 a 2016, como demonstra o gráfico 1, foram repassados  $\cong$  um montante de R\$ 619.752,80 para as equipes de EMAD e R\$ 36.915,61 para as equipes de EMAP, com maiores valores de transferência em 2015, devido à ampliação do PMC em todo Brasil e conseqüente aumento da cobertura populacional. Contudo, com um cenário político instável nesse período, culminando com o *Impeachment* da presidente em 2015, o PMC perde um montante significativo em seus custeios,  $\cong$  78% para ambas as equipes, refletindo diretamente na redução da internação hospitalar e reduz o tempo de permanência dos usuários internados do SUS, em dois anos de implantação segundo dados do ministério da saúde de abril de 2015, o Programa Melhor em Casa liberou cerca de 3,5 mil leitos hospitalares por dia para outros pacientes do SUS (BRASIL, 2016a).

**Gráfico 1** – Valores transferidos fundo a fundo entre 2013 a 2016.



Fonte: FNS, 2016; SAGE/DATASUS, 2016.

Notas:

\*Informações trabalhadas pelo autor.

\*\*Disponível em: [www.sage.saude.gov.br](http://www.sage.saude.gov.br)

\*\*\*Disponível em: [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Estratégias empíricas

Avaliar os impactos de medidas políticas não é trivial. Isolar eficientemente todas as relações de causa e efeito, bem como identificar corretamente quais os impactos exclusivos da intervenção e quais decorrem de eventos aleatórios concomitantes é extremamente complexo. Ampliar essa análise para estimar os efeitos da PNAD e seu impacto amplia de maneira drástica a dificuldade desse exercício. Assim, ao invés de avaliar quais os efeitos a partir dos dados disponíveis, propomos neste estudo empregar uma metodologia que permita avaliar exclusivamente a repercussão da PNAD no tempo médio de permanência por paciente/dia na rede de urgência e emergência em Pernambuco.

A estratégia empírica empregada neste estudo foi o método econométrico de controle sintético através da construção de uma contrafactual, desenvolvido por Abadie e Gardeazabal (2003). O método é útil para estimar efeitos sobre uma unidade que sofreu algum tipo de tratamento, sendo uma das principais aplicações do método é, justamente, a realização de estudos de caso com amostras reduzidas e com apenas uma ou poucas unidades tratadas. Trata-se, exatamente, do caso de Pernambuco, no qual temos apenas 15 municípios com SAD's implantado até a publicação da Portaria MS nº 825, até 25 de abril de 2016. Caso se soubesse como seria a unidade sem a intervenção, então seria simples de computar o efeito de interesse.

Entretanto, já que na prática não se sabe como a unidade seria sem essa intervenção, precisa-se de um método estatístico objetivo que simule como a unidade tratada se comportaria sem tratamento e, assim, estime o efeito da intervenção (ABADIE *et al*, 2010).

Na lógica modal, contrafactual é a situação ou evento que não aconteceu, mas poderia ter acontecido. Diz-se que o evento contrafactual faz parte de um mundo possível, enquanto o evento atual faz parte do mundo atual (ABADIE *et al*, 2010).

A intuição por trás do método é construir a situação atual, como “tratamento”, considerando os municípios expostos à intervenção da Política como “tratados”, e aqueles que não foram expostos à intervenção da Política, como “não tratados”, a fim de obter um comparativo entre o antes e o depois da implantação da PAD no estado de Pernambuco (ABADIE; DIAMOND; HAINMUELLER, 2010). Explicitamente, existe a impossibilidade de obter um comparativo antes e após a aplicação da Política de Atenção Domiciliar denominada como Programa Melhor em Casa, isto é, não se pode observar os dados na

condição de “tratado” e “não tratado”. Então, faz-se necessário para análise desta política pública utilizar a construção de um contrafactual (SILVEIRA NETO *et al*, 2013).

A seguir, apresentaremos o método de controle sintético de forma mais rigorosa, tendo por base as exposições em Abadie e Gardeazabal, (2003) e Abadie, Diamond e Hainmueller, (2010).

Considerar um painel real com observações para um conjunto  $Ic$  de municípios tratados, para um período de  $T$  anos, onde  $Ic$  corresponde ao número de municípios não tratados considerados. Considerando o ano de implantação da PNAD,  $T_0$ ,  $1 \leq T_0 < T$ , nos municípios considerados tratados. Os autores ainda evidenciam que, ao aplicar essa metodologia o estimador de controle sintético é enviesado, mesmo que apenas um período de anterior à intervenção seja verificado. Significa que  $Y_{it}^I$  e  $Y_{it}^N$ , respectivamente, assumem o valor da variável foco da análise dos municípios tratados  $i$  com e sem intervenção, a fim de obter estimativas para:

$$\tau_{it} = Y_{it}^I - Y_{it}^N = Y_{it} - Y_{it}^N \text{ para } t > T_0 \quad (I)$$

Onde  $Y_{it}^I = Y_{it}$ , já que este valor é observável.

Busca-se, pois, estimativas para os valores de  $Y_{it}^N$  a partir dos demais  $Ic$ , gerados a partir de um modelo do tipo:

$$Y_{jt}^N = \delta_t + \theta_t Z_j + \gamma_t \mu_j + \varepsilon_{jt} \quad (II)$$

Dado que:  $j$  descreve os  $Ic$  (municípios que não sofreram intervenção);  $\delta_t$  é um fator desconhecido e comum aos municípios;  $Z_j$  é um vetor de variáveis observáveis não afetadas pela intervenção, e  $\theta_t$  é seu associado vetor de parâmetros;  $\mu_j$  é um vetor de efeito específico dos municípios que não sofreram intervenção  $j$ , com  $\gamma_t$  seu associado vetor de parâmetros desconhecidos, e  $\varepsilon_{jt}$  representa choques transitórios não observados.

O método proposto por Abadie *et al.*, (2010) procura, entre os vetores de pesos  $w$  ( $Ic \times 1$ ),  $(w_1, w_2, \dots, w_{Ic})'$ , onde  $w_j \geq 0$  e  $\sum_{j=1}^{Ic} w_j = 1$ , um vetor  $w^*$  tal que:

$$\sum_{j=1}^{Ic} w_j^* Y_{jt} = Y_{it}, \text{ para } 1 \leq t \leq T_0 \text{ e } \sum_{j=1}^{Ic} w_j^* Z_j = Z_i \quad (III)$$

Uma ponderação de variáveis dependentes dos municípios que não sofreram intervenção do período pré-intervenção e as variáveis explicativas observáveis destes municípios, de forma que se obtenha o valor da variável dependente dos municípios tratado  $i$  em cada período e as variáveis explicativas observáveis. Tal vetor representa uma estrutura de ponderação dos municípios não tratados e corresponde ao controle sintético para os municípios  $i$ , isto é, municípios tratados.

Esta metodologia mostra que, sob condições padrões, o valor esperado de  $Y_{it}^N - \sum_{j=1}^{Ic} w_j^* Y_{jt}$ , ou seja, da diferença entre a variável de interesse dos municípios tratados  $i$  que sofreram a intervenção para período sem intervenção e a soma ponderada (**pelo vetor  $w^*$** ) dos valores dos municípios sem intervenção, sendo este 0 (zero).  $\sum_{j=1}^{Ic} w_j^* Y_{jt}$ , seria então, um estimador não enviesado de  $Y_{it}^N$ . Assim, as estimativas do impacto da intervenção do PNAD nos municípios tratados  $i$  nos períodos pós-intervenção, podem ser obtidas através da diferença:

$$\hat{\tau}_{it} = Y_{it} - \sum_{j=1}^{Ic} w_j^* Y_{jt} \text{ para } t > T_0 \quad (IV)$$

Como, em geral, as condições em (III) tendem a não vigorar exatamente, o controle sintético representado pelo vetor de pesos  $w^*$ , é escolhido de forma que minimize a distância.

A relevância da escolha desse método no estudo em questão consiste no fato de permitir que os efeitos não observáveis específicos dos municípios variem no tempo, podendo-se ter um controle para influências específicas dos municípios no tempo, representado na equação (II), a partir da variação possível do parâmetro  $\gamma_t$  no tempo. Por satisfazer as condições na equação (III), valendo quando as condições  $\sum_{j=1}^{Ic} w_j^* Z_j = Z_i$  e  $\sum_{j=1}^{Ic} w_j^* \mu_j = \mu_i$  vigoram aproximadamente.

A obtenção do controle sintético (**vetor de pesos  $w^*$** ) envolve a minimização de uma medida de distância entre os valores das variáveis dos municípios que sofreram a intervenção no período pré-intervenção,  $X_1$  (vetor de variáveis), e o mesmo conjunto de variáveis para os municípios que não sofreram a intervenção no mesmo período ponderadas pelo vetor de pesos,  $X_0 W$  (vetor de variáveis ponderadas:  $\sqrt{(X_1 - X_0 W) \cdot V (X_1 - X_0 W)}$ , onde  $V$  é uma matriz simétrica positiva semidefinida que afeta o Erro Quadrado Médio do Estimador (EQME). Sendo assim, quando se escolhe o  $V$  de forma que o EQME da variável de interesse é minimizado no período pré-intervenção.

As inferências, segundo essa metodologia, se dão de duas formas. A primeira forma será a avaliação dos erros padrões da regressão. Ao efetuarmos a regressão a partir de dados agregados, na estimativa dos parâmetros carregam-se as incertezas dos próprios dados agregados. Os erros padrões também incorporam, no caso de comparações via estudos de casos, uma fonte adicional de incertezas vindas da aderência (ou falta dela) do grupo de controle produzir um contrafactual eficiente que demonstre a evolução da variável de interesse na ausência da intervenção.

Abadie; Diamond e Hainmueller, (2010), aventam que essa incerteza é sempre presente, independentemente do uso de dados agregados ou dados individuais.

Adicionalmente, quando a variável de interesse representa um resultado agregado, o uso de dados individuais tende a ampliar a incerteza do modelo.

Uma segunda forma de inferência, proposta na metodologia é a análise de placebo. Abadie e Gardeazabal, (2003) propuseram essa abordagem para avaliar se a magnitude do efeito da variável de interesse nos municípios de análise pós-intervenção é relevante o suficiente para permitir afirmar que houve impacto. Na análise de placebo, aplica-se o mesmo exercício para todos os municípios de controle e compara-se o resultado com o resultado para a os municípios de análise.

