



AvaliaSUS

AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

SALVADOR, BAHIA 2024



UFBA

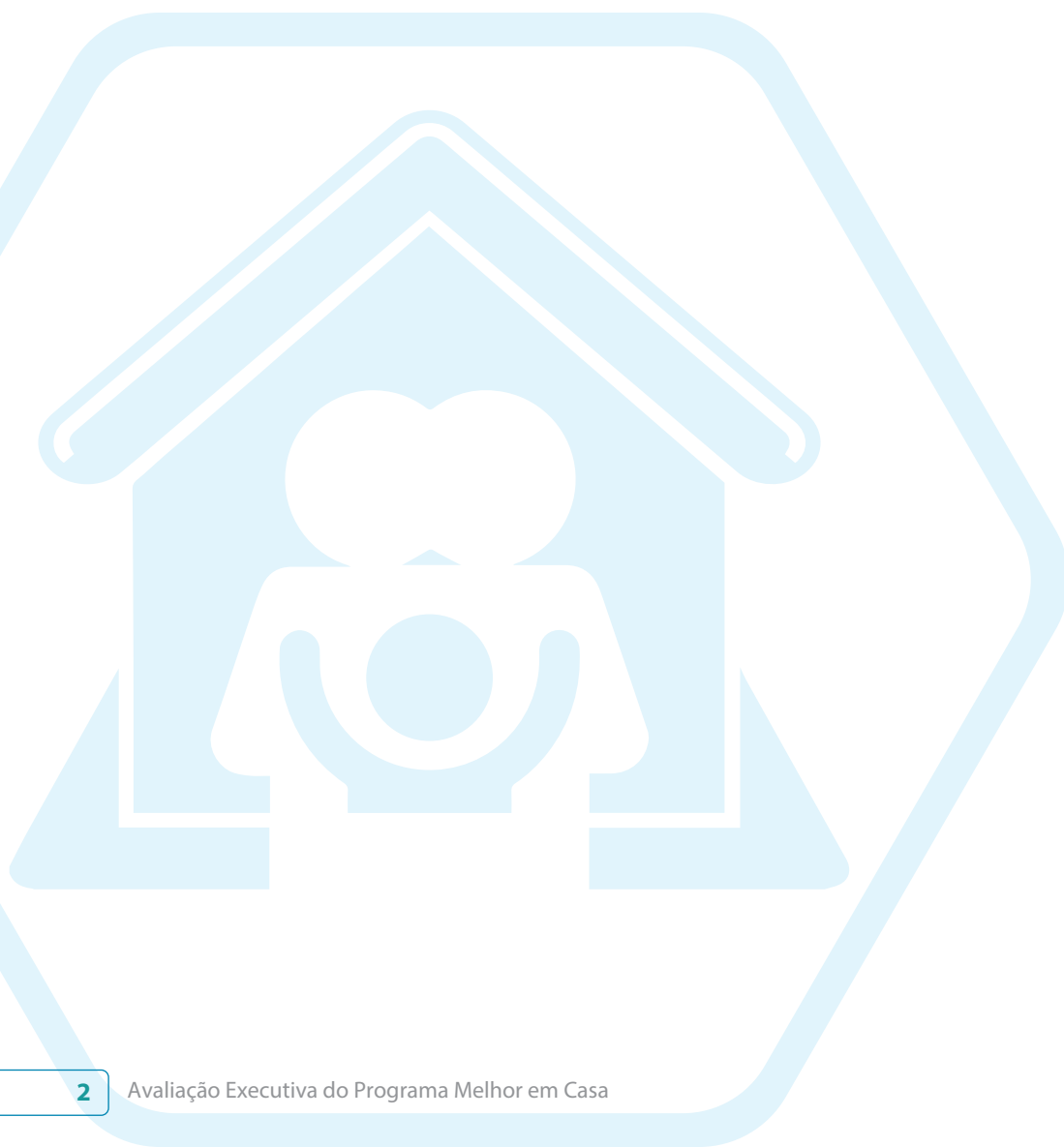


Instituto de
Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE







AVALIAÇÃO EXECUTIVA DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

SALVADOR, BAHIA 2024



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Instituto de
Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia



EQUIPE EXECUTORA

Coordenação do Projeto

Prof. Márcio Santos da Natividade
 (Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
 Prof. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza
 (Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
 Erika Santos de Aragão
 (Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)*

Coordenação Geral das Avaliações Executivas

Profa. Samilly Silva Miranda
 (Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA)
 Profa. Kionna Oliveira Bernardes Santos
 (Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Bahia – FMB/UFBA)