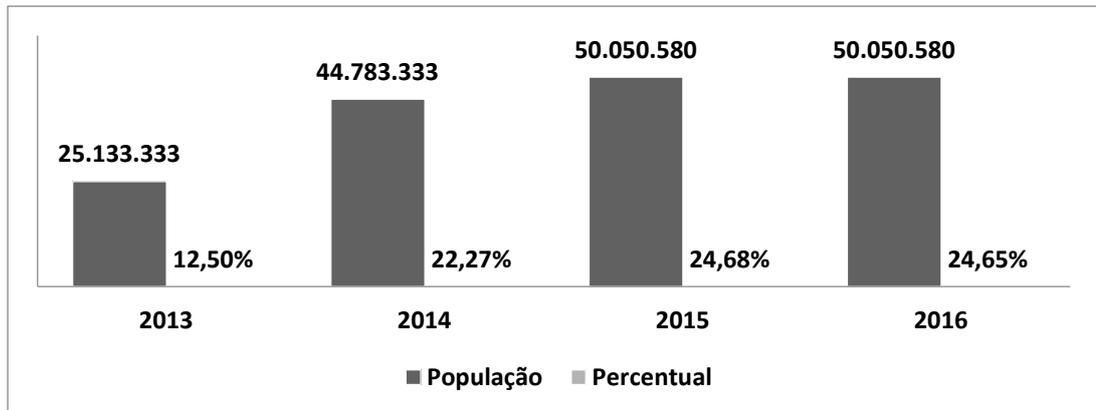
Dessa forma, após o emprego da metodologia de factual sintético, faremos a análise do diferencial médio de crescimento entre as séries sintéticas e tratadas para os períodos pré-intervenção e pós-intervenção.

### **3.2 Descrição e fonte dos dados**

O período pesquisado compreendeu os anos de 2013 a 2016. O período estabelecido na pesquisa justifica-se pelo fato do ano de 2013 incidir com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 963, de 27 de maio de 2013, que “*Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*” e o ano de 2016 por estarem incluídos neste estudo apenas os municípios que estavam habilitados no estado de Pernambuco até a publicação da Portaria MS nº 825, até 25 de abril de 2016, que “*Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas*”.

Desde 2013, foram habilitados 922 SAD’s em 340 municípios de 25 Unidades Federativas no Brasil, sendo 515 EMAD tipo I, 82 EMAD tipo II e 325 EMAP, representando uma cobertura populacional de cerca 24,84%, traduzindo em números representa  $\cong$  50.063.257 habitantes cobertos pelo PMC (BRASIL, 2016a).

O gráfico 2 demonstra essa cobertura populacional no Brasil em números e percentual nos últimos quatro anos, das unidades federativas que possuem SAD. Isto é, representa o número de usuários que passam a ter acesso ao SAD, de 2013 a 2016. Correlacionando com gráfico 1 da sessão anterior, podemos verificar que mesmo com o corte no custeio, o percentual de cobertura decresceu. Todavia, o fato de manter o percentual de cobertura é um ponto a favor do programa.

**Gráfico 2 – Cobertura populacional.**

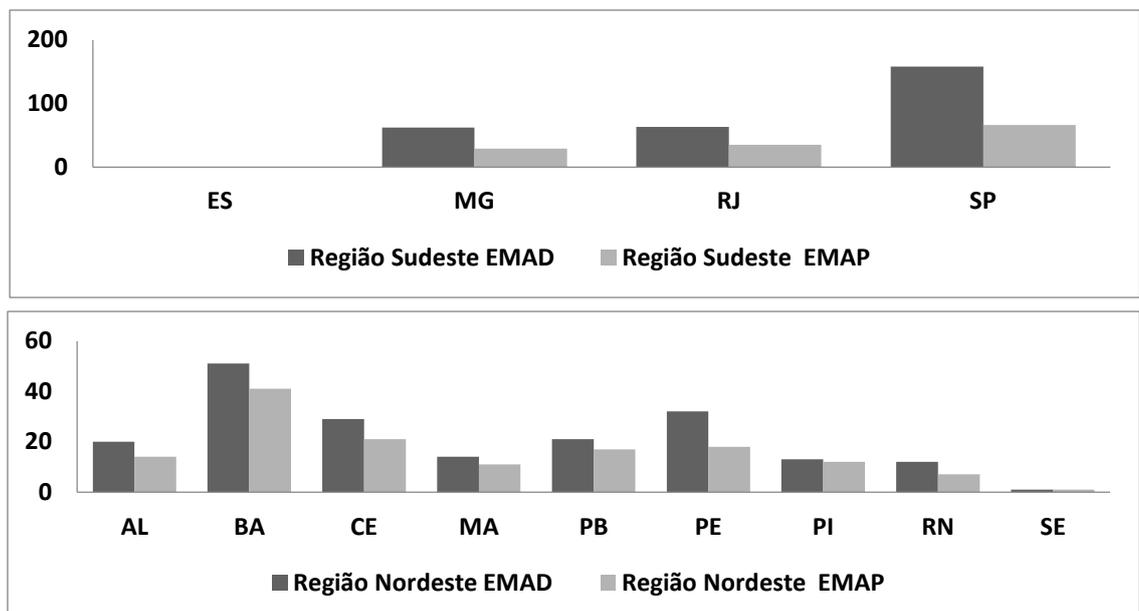
**Fonte:** IBGE, 2010; SAGE/DATASUS - Ministério da Saúde, 2016.

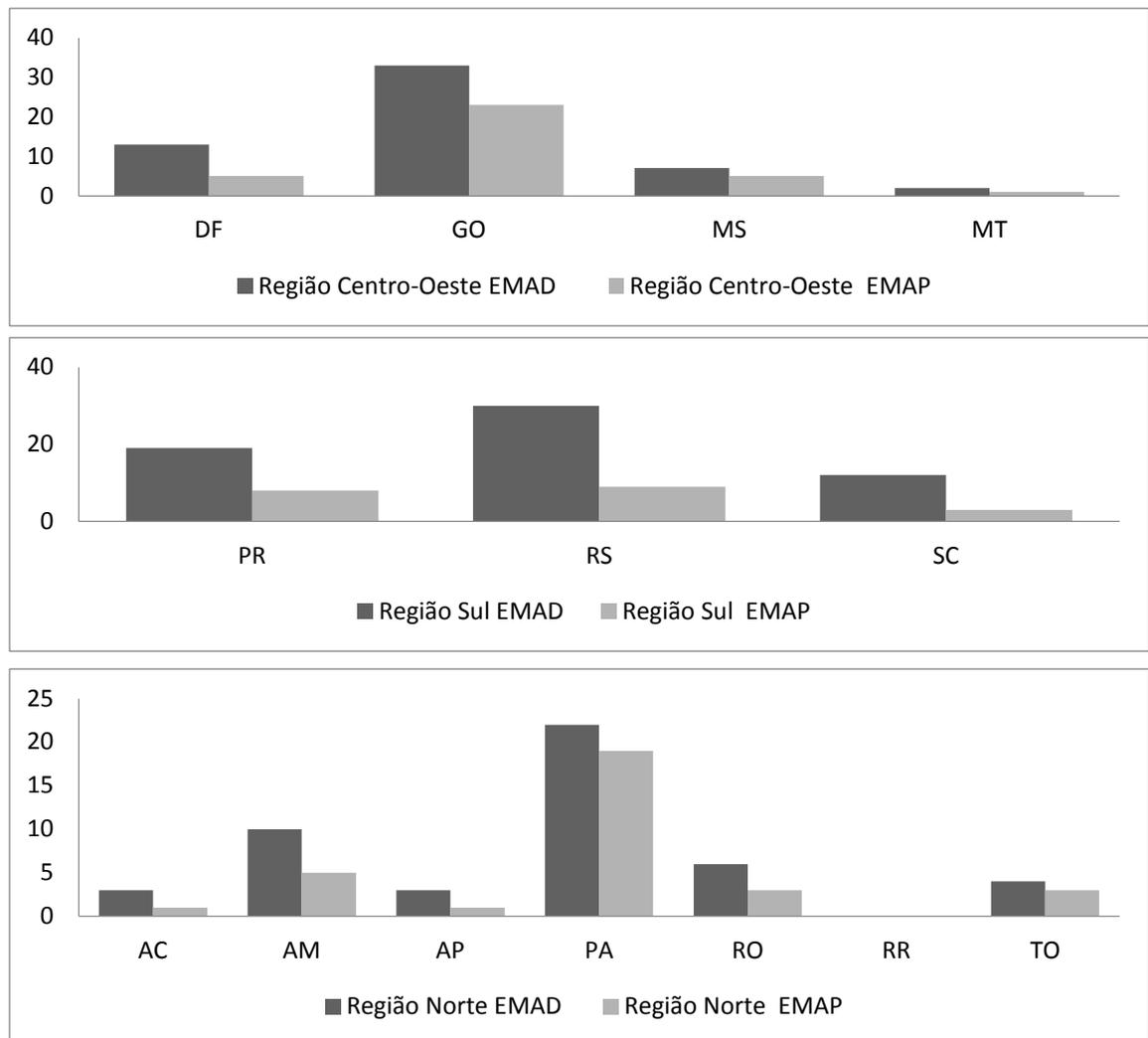
**Nota:**

\*Disponível em: [sage.saude.gov.br](http://sage.saude.gov.br)

\*\*Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

O gráfico 3, trás os SAD implantadas no Brasil por região, bem como o número de equipes (EMAD/EMAP) por estado. O que se observa neste gráfico, é uma maior concentração de SAD's localizada na Região Sudeste com 385 equipes implantadas, o que corresponde a 41,76%. Seguindo, em ordem decrescente, está a Região Nordeste com 304 equipes implantadas, correspondendo a 32,97%, a região Centro-Oeste com 82 equipes implantadas, correspondendo a 8,89%, a região Sul com 78 equipes implantadas, correspondendo a 8,46% e, por fim, a região Norte com 73 equipes implantadas, correspondendo a 7,92%.

**Gráfico 3 – Equipes de Atenção Domiciliares implantadas por região e estado.**



**Fonte: SAGE/DATASUS - Ministério da Saúde, 2016.**

**Nota:**

**\*Disponível em: [sage.saude.gov.br](http://sage.saude.gov.br)**

**\*\*SAGE: Sala de Apoio a Gestão Estratégica**

**\*\*\*DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil**

Importante resaltar que 40%, dos SAD implantados nos estados demonstrados no gráfico 2 e corroborado com o quadro 4, estão distribuídas nos municípios classificados de grande porte, com população acima de 100 mil habitantes, como um primeiro reflexo da portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011, que orientava que os SAD's deveriam atender a uma população adscrita de 100 (cem) mil habitantes. Posteriormente, essa portaria foi substituída pela portaria 2.527 em outubro do mesmo ano, que também foi substituída pela portaria 963 de 27 de novembro de 2013, com o objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também pudessem ter implantados em seu território o SAD.

**Quadro 4** – Classificação dos municípios, quantitativo de habitantes e equipes de AD habilitadas.

Classificação (IBGE)	Quantitativo de municípios	Habitantes	EMAD 1	EMAD 2	EMAP
Grande Porte	136	Acima de 100 mil	391	1	160
Médio Porte	84	Entre 50 mil e 100 mil	85	-	67
Pequeno Porte	120	Inferior a 50 mil	39	81	98
<b>TOTAL</b>	340	-	515	82	325

**Fonte:** IBGE, 2010 e Portaria GM/MS 825 de 25 de abril de 2016.

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor.

\*\* Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

\*\*\*Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

Essa tendência do SAD está mais presente nesses municípios de grande porte, pela implantação do EMAD tipo I, talvez possa ser justificado pelo perfil do usuário AD1, que necessita de cuidados de menor complexidade, e pela equipe responsável ser da atenção básica, uma vez que, tal rede está mais bem estruturada nestes municípios.

Trazendo um recorte das equipes de SAD implantadas para Região Nordeste, onde esta o estado de Pernambuco. Notamos ser a segunda região do país com o maior número de SAD's habilitados, 304 equipes implantadas. Observando o Quadro 5, notamos que Bahia, Pernambuco e Ceará, em ordem decrescente, possuem maior concentração de SAD's.

**Quadro 5** – Equipes de Atenção Domiciliar habilitadas por estado da região Nordeste e número de habitantes.

Estado	Atenção Domiciliar implantadas	(%) das equipes implantadas	Habitantes
AL	34	11,18	3.375.823
BA	86	28,29	15.344.447
CE	45	14,80	9.020.460
MA	25	8,22	7.000.229
PB	26	8,55	4.025.558
PE	47	15,46	9.473.266
PI	23	7,57	3.219.257
RN	16	5,26	3.507.003
SE	2	0,66	2.288.116
<b>TOTAL</b>	304	100,00	57.254.159

**Fonte:** Portaria GM/MS Nº 825 de 25 de abril de 2016

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor.

\*\* Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis).

\*\*\*Os estados com destaques em caixa possuem o maior número de SAD's implantados.

O Estado de Pernambuco, nosso objeto de estudo, possui 15,46% dos SAD's implantados na região nordeste, é o segundo em número de SAD's implantados, 47 equipes distribuídas em 15 Municípios.

A análise das informações referentes ao Programa Melhor em Casa<sup>1</sup> no Estado de Pernambuco foram retirada da portaria 825/ até 25 de abril de 2016, organizados nas seguintes modalidades:

**Quadro 6 - SAD habilitados e implantados em Pernambuco até 25 de abril de 2016.**

<b>Código do IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Habitantes</b>	<b>EMAD tipo I</b>	<b>EMAD tipo II</b>	<b>EMAP</b>
260005	Abreu e Lima	98.201	1	0	1
260050	Águas Belas	42.291	1	0	1
260290	Cabo de Stº. Agostinho	95.979	1	0	1
260410	Caruaru	277.982	3	0	1
260620	Goiana	78.618	1	0	1
260760	Ilha de Itamaracá	24.888	0	1	1
260775	Itapissuma	25.798	0	1	1
260790	Jaboatão dos Guararapes	335.371	5	0	2
260880	Lajedo	39.240	0	1	0
261110	Petrolina	217.093	3	0	1
261160	Recife	1.538.000	9	0	3
261300	São Bento do Uma	47.230	1	0	0
261310	São Caetano	36.859	0	1	1
261330	São Joaquim do monte	21.215	0	1	1
261640	Vitória de Stº Antão	11.541	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>2.890.306</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

Fonte: IBGE, 2010 e Portaria GM/MS 825 de 25 de abril de 2016.

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor.

\*\* Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

\*\*\*Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

<sup>1</sup> Programa melhor em casa: programa instituído em 2011 e foi integrado ao Programa SOS Emergências na

Em números, temos 2.890.306 habitantes (dois milhões, oitocentos e noventa mil, trezentos e seis habitantes), assistidos pelo SAD com um custo anual projetado de R\$ 18.792,00 (dezoito milhões, setecentos e noventa e dois mil reais), atendendo aproximadamente 2.330 usuários/mês. A estimativa média é de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2.

Com relação ao porte e equipes implantadas, observa-se a mesma tendência nacional e do Nordeste, 76,9% dos SAD's estão implantados em municípios de grande porte acima de 100 mil habitantes no estado.

A coleta de dados consistiu na base de informações disponibilizadas pelo DATASUS, disponível para download através do programa *Tab para Windows – TabWin*<sup>2</sup>, vindo a facilitar o trabalho de tabulação e tratamento dos dados, bem como, a Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE do Ministério da Saúde e informações relevantes do IBGE. Tais fontes foram selecionadas, devido à cobertura de informações para balizar este estudo.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, ou seja, interpretação de dados numéricos utilizando quadros, gráficos, tabelas e indicadores, levando em consideração um variável controle (variável dependente: Tempo Média de Permanência). De acordo com o conceito de Herrero e Cuesta (2005) para a estrutura do processo de medição, “variável – propriedade que se quer medir; atributo – grau ou modalidade em que se manifesta a propriedade medida; valor – modo de expressar de forma numérica o atributo e relação – “ligação” entre vários valores de variável”.

Como tratamento da base, utilizou-se o emprego de dois *softwares* (*Excel* e *Stata*), para economizar tempo, recurso, esforços e diminuir as margens de erro do resultado.

Para este estudo considerou-se para a amostra:

- I. Municípios com **números de habitantes acima de 20 mil**, a fonte provém da edição do IBGE ano de 2016, bem como, da publicação da portaria nº 825/2016, correlacionando com os que possuem SAD.
- II. Municípios com, **pelo menos, uma equipe implantada na modalidade AD2 e uma equipe implantada na modalidade AD3.**
- III. Municípios **com 50% do teto de implantação de equipes de SAD**, entendendo que municípios menores de 50% do teto de equipes implantadas possui uma implantação incipiente, levando a menor capacidade de contribuir com a pesquisa.

---

<sup>2</sup> Ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DATASUS.

IV. **Tempo de implantação igual ou superior a 12 meses** de modo a minimizar a interferência de possíveis dificuldades inerentes ao primeiro ano de implantação do serviço.

**Tabela 1 – Corte da amostral.**

Código do IBGE	Município	Habitantes	EMAD tipo I	EMAD tipo II	EMAP
260005	Abreu e Lima	98.201	+1	0	+1
260050	Águas Belas	42.291	+1	0	+1
260290	Cabo de St.º Agostinho	95.979	+1	0	+1
260410	Caruaru	277.982	-3	0	+1
260620	Goiana	78.618	+1	0	+1
260760	<b>Ilha de Itamaracá</b>	<b>24.888</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>
260775	<b>Itapissuma</b>	<b>25.798</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>
260790	Jaboatão dos Guararapes	335.371	-5	0	-2
260880	Lajedo	39.240	0	+1	0
261110	Petrolina	217.093	-3	0	+1
261160	Recife	1.538.000	-9	0	-3
261300	São Bento do Uma	47.230	+1	0	0
261310	<b>São Caetano</b>	<b>36.859</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>
261330	<b>São Joaquim do monte</b>	<b>21.215</b>	-	<b>1</b>	<b>1</b>
261640	Vitória de Stº Antão	11.541	+1	0	+1
<b>MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS</b>		<b>4</b>			

**Fonte:** IBGE, 2010 e Portaria GM/MS 825 de 25 de abril de 2016.

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor.

\*\* Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

\*\*\* Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

\*\*\*\* Ao grifos e as tarjas cinza demonstram os municípios excluídos conforme os critérios amostral.

\*\*\*\*\* Os municípios com destaque em caixa serão utilizados como amostra na pesquisa.

Para avaliação do impacto da Política Nacional de Atenção Domiciliar, conforme corte da amostral, foram elencado os municípios de Ilha de Itamaracá, Itapissuma São Caetano e São Joaquim do Monte, destacados na tabela 1, por possuírem os critérios supracitados, conforme a tabela 2.

**Tabela 2** – Municípios elegíveis para o estudo conforme corte amostral.

Município	Habitantes	EMAD II	EMAP	Custeio anual (R\$)	
				EMAD II	EMAP
Ilha de Itamaracá	24.888	1	1	408.000	72.000
Itapissuma	25.798	1	1	408.000	72.000
São Caetano	36.859	1	1	408.000	72.000
São Joaquim do Monte	21.215	1	1	408.000	72.000
<b>TOTAL</b>	108.760	4	4	1.632.000	288.000

**Fonte:** Portaria GM/MS N° 825 de 25 de abril de 2016.

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor, reirada do banco de dados TabWin.

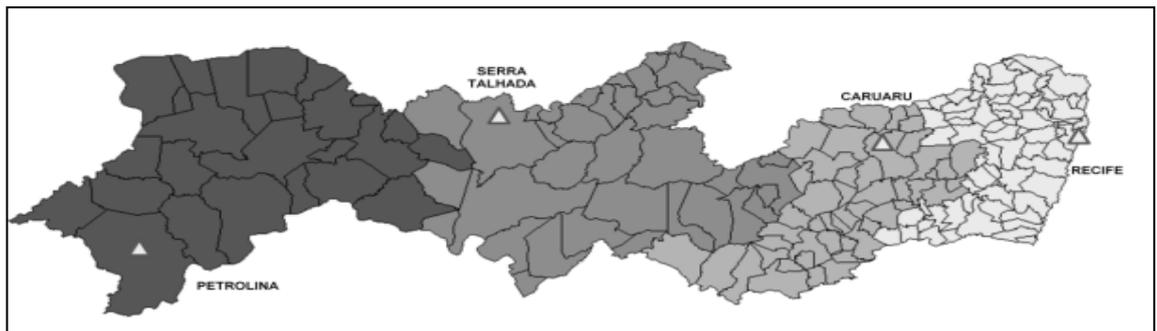
\*\*Disponível em: [www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)

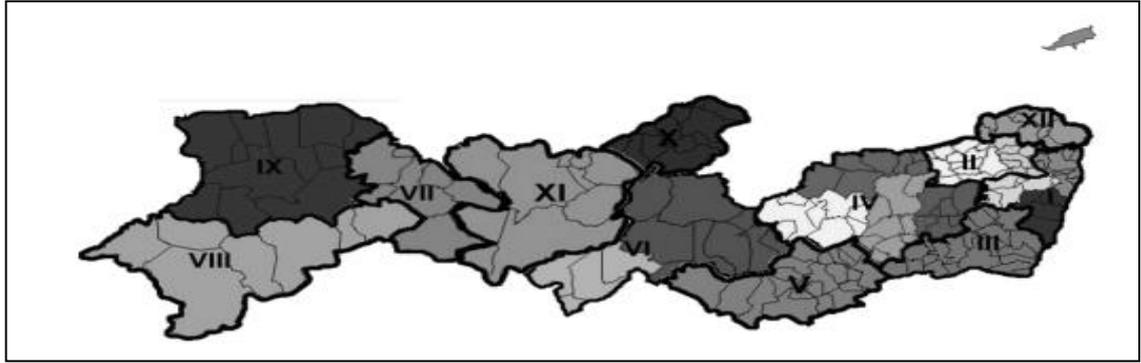
### 3.3 Aplicação do Método

Para este estudo, dividiremos Pernambuco em regiões de saúde, por ser uma diretriz organizativa utilizada no estado desde 2011, e para isso tomando como base o Plano de Regionalização da Saúde (PDR) de 2011.

O estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife – RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 Regiões de Saúde conhecidas como GERES – Gerência Regional de Saúde.