Coordenação da Avaliação Executiva do Programa

Prof. Lindemberg Assunção Costa
 (Professor Associado da Faculdade de Farmácia – FACFAR/UFBA)

Pesquisadores

Prof. José Rivaldo França (Pesquisador)
 Juliana Ferreira Fernandes Machado (Pesquisadora)
 Anne Carolin Honório de Oliveira (Auxiliar de pesquisa)
 Ulisses Salomão de Almeida Machado (Auxiliar de pesquisa)
 Maria Alcina Romero Boullosa (Consultora)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Gilson Rabelo de Almeida Neto

*Coordenadora até fevereiro de 2023 quando assumiu a direção do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde do Ministério da Saúde - DESID/MS

EQUIPES TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

***Coordenação-Geral de Evidências em Saúde
Departamento de Ciência e Tecnologia
Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde***

Daniela Fortunato Rêgo
Fernanda Borges Serpa
Jayne Cecília Martins
Letícia Alves Tadeu Santiago
Luiz Claudio Barcelos
Marina Melo Arruda Marinho

***Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção Especializada
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde***

Danilo Campos da Luz e Silva
Kathleen Sousa Oliveira Machado
Pauline Cavalcanti
Zaira Zambelli Taveira

***Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde***

Mariana Borges Dias
Renali Souto Casado Medeiros Lemos
Maria da Natividade Maia Saraiva
Vanuse Maria Resende Braga
Denise Silva de Araujo
Amanda Conti Alves Costa

APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta o relatório final da Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa, produto oriundo do projeto intitulado “Apoio à Institucionalização da Pesquisa e Avaliação de Políticas de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde”, referente ao TED 112/2020. O projeto tem como proposta investir na institucionalização da avaliação de políticas públicas, através da definição e consolidação de diretrizes para a realização de avaliações de impacto de políticas; da capacitação de gestores, profissionais e técnicos do Ministério da Saúde (MS); e da realização de estudos avaliativos, notadamente, os de caráter executivo.

Deste modo, corresponde ao resultado da aplicação do método de avaliação executiva proposto no Guia prático de análise *ex-post* (2018), estando estruturado nas seguintes etapas: (a) descrição geral; (b) diagnóstico; (c) desenho; (d) implementação; (e) governança; (f) resultados; (g) impactos; (h) análise econômica e (i) recomendações. Esta metodologia visa identificar pontos de aprimoramento na execução da política e a necessidade de eventual avaliação mais aprofundada. Destaca-se que todo o processo de trabalho contou com a colaboração ativa de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), incluindo consultores com expertise na temática, e com apoio da Coordenação de Evidências e Informações Estratégicas para Gestão em Saúde do Departamento de Ciência e Tecnologia (COEVI/DECIT/SCTIE/MS), da Coordenação-Geral de Monitoramento de Indicadores da Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (CGMIND/SAES/MS) e da área técnica do MS que responde pela política avaliada.



RESUMO

Problemática: Os serviços de atenção domiciliar surgiram no Brasil na década de 1960. Com o passar do tempo, a oferta desses serviços foi sendo ampliada, com o intuito de proporcionar um cuidado ao paciente no próprio domicílio. A institucionalização desse programa no SUS ocorreu em 2011 com a publicação da portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011. O objetivo foi ampliar as modalidades de cuidado integral no SUS, regulamentar o funcionamento dos serviços de atenção domiciliar, organizar a rede de atenção à saúde, no sentido de incorporar as práticas de atenção domiciliar ao SUS, reduzir as hospitalizações evitáveis e as prolongadas. **Objetivo:** O presente relatório buscou avaliar de forma preliminar o processo de implementação do Programa Melhor em Casa para contribuir com a sua melhoria contínua e para o fortalecimento da atenção domiciliar no país. **Método:** O guia de Avaliação *Ex-post* (AE) (2018) serviu como documento orientador de todas as etapas desta avaliação. No processo de avaliação foram realizadas reuniões com a equipe de pesquisadores, reuniões para alinhamento entre as equipes UFBA e Ministério da Saúde (MS), além de oficinas com as equipes para validação dos produtos elaborados. Foram levantados documentos e legislações relacionados ao programa e foi conduzida uma revisão sistematizada da literatura para identificar artigos que abordassem o tema. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas para levantar as perspectivas de diferentes atores envolvidos com o programa. **Resultados:** A adesão ao Programa Melhor em Casa proporcionou uma ampliação e padronização na oferta de serviços de atenção domiciliar no país. Houve maior resolutividade do programa na redução das hospitalizações prolongadas e uma menor efetividade na redução das hospitalizações evitáveis. O principal problema observado para a sua implementação foi com relação ao entendimento do conceito e objetivo do programa, enquanto uma modalidade complementar e não substitutiva à atenção primária em saúde. A diversidade das formas de organização da rede de atenção à saúde no território também contribuiu para influenciar no desempenho do programa. O sistema de informação utilizado atualmente dificulta o monitoramento e avaliação de desempenho do programa e do julgamento sobre o seu grau de implementação. **Conclusão:** A ausência de informações sobre a frequência de hospitalizações desnecessárias e prolongadas dificulta o dimensionamento do problema e a mensuração de resultados após a institucionalização do programa. Também há uma carência de informações sobre custos, custos comparativos com a atenção hospitalar e eficiência do Programa Melhor em Casa. Entretanto, os resultados já demonstram que houve uma redução nas hospitalizações prolongadas e uma qualificação/humanização nos serviços prestados. Sugere-se a adoção de um novo sistema de informação e um estreitamento da interlocução com a atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Programa Melhor em Casa. Desospitalização. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.

Relatório finalizado e apresentado ao Ministério da Saúde em 19 de maio de 2023.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Linha do tempo do Programa Melhor em Casa	21
Figura 2.	Árvore de problemas do Programa Melhor em Casa	26
Figura 3.	Modelo lógico do Programa Melhor em Casa	30
Figura 4.	Evolução da habilitação das equipes EMAD e EMAP (2011 a 2023)	56
Figura 5.	Origem dos pacientes admitidos no SAD (2012 – 2022)	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Etapas da Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa	14
Quadro 2.	Objetivos e público-alvo do Programa Melhor em Casa	28
Quadro 3.	Indicadores propostos para monitoramento do PMC com base no Modelo lógico	33
Quadro 4.	Circunstâncias que afetam a viabilidade de realizar uma avaliação de impacto	58
Quadro 5.	Fontes dos recursos de incentivos as equipes de Atenção Domiciliar	61
Quadro 6.	Valores de custeio das equipes de Atenção Domiciliar	62
Quadro 7.	Valores atualizados das transferências para custeio da manutenção dos Serviços de Atenção Domiciliar	66
Quadro 8	Síntese de recomendações específicas às etapas da avaliação executiva	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Transferências federais para custeio das atividades da Política de Atenção Domiciliar	63
Tabela 2.	Incentivos federais para investimentos em Atenção Domiciliar	64
Tabela 3.	Evolução do número de equipes de AD credenciadas	67
Tabela4		69

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1.	Estratégias de Busca	75
Apêndice 2.	Fluxograma de identificação e seleção de artigos em bases de dados	76
Apêndice 3.	Planilha-síntese dos estudos identificados sobre o Programa Melhor em Casa	77
Apêndice 4.	Grupos temáticos mais frequentemente observados na revisão de literatura	105
Apêndice 5.	Instrumento de alinhamento de causas	113
Apêndice 6.	Modificações no problema central e em seus descritores	121
Apêndice 7.	Modelos iniciais da árvore de problemas do Programa Melhor em Casa	122
Apêndice 8.	Modelos lógicos prévios (IPEA 2018 e MS 2019)	128
Apêndice 9.	Versões iniciais do modelo lógico do Programa Melhor em Casa	130
Apêndice 10.	Indicadores sugeridos para os quais não havia viabilidade de monitoramento	139
Apêndice 11.	Roteiro para entrevista semiestruturada	140

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	MÉTODO	14
3.	DESCRIÇÃO GERAL DO PROGRAMA	19
3.1	LINHA DO TEMPO	21
4	DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA	26
4.1	ÁRVORE DE PROBLEMAS	26
5.	DESENHO DA POLÍTICA	28
5.1	MODELO LÓGICO	28
5.2	INDICADORES	31
6.	IMPLEMENTAÇÃO	38
7.	GOVERNANÇA	53
8.	RESULTADOS	55
9.	AValiação DE IMPACTO	58
10.	EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS	60
11.	RECOMENDAÇÕES	68
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS – OPCIONAL	



1. INTRODUÇÃO

A avaliação executiva permite estabelecer o *panorama geral* acerca de determinada política pública, o que possibilita que, ao final do processo, haja a identificação clara de pontos de aprimoramento na execução da política, bem como a necessidade *de eventual avaliação mais aprofundada de tópicos específicos*.