**Figura 1** – Distribuição espacial segundo Região de Saúde em Pernambuco, Macro e Microrregiões.





**Fonte:** IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010; PDR, 2011.

**Nota:**

\* PDR: Plano Diretor do Estado de Pernambuco

\*\*Disponível em: [portal.saude.pe.gov.br](http://portal.saude.pe.gov.br)

\*\*\*Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

As Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Já as Macrorregiões de Saúde são arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade complementando. A Microrregião de Saúde Base territorial de planejamento da atenção primária tem capacidade de ofertar serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade. É constituída por municípios contíguos integrantes de uma Região de Saúde, em áreas territoriais (PERNAMBUCO, 2011).

Quando tratamos de Pernambuco em números no que concerne às equipes de AD no estado, verificamos que, dos 184 municípios e um território estadual (Fernando de Noronha), apenas 15 municípios foram habilitados com SAD's, conforme Portaria GM/MS n° 825 de abril de 2016, distribuído nas quatro macrorregiões de saúde e nove Geres, assim distribuídas:

- I. Macrorregião 1 – Metropolitana: Geres I, II, III e XII.
- II. Macrorregião 2 – Agreste: Geres IV e V.
- III. Macrorregião 3 – Sertão: Geres VI, X e XI.
- IV. Macrorregião 4 – Vale do São Francisco e Araripe: Geres VII, VIII e IX.

O interessante é que verificamos na figura 2, que das quatro a macrorregião de saúde, a macro 3 – Sertão, não habilitou equipes de SAD's até abril de 2016, mesmo sendo considerado o 4º polo médico do estado de Pernambuco.

A macrorregião 1 – Metropolitana apresentou maior concentração de SAD's, total de 65,96% das equipes habilitadas no estado, seguida da macrorregião 2 – Agreste com 25,53%, e macrorregião 4 – Vale do São Francisco e Araripe.

Vale resaltar a ausência de equipes de SAD na macrorregião de Serra Talhada.

**Figura 2** – Distribuição das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco e (%) dos Serviços de Atenção Domiciliar implantados.

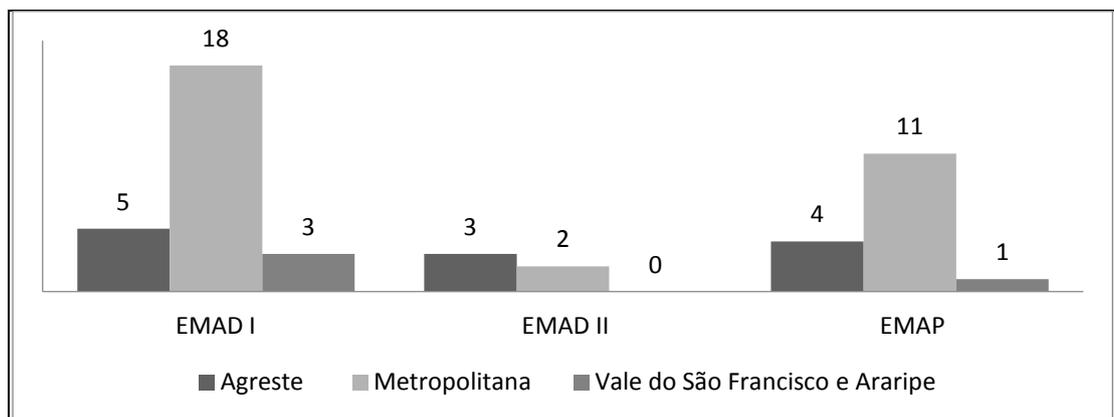


**Fonte:** IBGE 2010; PERNAMBUCO, 2010.

**Nota:** \* Informações trabalhadas pelo autor.

No gráfico 4, especificamos o quantitativo de EMAD e EMAPS por macrorregião e tipo, nas três macrorregiões com SAD's implantados no estado de Pernambuco.

**Gráfico 4** – Número de Serviços de Atenção Domiciliar implantados nas Macrorregiões de Saúde em Pernambuco.



**Fonte:** Cruzamentos de dados da Portaria 825 de abril de 2016 e dados do PDR/PE em 2011.

**Nota:** Informações trabalhadas pelo autor.

Dos 15 municípios do estado de Pernambuco elencados na Portaria GM/MS nº 825, apenas quatro municípios, **Ilha de Itamaracá, Itapissuma, São Caetano e São Joaquim do Monte**, apresentaram as considerações necessárias para fazer parte da amostra descrita na sessão quatro deste estudo, considerados como *i*, isto é, “grupo tratado”.

**Quadro 7** – Municípios tratados (*i*), Regiões de Saúde, população e leitos disponíveis.

Município	Regiões de Saúde	População	Leitos (SUS) *
<b>Ilha de Itamaracá</b>	Macrorregião I- Metropolitana <b>Geres I</b>	24.888	32
<b>Itapissuma</b>	Macrorregião I- Metropolitana <b>Geres I</b>	25.798	1
<b>São Caetano</b>	IV- Vale do São Francisco e Araripe <b>Geres VI</b>	36.859	53
<b>São Joaquim</b>	IV- Vale do São Francisco e Araripe <b>Geres VI</b>	21.215	46

Fonte: IBGE- 2010; PDR- 2011; Portaria GM/MS N° 825 de 25 de abril de 2016.

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor.

\*\*Leitos existentes e leitos disponíveis no SUS até 2016. Não está contabilizado os leitos da SAD: em média 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente.

\*\*\*Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>

A metodologia da avaliação de impacto procura simular esse contrafactual hipotético, por meio de um grupo controle. Entretanto, não é possível observar o público-alvo do projeto em dois cenários diferentes ao mesmo tempo. Ou seja, a única maneira de ter certeza de que a variação observada foi gerada devido à intervenção da política e não a outros fatores, é a formulação de uma contrafactual. Portanto, o grupo controle não existe na prática, para escolha desse grupo controle, determinamos um **Ic**, onde **Ic** corresponde ao número de municípios não tratados considerados, se optou por tentar aproximar o máximo possível os municípios tratados.

A escolha do grupo controle seguiu a seguinte ideia: escolher um grupo de não beneficiários para simular o contrafactual – **Ic**; que apresentar características muito similares ao grupo participante (grupo tratado – **i**); e não ter sido afetado pela intervenção da política diretamente ou indiretamente. Na prática, sabemos que não é possível encontrar um grupo controle idêntico ao grupo de tratamento. É preciso garantir igualdade entre os grupos nas características que podem interferir no indicador de impacto para que a avaliação seja válida.

Tamanho da amostra, conforme a metodologia, não precisa ter, necessariamente, o mesmo número de observações no tratamento e no controle. Se o grupo controle for muito pequeno, podemos estimar o impacto de forma imprecisa, justificando assim o número de municípios elencados para o grupo controle, minimizando o viés de seleção.

O Quadro 8 traz os municípios elencados para formar o grupo controle – **Ic**, elencados conforme: PIB; Per capita; número de habitantes; e permanência média (em dias).

**Quadro 8 – PIB, per capita, população e média de permanência nos municípios não tratados (Ic).**

Município	PIB 2014 (R\$)	Per capita (R\$)	População 2016	Permanência Médio-PM (dias)						Média (PM)
				2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Agrestina	195.353.000	8.122,26	24.454	14,4	4,3	4,5	6,8	6,2	5,6	7,0
Alagoinha	77.394.000	5.632,34	13.759	3,2	3,2	2,7	4,3	2,8	2,5	3,1
Altinho	134.682.000	5.890,33	22.886	12,0	3,3	3,5	3,2	2,9	3,3	5,0
Belo Jardim	1.286.102.000	17.105,61	75.729	2,9	2,9	3,5	3,7	0	2,7	3,2
Bezerros	587.515.000	9.743,04	60.469	20,4	14,4	11,6	7,7	6,9	6,3	9,2
Bonito	302.433.000	7.933,30	38.069	2,8	3,4	3,4	2,8	2,7	2,7	3,0
Brejo da Madre de Deus	281.963.000	5.808,75	49.624	5,4	4,3	4,2	4,1	4,6	2,1	4,2
Cachoeirinha	114.040.000	5.974,44	18.819	3,3	2,5	2	2,5	2,7	3,2	3,0
Camocim de São Félix	102.103.000	5.866,30	17.104	3,3	4,5	3,8	3,7	3,6	4,7	4,0
Capoeiras	113.394.000	5.785,71	19.593	3,9	3,1	2,8	2,7	2,7	2,6	3,0
Cupira	213.737.000	8.992,26	23.909	9,5	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	4,2
Gravatá	941.196.000	11.593,65	82.579	3,5	3,2	3,7	2,8	2,9	2,4	3,1
Ibirajuba	43.310.000	5.737,15	7.534	8,1	2,9	7,6	4,3	4,1	3,1	5,0
Igarassu	1.914.975	17.516,83	102.021	5,8	8,9	3	20,6	11,2	10,9	10,1
Jataúba	89.331.000	5.507,82	15.819	5	3,3	3,3	3,7	3,9	4,5	4
Lagoa dos Gatos	77.763.000	4.943,30	15.615	5	2,3	3	2,7	2,8	2,6	3,1
Panelas	152.946.000	5.773,74	26.440	2,1	3,2	3,0	2,3	1,8	2,2	2,4
Pesqueira	602.870.000	9.166,33	66.524	12,5	14,2	11,8	9,3	11,2	10,5	12
Poçoão	59.353.000	5.381,50	11.242	1	1,1	4,3	3,4	4,2	3,1	3,0
Riacho das Almas	121.940.000	6.289,77	19.162	3,9	2,6	3,6	2,4	2,4	2,7	3,0
Sairé	82.865.000	7.618,37	11.240	3,8	4,1	5,8	5	5	6,5	5,0
Sanharó	163.008.000	6.638,22	25.521	3,0	2,5	2,8	3,0	2,7	3,5	3,0
São Bento do Una	734.172.000	12.869,83	58.251	4,3	3,9	4,1	4,7	4,8	5,0	5,0
<b>Média</b>	<b>386.716.200</b>	<b>7.986,71</b>	<b>34.131</b>	<b>6,0</b>	<b>4,4</b>	<b>4,3</b>	<b>4,6</b>	<b>4,0</b>	<b>4,1</b>	<b>4,6</b>

Fonte: IBGE, 2010; DATASUS/TabWin.

Nota:

\* Informações trabalhadas pelo autor, reirada do banco de dados TabWin.

\*\*Disponível em: [www.datasus.gov.br/tabwin](http://www.datasus.gov.br/tabwin)

Para um período de  $T$  anos, o corte escolhido para o período pré-tratamento foi de 2013 a 2016, considerando o ano de implantação da política.

A variável dependente, representada por  $\theta$ , proposta para este estudo foi a Média de Permanência por paciente/dia nas urgências e emergências, representada pela Tempo Médio de Permanência (TMP).

O TMP se dá pela média em dias que um paciente fica internado, calculada pelo número de pacientes-dias em determinado período de tempo dividido pelo número de saídas nesse mesmo período multiplicado por 100 (ANS, 2013).

Já para variável independente serão consideradas como  $\gamma$  o número de leitos ofertados pelo estado de Pernambuco no SUS e como  $\eta$  o percentual de racionalização dos leitos com a implantação da política.

O software estatístico utilizado para análise econométrica neste estudo foi o STATA na versão 1.0, muito utilizado para análise de onde se realizou um estudo de comparação para utilizando estimadores para grupos tratado comparação entre os grupos que calculamos o impacto da política de atenção domiciliar.

A tabulação dos arquivos foi realizada do TabWin para o Exel, utilizando-se as bases mensais retiradas do sítio do CNES, para o estado de Pernambuco. Para que fosse possível transferir esses arquivos ao software estatístico Stata, após cada tabulação, os arquivos foram salvos em formato “CSV” (comma separated vallues). No Stata, esse formato pode ser aberto através da função “insheet”. O procedimento foi repetido para cada mês, de abril de 2013 até abril de 2016, utilizou-se a função “append”, que permite unir os dados sobre as variáveis (integers) com confractual quando realizado estimadores.

Os resultados dessa estratégia serão analisados na próxima seção.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Atenção Domiciliar frente ao cenário das urgências e emergências no estado de Pernambuco

Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, com vistas a assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2013b).

Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas. Uma das características fundamentais da atenção às urgências é a rapidez, isto é, identificar em pouco tempo o seu problema e buscar a solução mais adequada, sintetizando, o usuário deve ser atendido sem grandes ilações no contexto real em que se apresenta. Portanto, um tempo de estadia prolongado em um Serviço de Urgência pode significar déficit de organização, demanda excessiva, de leitos, serviços de apoio e suporte insuficientes, etc. (BRASIL, 2013b).

Dentro desse contexto, a AD entra com a proposta de otimizar o processo de “alta hospitalar”, considerando a eficiência desse leito, conforme problemas de saúde apresentado, isto é, a elegibilidade para ser absorvido pelas equipes de AD. Sendo assim, o leito logo ficaria disponível para internação de outro paciente. Portanto, a liberação agilizada beneficia a gestão dos leitos hospitalares, refletindo a rotatividade do leito operacional (BRASIL, 2014).

A Portaria GM/MS nº 1101/2002, determina a existência de três leitos para cada grupo de mil habitantes, no entanto se observa um déficit significativo de leitos que deveriam estar disponíveis no SUS.

Um indicador que reflete bem a rotatividade do leito operacional é o Tempo Médio de Permanência – TMP. Segundo Azevedo *et al*, (2010) o TMP é um indicador clássico, que informa a qualidade, a capacidade técnica e resolutiva do serviço de urgências. Representa o tempo total em que o paciente permanece no serviço de urgência até sua saída, seja por alta, óbito, internação, transferência para unidade de observação ou transferência para outra unidade.

Para o cálculo deste indicador, Azevedo *et al*, (2010) considera o tempo de permanência de cada paciente na unidade de urgência em dado período de tempo, dividindo

este, pelo número total de atendimentos no mesmo período de tempo. Este indicador também pode ser segmentado por motivo de atendimento, conhecendo-se assim a deficiência estrutural para o atendimento de situações específicas, medindo o tempo de permanência de cada paciente na unidade de urgência em dado período de tempo segundo um dado diagnóstico dividido pelo número total de atendimentos com diagnóstico idêntico no mesmo período de tempo.

A resolução do CFM nº 2.077/14 orienta que o tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência seja de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido. Em seu Art. 15, proíbe a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Contudo, o déficit na oferta de leitos hospitalares no Estado de Pernambuco, agravado pela crescente demanda por serviços de urgência e emergência nos últimos anos e pelo baixo desempenho das unidades hospitalares, transformou esta área numa das mais problemáticas dentro do estado de Pernambuco.

Frente a esse cenário verificou-se que dos **181** municípios de Pernambuco que possuem leito do SUS, o estado disponibilizou no ano de 2016 um total de **207.909** mil leitos, conforme dados levantados a partir do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, base de dados do Ministério da Saúde. O quantitativo de Internações Domiciliares representou uma racionalização de quase 1.952.280 leitos no SUS em Pernambuco ao longo do período estudado, como demonstra o quadro a baixo.

**Quadro 9** – Demonstrativo de leitos ofertados, número de internações e (%) de racionalização.

Variáveis	Anos			
	2013	2014	2015	2016
Leitos ofertados no SUS/dia	104.738	110.163	108.925	110.014
Número de internações domiciliares	4.217	7.242	11.130	642
Permanência Média (dias)	3,32	6,09	4,40	4,47
Número de internações domiciliares x permanência média	13.996	44.128	48.960	2.873
(%) de racionalização*	13,36%	40,06%	44,95%	2,61%

**Fonte:** DATASUS/TabWin, 2013 a 2016.

**Nota:**

\*O percentual de racionalização está relacionado ao nº de leitos ofertados no estado/ano versus o número de internações domiciliares, multiplicado pela permanência média em dias.

\*\* Informações trabalhadas pelo autor, reirada do banco de dados TabWin.

\*\*Disponível em: [www.datasus.gov.br/tabwin](http://www.datasus.gov.br/tabwin)

Este quadro demonstra que o ano de 2015, foi o melhor ano do Programa Melhor em Casa, apresentou uma racionalização de 44,95% dos leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, o que veio a desobstruir 48.960 leitos, dos 108.925 ofertados pelo SUS neste ano, tendo uma média (%) de racionalização de 25,24%.

No ano de 2016, esse percentual caiu de forma brusca, talvez explicado pela desativação de 659 leitos de internação direcionados para pacientes que precisavam permanecer no hospital por mais de 24 horas. No período de 2010 a 2015, a quantidade total de leitos de uso exclusivo do Sistema Único de Saúde – SUS diminuiu de 17.921 para 17.262. É o que revelou um levantamento elaborado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do Ministério da Saúde.

Neste contexto de desativação de leitos, de superlotação das urgências e emergências, e baixo desempenho das unidades hospitalares a proposta de AD se torna algo viável e factível. No ano de 2015, ocorreu a I Oficina do Programa Melhor em Casa na Sede Estadual de Saúde – SES em parceria com o Ministério da Saúde, com o propósito de expandir essa habilitação para os demais municípios do estado, tendo como foco norteador a desospitalização dos pacientes por intermédio do SAD.

#### **4.2 Resultados e inferências utilizando à lógica contrafactual**

O foco deste trabalho é aplicar uma das ferramentas de análise de impacto para avaliar o efeito da política de atenção domiciliar no estado de Pernambuco, em especial nos municípios da amostra. Existem diversos modelos capazes de avaliar o efeito de variáveis ou decisões que afetam a economia. Segundo Fogel (2012), podemos citar: modelo de resultados potenciais, aleatorização, diferenças em diferenças, pareamento, variáveis instrumentais e regressão descontínua. Esses métodos nada mais são que uma aplicação de diversas ferramentas econométricas. Todos eles baseiam-se na análise de um grupo que receberá os efeitos do programa com um grupo similar, mas que não participará deste. Ao primeiro dá-se o nome de “grupo de tratamento”, já o segundo recebe a nomenclatura “grupo de controle” ou contrafactual do grupo tratado. Isso se dá pelo fato de que essas ferramentas foram inicialmente utilizadas pela área da saúde para avaliar o efeito de medicamentos. Daí o nome “grupo de tratamento”, que continua sendo utilizado até hoje. Por impacto entendemos a diferença entre a situação dos participantes após terem participado do tratamento e a situação em que estariam, caso não tivessem tido acesso a eles. O Método de Abadie utilizado neste

estudo, considerando a lógica contrafactual proposta, procurou uma aproximação de resposta à questão: o que teria acontecido com municípios similares, caso tivesse sido implantada a política?

Fogel (2012) afirma que o principal problema na avaliação de impacto é a determinação do grupo contrafactual dos tratados. Teoricamente, o melhor grupo de comparação para os tratados seria formado pelos próprios indivíduos, na situação em que eles não estivessem sido tratados. Contudo essas situações foram exclusivas, uma vez que não é possível observar os mesmos indivíduos na situação em que são tratados e não recebem tratamento. Portanto, a inferência em lógica, só poderia ser feita neste estudo se, e somente se, tivéssemos dados para comparação em cada período e se os dados disponíveis permitissem calcular a exata distribuição do efeito estimado da intervenção sobre o placebo (sintético).

Por este motivo, os municípios de **Itapissuma** e **Ilha de Itamaracá**, por apresenta um viés muito grande, em função de sua variância, quanto à continuidade dos dados encontrados no banco de dados do DATASUS, foram excluídos na análise final. Portanto, o maior desafio desse estudo, foi em encontrar um grupo que represente adequadamente a situação de tratamento. Por isso, apenas **São Caetano** e **São Joaquim**, apresentaram o EQME da variável de interesse aceitáveis, mostrando uma correlação positiva entre os municípios tratados (*i*) e não tratados (*ic*), como mostra o quadro 13, teve que ser reavaliado, uma vez que as informações encontradas na base de dados utilizada, Sistema de Informações Hospitalares do SUS TabWin, só mostravam consistência a partir de 2011, ano que coincide com o lançamento do Programa Melhor em Casa pelo Governo Federal.

**Quadro 10** – EQME da covariada  $\theta$  para os municípios São Caetano e São Joaquim.

<b>Município</b>	<b>EQME*</b>
São Caetano	2.53e-12
São Joaquim	2.24e-12

**Fonte:** Programa estatístico STATA

**Nota:** Erro Quadrático Médio estimado fornecerá o parâmetro para escolher os melhores estimadores (grupo controle)

O Quadro 11 traz uma análise descritiva das covariadas por município *i* entre os anos de 2013 a 2016.

**Quadro 11** – Análise descritiva das covariadas 2013 a 2016 por município tratado.

Município <i>i</i>	Anos/Covariadas	2013	2014	2015	2016
São Caetano	Número de leitos ofertados pelo estado de Pernambuco no SUS ( $\gamma$ )	468	636	636	636
	Nº de internações	-	-	237	124
	Nº de paciente dia	2.253	1.702	1.649	1.470
	Nº de altas e transferência para SAD	743	593	522	423
	Representa a Média de Permanência ( $\theta$ )	3,3	3,2	3,4	3,6
	Percentual de racionalização dos leitos com a implantação da PAD ( $\eta$ )	48,11	29,14	24,14	18,47
São Joaquim do Monte	Número de leitos ofertados pelo estado de Pernambuco no SUS ( $\gamma$ )	552	552	552	552
	Nº de internações	-	149	297	112
	Nº de paciente dia	937	886	710	395
	Nº de altas e transferência para SAD	638	821	531	91
	Representa a Média de Permanência ( $\theta$ )	2,9	2,7	2,7	4,3
	Percentual de racionalização dos leitos com a implantação da PAD ( $\eta$ )	39,86	55,09	35,63	3,83

**Fonte:** TabNet/CNES/SUS, 2016; DATASUS/SIH/TabWin, 2016.

**Nota:** Informações trabalhadas pelo autor

\*Informações trabalhadas pelo autor

\*\*\*TabNet do CNES reflete a série histórica do Cadastro, por mês de competência, estando disponível com defasagem de até 45 dias.