A análise *ex post*, adotada nesta avaliação, consiste em uma ferramenta para orientar a tomada de decisão durante – ou após – a execução de uma política pública e permite avaliar a consistência do *desenho dos programas, a sua governança e o seu efetivo retorno* para a sociedade. Como instrumento para operacionalizar esta avaliação foi utilizado o documento “Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise *ex post*” (2018). O guia segue as diretrizes de governança pública estabelecidas no Decreto no 9.203/2017:

- I) Monitorar o desempenho e avaliar a concepção, a implementação e os resultados das políticas e das ações prioritárias para assegurar que as diretrizes estratégicas sejam observadas;
- II) Avaliar as propostas de criação, expansão ou aperfeiçoamento de políticas públicas e de concessão de incentivos fiscais e aferir, sempre que possível, seus custos e benefícios; e
- III) Manter processo decisório orientado pelas evidências, pela conformidade legal, pela qualidade regulatória, pela desburocratização e pelo apoio à participação da sociedade.

A avaliação executiva de políticas e programas de saúde permite, *de forma prática e rápida*, identificar em qual elemento ou em qual processo da cadeia de valor da política há maior chance de *ocorrerem aprimoramentos*. A avaliação executiva é organizada em etapas, a saber: *análise de diagnóstico do problema, avaliação de desenho, avaliação de implementação, avaliação da governança, avaliação de resultados, avaliação de impacto* (normalmente em uma etapa posterior de aprofundamento da avaliação), *avaliação econômica e análise de eficiência*.

O Programa Melhor em Casa, criado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2011, busca qualificar e ampliar a oferta de serviços de Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dada a sua relevância como modelo de atenção complementar ou substitutiva e sua importância nacional, o Melhor em Casa foi um dos selecionados para esta série de avaliações executivas.

Ao longo dos anos, a equipe técnica responsável pela gestão federal do Melhor em Casa elaborou e disponibilizou uma série de documentos normativos e instrutivos sobre o programa, com o objetivo de

divulgá-lo, incluindo suas ações, público beneficiado,—mecanismos para adesão, estratégias de monitoramento e gestão, visando também estabelecer os parâmetros para a operacionalização do mesmo.

Também realizou treinamentos, capacitações e pesquisas de satisfação.

No ano de 2018, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) elaborou relatório sobre a construção de modelo lógico para o Programa Melhor em Casa, sob demanda interna da equipe de gestão do programa. O modelo lógico construído a partir dessa iniciativa não passou por validação em âmbitos superiores de gestão. O documento produzido pelo IPEA foi utilizado como embasamento nesta avaliação executiva, que buscou retomar os aspectos que foram levantados quanto a explicitação da teoria do programa, seus fundamentos, resultados esperados e processo avaliativo, e discutir esse modelo, atualizando-o e complementando-o quando necessário. Ademais, foi também utilizado como norteador outro modelo lógico construído para o Programa Melhor em Casa, disponível no documento “Modelo lógico de políticas prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde”, publicado em 2019.

Nesse sentido, o presente documento buscou avaliar de forma preliminar o processo de implementação do referido programa no país, na intencionalidade de melhoria contínua e prevenção de hospitalizações desnecessárias e prolongadas.



2. METODOLOGIA

As etapas da Avaliação Executiva seguiram as recomendações previstas no Guia Prático de Análise *ex-post* (GPAE) (Brasil, 2018). Foram analisados os componentes envolvidos na execução do programa, a exemplo de diagnóstico, desenho, gestão e governança, processos, resultados e impactos. O objetivo da avaliação destes pontos é fornecer elementos para o aperfeiçoamento e monitoramento da política pública avaliada (Brasil, 2018).

Os pontos principais envolvidos na avaliação do programa encontram-se descritos no (Quadro 1). Para condução desta avaliação, foram realizadas reuniões semanais com a equipe de pesquisadores, de outubro de 2021 a dezembro de 2022, reunião de aproximação entre as equipes (UFBA e MS), oficinas para validação de produtos com profissionais do Departamento de Ciência Tecnologia e Inovação (DECIT) do MS; Secretaria de Atenção Especializada (SAES) e área técnica envolvida na coordenação nacional do programa. Houve ainda disponibilização de documentos e relatórios pela equipe do MS, por meio da plataforma Teams, para análise de informações referentes à política.