O Controle Sintético (*Ic*) foi composto por 24 municípios, descritos no Quadro 10, com similaridade ao com o grupo tratado (*i*). Para os municípios elencados consistiu de uma média ponderada entre eles, encontra um peso ótimo nos municípios não tratados para construir um contrafactua, como mostra a Quadro 12.

**Quadro 12** – Ponderação do controle sintético e a média de permanência dos municípios não tratados.

MUNICÍPIO	SÃO CAETANO	SÃO JOAQUIM
	UNIDADE DE PESO	
Agrestina	0.002	0.025
Alagoinha	0.011	0.022

(Continua)

**(Conclusão)**

MUNICÍPIO	SÃO CAETANO	SÃO JOAQUIM
	UNIDADE DE PESO	
Altinho	0.002	0.038
Barra de Guabiraba	0.01	0.022
Belo Jardim	0.011	0.024
Bezerros	0.002	0.005
Bonito	0.015	0.02
Brejo da Madre de Deus	0.007	0.017
Cachoeirinha	0.008	0.03
Camocim de São Feliz	0.017	0.015
Capoeira	0.008	0.023
Cupira	0.003	0.1
Gravatá	0.009	0.022
Ibirajuba	0.004	0.033
Igarassu	0.134	0.009
Jataúba	0.006	0.022
Lagoa dos Gatos	0.005	0.038
Panelas	0.642	0.021
Pesqueira	0.016	0.026
Porção	0.051	0.396
Riacho das Almas	0.007	0.029
Sairé	0.011	0.017
Sanharó	0.009	0.03
São Bento do Una	0.008	0.018

**Fonte:** Programa estatístico STATA

**Nota:**

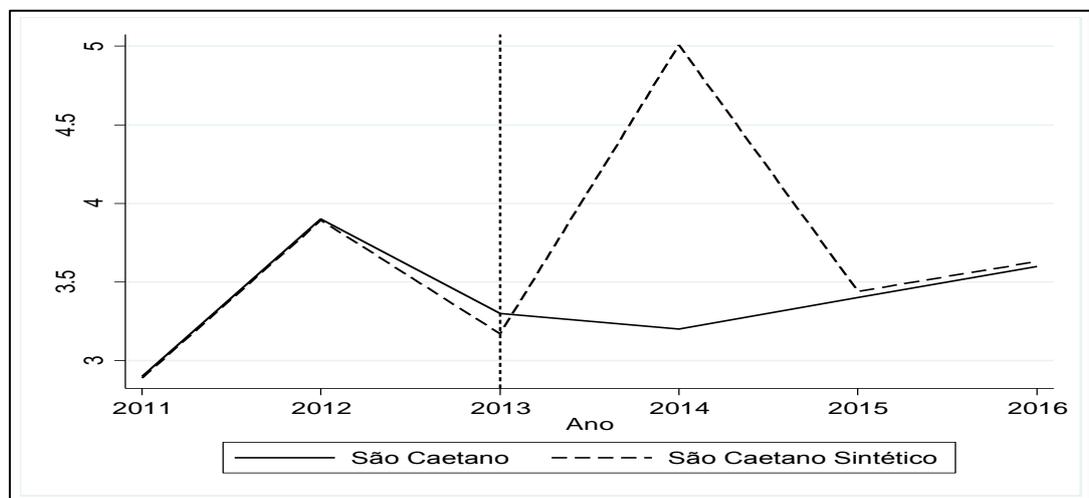
\*Unidade peso é uma matriz dos pesos alternativa para o ajustamento dos nivelamentos diretos.

\*\* O modelo de ajustamento é uma forma matemática de se expressar uma realidade física com a melhor aproximação possível (DALMOLIN, 2002).

\*\*\*Grupo não tratado foi construído com confiança de 90%.

Os pesos são encontrados para que os resultados do pré-tratamento do contrafactual coincidam com os das unidades tratadas. Na medida em que a ideia central é avaliar o efeito da política na taxa média de permanência por paciente/dia nas urgências e emergências no SUS ( $\theta$ ), usando a lógica modal da contrafactual, comparando grupo sintético ( $I_c$ ) com grupo tratado ( $i$ ), temos na figura 4 a construção do controle sintético proposto.

**Figura 3** – Evolução da média de permanência por paciente /dia nas urgências e emergências de São Caetano no período de 2011 a 2016.



“Ao analisarmos a evolução da média de permanência dos municípios, que não possuem SAD’s, observamos a eficácia do Programa, na desobstrução das Urgências e Emergências, isto comparado a municípios similares que não possuem o programa implementado, como descrito abaixo:”

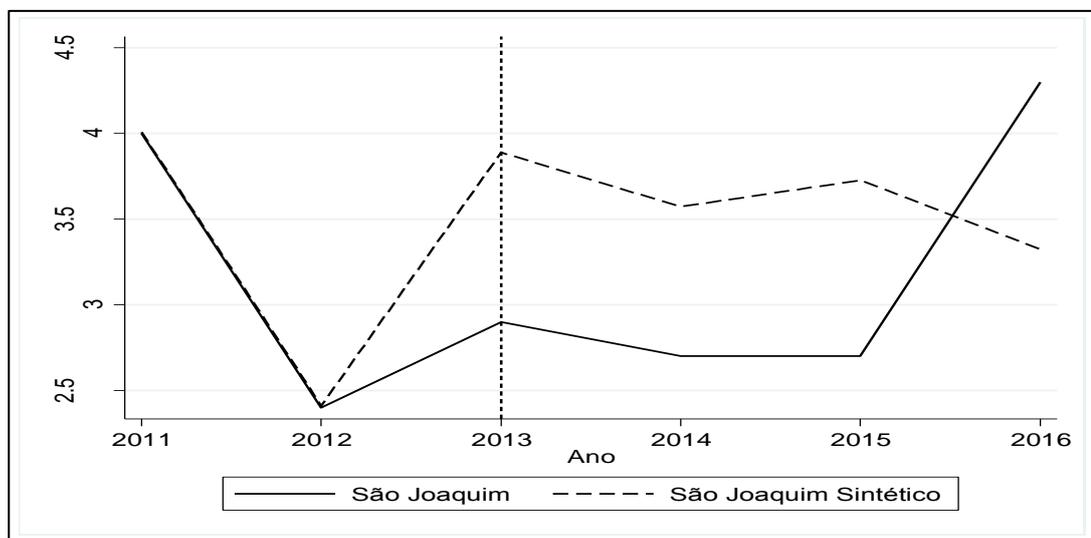
Para analisar de forma descritiva o município de São Caetano observa-se possíveis variações em **São Caetano sintético** com relação a **São Caetano real** ao, tendo como referência São Caetano real, verificamos de 2011 a 2013 antes da implantação da política, quase não houve mudanças não tempo médio de permanência, a partir do ano de implantação da política em 2013, já se observa um afastamento das curvas demonstrando a efetividade da política. Para esta análise, foram estimados o TMP, ano a ano em ambos os grupos, mostram a evolução do TMP, ao longo do período pesquisado.

Verificamos claro diferenciais entre os grupos de tratamento e controle ao longo do período pesquisado. Constata-se uma superioridade destas media para o grupo de controle no período anterior e no período imediatamente posterior ao treinamento. Após o período de

implantação da política, a média de permanência de São Caetano sintético assume uma tendência ascendente, quanto São Caetano real, apenas em 2015 a tendência de São Caetano sintético assume a mesma do São Caetano real.

Note que a implementação do programa melhor em casa produz uma quebra na tendência de queda apresentada pela variável e sendo capaz de diferenciar significativamente seu desempenho em relação ao do controle sintético, o que se pode constatar através das bruscas inclinações das curvas.

**Figura 4** – Evolução da média de permanência por paciente /dia nas urgências e emergências de São Joaquim do Monte no período de 2011 a 2016.



**Forte:** Programa estatístico STATA.

**Nota:** Contrafactual estimada para os municípios de São Caetano e São Joaquim

Já o município de **são Joaquim do Monte** observa – se variações mais significativa a partir de 2013, que se acentua ao longo do período. Contudo, a inversão da curva a partir do ano de 2015, coincidindo com as mudanças no cenário político no país, impactando no potencial de efetividade da política.

As figuras 4 e 5 demonstram o desempenho da Média de Permanência para as unidades tratadas e de controle, ao longo de seis anos, demonstra que o contrafactual coincidiu bem com a unidade tratada no período de pré-tratamento, o efeito estimado não foi tendencioso, provendo um ajustamento que pode ser considerado bom entre o grupo de tratamento e o grupo de controle.

Nota-se que mesmo com o lançamento do Programa Melhor em Casa no ano de 2011, apenas a partir de 2013, o comportamento dos municípios estudados se mostram positivos quanto à redução da Média de Permanência, sendo o ano de 2015 o melhor ano do programa.

De fato, a contractual estimada demonstrando um impacto positivo da política, quanto a variável estudada em relação aos seus comparáveis.

Esta tendência, quanto a Média de Permanência, infere diretamente no quantitativo de leitos/dia disponíveis, visto que o leito ao ser desocupado, não é desativado e sim ocupado por outros pacientes.

Quando observamos o Quadro 13 a baixo, no tocante a média de leitos por habitante, constata-se que a mesma é inferior ao preconizado na Portaria GM/MS nº 1101/2002, que determina a existência de 3 leitos para cada grupo de 1000 habitante. Consideram-se como leitos hospitalares as camas destinadas à internação de um paciente no hospital.

Fica evidente a efetividade do programa quanto à capacidade de liberar leitos, quando relacionado à diminuição da Média de Permanência, representando em percentual uma racionalização acumulada ao longo dos anos de 29,97% em São Caetano e 33,60% no município de São Joaquim do Monte.

**Quadro 13** – Demonstrativo do potencial do Programa Melhor em Casa tem de aliviar a porta de urgência e emergência.

Município	Habitantes	Leitos SUS	Média leito/ mil habitantes	Média leito/ dia	Média de permanência (2011-2016)	Racionalização (%)
São Caetano	36.859	53	0,69	1,6	3,5	29,97
São Joaquim	21.215	46	0,46	1,5	3,2	33,60

Fonte: IBGE, 2010; TabNet/CNES/SUS, 2016; DATASUS/SIH/TabWin, 2016.

**Nota:**

\*Informações trabalhadas pelo autor

\*\*Leitos hospitalares disponibilizados para atendimento pelo SUS, contidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

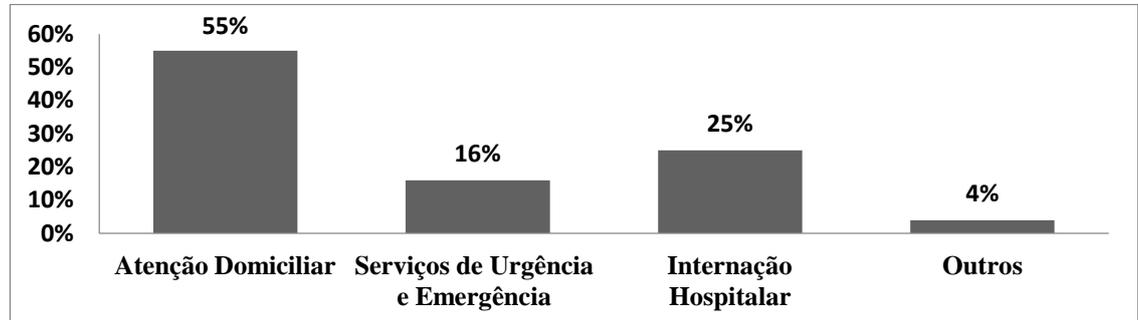
\*\*\*TabNet do CNES reflete a série histórica do Cadastro, por mês de competência, estando disponível com defasagem de até 45 dias.

\*\*\*\*Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

Quando coligimos a origem do paciente admitido nos SAD's, com a racionalização de leitos, tomando como referência o tempo médio de permanência desse paciente nas unidades

de urgência e emergência, apenas 16% desses pacientes aparecem com sua origem dos serviços de urgência e emergência, gráfico 4.

**Gráfico 4 - Origem dos encaminhamentos para o SAD de 2013 a 2016.**



**Fonte:** DATASUS/SIH/TabWin, 2016.

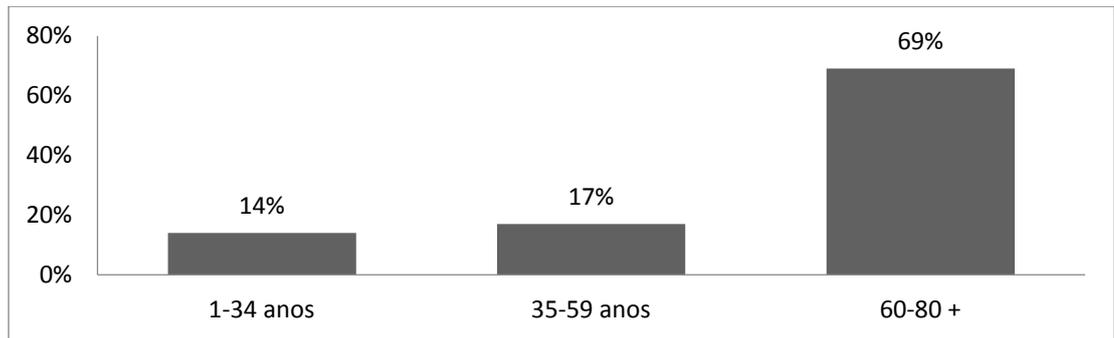
**Nota:** Informações trabalhadas pelo autor

Quando correlacionamos às admissões realizadas no SAD, no tocante a origem e perfil deste usuário nos municípios estudados, a primeira vista parece que a política quase não teve impacto, contudo quando somamos os 16% dos usuários admitidos oriundos dos serviços de urgência e emergência com os 25% hospitalar, temos 41% dessas admissões do SAD oriundas de unidades hospitalares, de uma forma geral, é um percentual equivalente às admissões provenientes da Atenção Básica (eSF e NASF), podendo inferir o grande potencial de racionalização de leitos da política.

Neste ponto, quando analisamos as séries históricas de indicadores dos municípios estudados relativos ao Programa Melhor em Casa, no tocante a origem desses usuários, vale resaltar à inconsistência de informações nos bancos de dados estudados, relativas à descontinuidade de informação na linha do tempo da amostra, não permitiu analisar de forma consistente a origem e o perfil desse usuário.

Contudo, os dados analisados, mesmo com inconsistências de informação, evidenciaram um perfil de usuário, que corroboram com o cenário de transição epidemiológica e demográfica atual. Os gráficos 5 6 e 7 demonstram de forma clara o perfil encontrado: idosos entre 60 e 80 anos, na sua maioria do sexo feminino, apresentando diagnóstico, conforme o CID 10, de: AVE e sequelas, hipertensão arterial ou doenças cardiovasculares, diabetes e suas complicações.

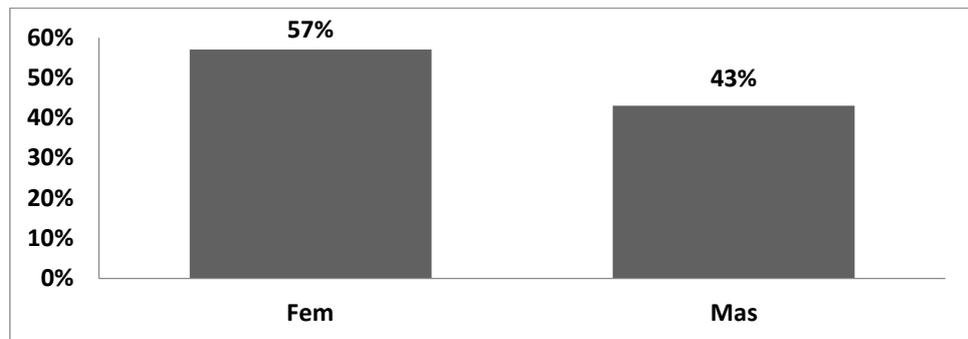
**Gráfico 5** – Média de idade dos usuários admitidos no SAD entre 2013 a 2016.



**Fonte:** DATASUS/SIH/TabWin, 2016.

**Nota:** Informações trabalhadas pelo autor

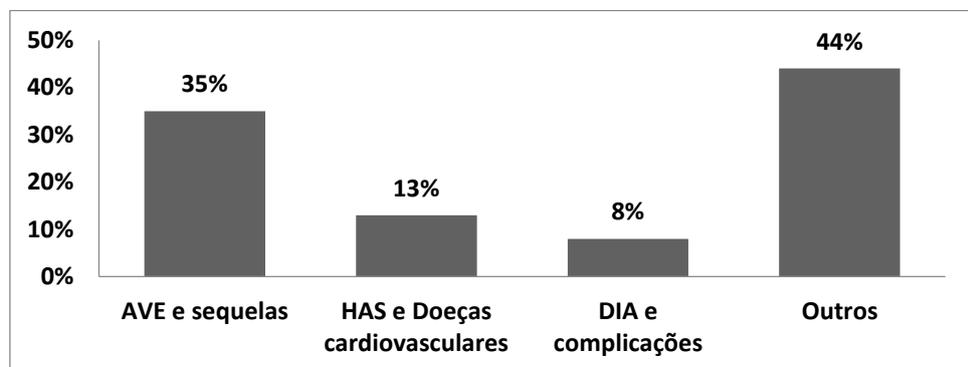
**Gráfico 6** – Percentual de usuários admitidos no SAD entre 2013 a 2016, segundo gênero.



**Fonte:** DATASUS/SIH/TabWin, 2016.

**Nota:** Informações trabalhadas pelo autor

**Gráfico 7** – Percentual de usuários admitidos no SAD, entre 2013 a 2016, segundo Principais CID 10.



**Fonte:** DATASUS/SIH/TabWin, 2016.

**Nota:** Informações trabalhadas pelo autor

O que se pode inferir nesse contexto, é que existe uma falha no que se refere à capacidade dos serviços de urgência e emergência em identificar e encaminhar esse usuário para os SAD's e, talvez por isso, ocorra poucos encaminhamentos desses usuários a esse serviço.

A validade dos resultados encontrados assenta-se, porém, na hipótese de que os demais municípios de Pernambuco na possibilidade das mudanças palpáveis em termos de eficiência na implantação do programa melhor em casa. Mesmo não tendo realizado nenhum teste neste estudo que corroborassem com os achados, fica evidente, a pertinência dos resultados descritos, no tocante ao poder que a política tem em.

## 5 CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que a Política de Atenção Domiciliar, representada pelo Programa Melhor em Casa ainda é um processo em construção. O Melhor em Casa vem a preencher uma “lacuna” no SUS, no que diz respeito à presença de uma política pública em âmbito nacional, no sentido de pretender mudar o cenário atual da racionalização de leitos hospitalares. O desafio é fortalecer o programa no âmbito da rede de atenção a urgência no estado como estratégia organizacional.

O inovador neste estudo é o uso do modelo de estudo proposto, controle sintético, para avaliar o impacto da Política Nacional de Atenção Domiciliar no estado de Pernambuco, apontando a potencialidade da política como uma ‘porta saída’ qualificada frente ao cenário caótico da rede de urgência do estado.

Os resultados obtidos com o estudo evidenciam a relação positiva quanto à capacidade de racionalização de leitos na rede de urgência e emergência, demonstrando a potencialidade para reduzir o tempo médio de permanência desses usuários nos serviços de urgência e emergência e conseqüente aumento da taxa de rotatividade dos leitos, de forma a permitir um maior aproveitamento da capacidade operacional dos leitos oferecidos pelo SUS no estado.

Contudo, a efetivação da Atenção Domiciliar como estratégia inovadora precisa ser fortalecida e legitimada, requerendo reflexão sobre seu papel na Rede de Atenção às Urgências, no tocante a sinergia nas unidades hospitalares com o SAD no estado.

Com relação às limitações do estudo, destaca-se que, o corte utilizado para o estudo pode não expressar a realidade de outras localidades, embora o controle sintético apresente a melhor aproximação possível para o contrafactual da média de permanência entre 2011 e 2016, este está longe de representar um contrafactual perfeito.

Neste sentido, os resultados devem ser considerados com cuidado. Adicionalmente, deve ser também evidente que os resultados obtidos não garantem que os efeitos obtidos continuem a ocorrer nos próximos anos, uma vez que, em geral, a Política de Atenção Domiciliar ainda se apresenta insipiente no estado. Dos 181 municípios apenas 15 possuem equipes de EMAD/EMAP, representando um impacto de apenas 12% na rede de atenção às urgências.

Assim, novos estudos devem ser realizados para uma maior generalização dos resultados aqui encontrados, ressalta-se que a Política de Atenção Domiciliar tem função para além da desospitalização, ela rompe com o modelo do “hospitalocentrismo” atual na

capacidade de usar o ambiente domiciliar como espaço de cuidado, capaz de aliviar a pressão quanto ao uso racional de leitos.

## REFERÊNCIAS

ABADIE, Albert; Gardeazabal, Javier. **The economic costs of conflict: A case study of the basque country**. American economic review, pages 113–132. 2003. Disponível em: < [http://www.nyu.edu/gsas/dept/politics/faculty/beck/abadie\\_aer.pdf](http://www.nyu.edu/gsas/dept/politics/faculty/beck/abadie_aer.pdf) >>. Acesso em: 29 Apr. 2017.

ABADIE, Alberto; DIAMOND, Alexis; HAINMUELLER, Jens. **Synthetic Control Methods for Comparative Case Studies: Estimating the Effect of California Tobacco Control Program**. Journal of the American Statistical Association, v. 105, n. 490, p. 493-505, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1198/jasa.2009.ap08746> >. Acesso em: 29 Apr. 2017.

ALENCAR, Valdenísia Apolinário. **Contribuições da internação domiciliar em promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS**. f. 125. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, 2004. Disponível em: < <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15227> >>. Acesso em: 29 abr. 2017.

AMARAL, Nilcéia Noli; CUNHA, Márcia Cristina Bauer; LABRONICI, Rita Helena Duarte Dias; Acary OLIVEIRA, Souza Bulle; GABBAI, Alberto Alain. **Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual**. Rev Neurociências, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; BAPTISTA, Denise Alves. **Reflexões sobre modelos de financiamento de assistência domiciliar em saúde e avaliação de custos**, 2007. Disponível em: < [www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/custos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/custos.pdf) >. Acesso em: 29 abr. 2017.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Média de permanência geral**. V1. 02 p.3, Janeiro de 2013. Disponível em: < [www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf) >. Acesso em: 10 fev. 2018.

AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian; GRABOIS, Vitor. **Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. Política, planejamento e gestão em saúde**. Rio de Janeiro. Abrasco, v. 1, n. 11, p. 95-116, 2010. Disponível em: < [WWW.6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/354463](http://WWW.6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/354463) >. Acesso em: 10 fev. 2018.

BARROS, Leny Nunes. **Atenção Domiciliar na regional de saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análises de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito no período de 2003 a 2010**. 2012.131p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade de Brasília, Brasília, 2004. Disponível em: < [www.repositorio.unb.br/handle/10482/10939](http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/10939) >. Acesso em: 12 jun. 2017.

BRAGA, Patrícia Pinto; SEIXAS, Clarissa Terenzi; SENA, Roseni Rosângela; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa; ANDRADE, Angélica Mônica; SILVA, Yara Cardoso. **Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde**. Ciências Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, p. 903-12, 2016. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000300903&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/0D/csc/v9n1/19838.pdf> >. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal: Centro Gráfico, p. 236. 1988. Disponível em: < [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >. Acesso em: 27 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: Acesso em: 20 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. ANVISA Brasília, DF, 2006. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, p.114, 2012. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, p.66, 2012. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. (c) Ministério da Saúde. **Portaria. 1.533 de 16 de julho de 2012**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). p.3 Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533\\_16\\_07\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (d) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde. p.50. 2012. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_voll.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. (a) Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (b) Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.208, de 23 de junho de 2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208\\_18\\_06\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html) >. Acesso em: 28 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (c) Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 19, 2013. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha\\_melhor\\_em\\_casa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (d) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 84, 2013. Disponível em: < [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf) > Acesso em 10 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 48, 2014. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_monitoramento\\_avaliacao\\_programa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (a) 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. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. (b) 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, p.48 2016. Disponível em: < [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_monitoramento\\_avaliacao\\_programa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf) >.

BRITO Fausto. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. Disponível em: < CEDEPLAR/UFMG; 2007. <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRITO, Maria José. ANDRADE, Angélica Mônica; CAÇADOR, Beatriz Santana; FREITAS, Letícia Fernanda de Cota; PENNA, Claudia Maria de Mattos. **Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade**. Escola Anna Nery, vol. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130002> >. Acesso em: 27 abr. 2017.

CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JR, Wilson A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. SciELO-Editora FIOCRUZ, p 11-21, 2005. Disponível em: < <https://revistas.unasp.edu.br/acch/article/viewFile/463/465> >. Acesso em: 27 abr. 2017.

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, UFRJ, 111 f.: il. 2009.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução do CFM nº 2.077 de 16 de setembro de 14. **Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho**. D.O.U de 16 de set. 2014, Seção I,p.80. Disponível em: < [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2014/2077\\_2014.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2014/2077_2014.pdf) >. Acesso em: 27 mai.. 2017.

COTTA, Tereza Cristina. **Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb)**. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 52, n. 4, p. 89-110, out./dez. 2001. Disponível em: < <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/316>>. Acesso em: 27 mai.. 2017.

FOGEL, Miguel Nathan; BARROS, Paes Barreto; PINTO, Cristine Campos de Xavier; PEIXOTO, Betânia; LIMA, Lycia. **Avaliação econômica de projetos sociais**. Fundação Itaú Social. 1ª edição. Dinâmica gráfica e editora LTDA. São Paulo, 2012. Disponível em: < [http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/B\\_2012\\_Avaliacao\\_Programas\\_Sociais.pdf](http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/B_2012_Avaliacao_Programas_Sociais.pdf) >. Acesso em: 27 abr. 2017.

GALVÃO, Claudia Raffa; PINOCHET, Luis Hernan Contreras; VIEIRA, Mariza Alves; MIQUELÃO, Ronaldo. **Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos**. Mundo saúde, v. 35, n. 4, p. 427-37, 2011. Disponível em: < [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/88/09\\_AnaliseIndicadoresdeMonitoramento.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/09_AnaliseIndicadoresdeMonitoramento.pdf) >. Acesso em: 27 abr. 2017.

HERRER, F. Javier, CUESTA, Alexandre. **Escala de medida y estadística**. Disponível em: [HTTP://www.psico.uniovi.es/Dpto\\_Psicologia/metodos/tutor.2/Medida.html](HTTP://www.psico.uniovi.es/Dpto_Psicologia/metodos/tutor.2/Medida.html) > acesso em 30 de dez de 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO EM GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <[www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br)>. Acesso em 22 nov. 2012.

MELO Cristina Maria Meira; VERDI, Débora Spalding; SILVA, Kênia Lara. **Monitoramento e avaliação de Serviço de Atenção Domiciliar**. il. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017, 46p. Disponível em: < [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/AD20\\_monitoramento-avaliacao.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/AD20_monitoramento-avaliacao.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.

MENDES, Walter. **Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para Brasil**. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 112p. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: < [www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/unati4.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati4.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.

MOTA, J.A.C.; SILVA, K.L.; LOPES, T.C. **Cuidado domiciliar em saúde: implicações para o ensino e serviço**. Olho Mágico, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 132-141, out./dez, 2005. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100003&script=sci...tlnng...](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100003&script=sci...tlnng...) > Acesso em: 27 abr. 2017

OLIVEIRA, Neto; ARISTIDES, Vitorino; DIAS, Mariana Borges. **Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?** revista *Divulgação em Saúde para Debate* | Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, OUT 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdfout.2014.>> Acesso em: 26 abr. 2017.

OLIVEIRA; Neto; ARISTIDES, Vitorino. **Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4651> >. Acesso em: 26 abr. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003. Disponível em: < [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte\\_001.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf) >. Acesso em: 26 abr. 2017.

PAIVA, Patrícia Alves; YARA, Cardoso Silva; FRANCO, Nathalia Ferreira Soares; COSTA, Maria de Fátima Ribeiro Luiz; DIAS, Orlene Veloso; SILVA, Kenia Lara. **Serviços de Atenção Domiciliar: Critérios de Elegibilidade, Inclusão, Exclusão e Alta**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 29, n. 2, 2016. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4651> >. Acesso em: 28 abr. 2017.

PEREIRA, Maria José Bistafa. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar- potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001. Disponível em: < [file:///C:/Users/Wylde/Downloads/ZezeBistafa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Wylde/Downloads/ZezeBistafa%20(1).pdf) >. Acesso em: 22 mai. 2017.

PERNAMBUCO. Agência CONDEPE/FIDEM. Base de Dados do Estado. 2010. Disponível em: < [www.condepefidem.pe.gov.br/](http://www.condepefidem.pe.gov.br/) >. Acesso em: 30 jul. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização. 2011**. Disponível em: < [portal.saude.pe.gov.br](http://portal.saude.pe.gov.br) >. Secretaria-Executiva de Coordenação Geral >. Acesso em: 30 jul. 2017.

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. **Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira**. Ciência. Saúde Coletiva, Supl.10, p. 231-42, v. 10, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_abstract&lng=pt) >. Acesso em: 22 mai. 2017.

ROONEY, Anne. **A história da medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna**. Tradução Maria Lúcia Rosa. São Paulo: M. Books, 216p, 2013.

SANTOS, Marcelo Cincotto Esteves; JORGE, Luiz Tadeu, ANÇÃO, Meide Silva; SIGULEM, Daniel. **O indicador hospitalar média de permanência e sua aplicação no ambiente hospitalar**. São Paulo, UNIFESP, 2004. Disponível em: < <http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/732.pdf> > Acesso em: 27 abr. 2017.

SILVA, Aluisio Gomes Jr. & ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. Disponível em: < [http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos\\_gerais/4-Modelos\\_Assistenciais\\_em\\_Sade\\_-\\_Aluisio\\_G.\\_da\\_Silva\\_Jr\\_e\\_Carla\\_A.\\_Alves.pdf](http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4-Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G._da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf) > Acesso em: 27 abr. 2017.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni; LEITE, Juliana Carvalho Araújo; SEIXAS, Clarissa Terenzi; GONÇALVES, Alda Martins. **Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 3, p. 391-7, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf> >. Acesso em: 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_, Kênia Lara; SENA, Roseni; SEIXAS, Clarissa Terenzi; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson. **Atención Domiciliaria en Brasil**. SIIC Salud, v. 18, p. 1, Buenos Aires, 2007. Disponível em:< [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018) >. Acesso em: 22 set. 2017.

\_\_\_\_\_, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosangela; SEIXAS, Clarissa Terenzi; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson. **Atenção domiciliar como mudança no modelo tecnoassistencial**. Rev. Saúde Pública, v. 44, n.1, p.166-76, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf> >. Acesso em: 27 abr. 2017.

\_\_\_\_\_, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosangela; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SILVA, Paloma Morais; MARTINS, Ana Carolina Silva. **Desafios da Atenção Domiciliar sob a perspectiva da redução de Custos/Racionalização de Gastos**. Revista de Enfermagem UFPE, v. 8, n. 6, 2014. Disponível em: < [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000300011](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300011) >. Acesso em: 27 de abr. 2017.

SILVEIRA NETO, Raul da Mata; RATTON, José Luiz; MENEZES, Tatiana Almeida; MONTEIRO, Circe. **Avaliação de Política Pública para Redução da Violência: o Caso do Programa Pacto pela Vida do Estado de Pernambuco**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 41, 2013, Foz do Iguaçu. **Trabalhos...** Foz do Iguaçu: ANPEC, 2013. 17p. Disponível em: < <https://www.anpec.org.br/encontro/.../i12-a18f8b2a674b482bcc8caaf814b25e1a.docx> >. Acesso em: 22 set. 2017.

STELMAKE, Lenara Iamas; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Cuidado Domiciliar na Política Nacional de Saúde**. Libertas, Juiz de Fora, v.10, n.2, p. 148 – 171, 2010. Disponível em: < <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/viewFile/1877/1325>> Acesso em: 22 set. 2017.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patrícia. **O desenvolvimento do home health care no Brasil**. Revista de Administração em Saúde, v. 3, n. 9, p. 15-18, 2000. Disponível em: < <file:///C:/Users/Wylde/Downloads/ARTIGORAS09.pdf> >. Acesso em: 22 set. 2017.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, Aug. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2017.