Quadro 1 - Etapas da Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa

ETAPAS	CONTEXTO DE AVALIAÇÃO	PRINCIPAIS QUESTÕES-CHAVE
1) Descrição da política	Apresentação do histórico de sua criação, das normas que a definem, bem como a identificação das instituições envolvidas em sua execução.	Quando a política foi instituída? Quais normas que definem a política? Qual a abrangência territorial da política?
2) Diagnóstico do problema	Investigar se a identificação anterior foi correta dada a abordagem utilizada e se a estrutura lógica formulada na etapa <i>ex-ante</i> da política ainda é válida; Verificar também se a população afetada e a sua distribuição geográfica continuam as mesmas.	Criação de árvore de problemas com base nas seguintes questões: Na criação da política, houve a elaboração de um estudo sobre o problema-alvo da intervenção? (<i>ex-ante</i>) • Identificar o problema e as causas em que a política avaliada visa interferir; • Apresentar a evolução dos indicadores – se possível desde a sua criação – relacionados ao problema e às causas escolhidas para serem atingidas por meio da política que está sendo avaliada (<i>ex-post</i>).

3) Desenho da política	Análise de três elementos centrais para o desenvolvimento de uma política: modelo lógico, incentivos existentes e forma de acesso à política.	• Há ML elaborado para a política? Se sim, quando foi elaborado? • Apresentar ML do desenvolvimento lógico em conjunto com representantes do órgão gestor da política; • Existe cronograma para realização de medição dos indicadores no âmbito da política? Como isso ocorre? • A política é universal ou focalizada? Se focalizada, quais os critérios de elegibilidade? • Como é a demanda pela política? Os bens e serviços ofertados pela política atendem à demanda da sociedade?
4) Implementação	Especificar em que medida a política foi implementada conforme o planejado, explicando-se potenciais desvios daquilo originalmente previsto.	• Os bens ou serviços são efetivamente entregues aos beneficiários? Como isso tem sido acompanhado pela gestão da política? • Quais são os instrumentos normativos e os procedimentos usados para a compra dos insumos utilizados na execução da política? Há transparência sobre esses procedimentos? • Existem mecanismos de supervisão da execução da política para garantir o alcance de sua finalidade?
5) Governança	Examinar a estrutura de governança da política, observar se essa possui mecanismos de liderança, estratégia e controle que permitam avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.	• Os princípios previstos no art. 3º do Decreto nº 9.203/2017 são observados na governança da política pública? • A estrutura de governança contribui para a atuação dos atores envolvidos com a política pública por meio da definição clara de suas competências e responsabilidades e da articulação das instituições e dos processos, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público? • A liderança exercida pelos gestores da política é capaz de assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança? • A estrutura de governança permite participação social em algumas das etapas da sua execução?
6) Resultados	Examinar se os indicadores qualitativos e da análise observacional dos indicadores quantitativos de resultados funcionam como parâmetros de acompanhamento da intervenção. Observar se há participação dos usuários do serviço público, direito assegurado por lei.	• Entre os indicadores (insumos, processos, produtos, resultados, impactos) apresentados são acompanhados indicadores qualitativos sobre a política? Se sim, quais são e como evoluíram nos últimos anos? • Os resultados previstos foram alcançados? Por quê? • Há alguma forma de o usuário final da política enviar retorno sobre o bem ou serviço recebido? Se sim, qual é essa forma?

7) Impactos	Analisar se há evidências de que a política cumpre os seus objetivos definidos anteriormente, conforme indicadores quantitativos do ML. A análise ou interpretação da evolução dos indicadores de resultados e impactos da política deve ser acompanhada de fundamentação, com base em evidências empíricas ou estudos realizados com esse fim.	• Há estudos acadêmicos ou avaliações de impacto contratados pelos ministérios setoriais sobre política? • Há viabilidade de realizar avaliação de impacto da política?
8) Execução das despesas orçamentárias e dos subsídios da União	Analisar se há subsídios que financiem a política pública: gastos indiretos (benefícios tributários e creditícios), gastos diretos: (benefícios financeiros).	• Qual é o orçamento da política? • A execução orçamentária foi realizada conforme o planejado? • O montante da dotação orçamentária é suficiente para os objetivos pretendidos? • A política é realizada a custos razoáveis (economicidade)? • É possível reduzir gastos na política sem afetar o nível de bens e serviços ofertados? • Há impactos cruzados em outras rubricas que afetem positiva ou negativamente despesas e/ou receitas?
9) Insights sobre eficiência e economicidade do gasto	Apresentar indicadores que forneçam insights que relacionem o gasto da política aos produtos e resultados obtidos, os quais devem seguir o que foi originalmente especificado no ML.	• O custo por produto da política é muito diferente daquele observado nas políticas consideradas de excelência? • A despesa planejada por beneficiário é muito diferente da realizada? • Há políticas similares com relação produto-insumo muito diferentes? • Na política em questão, há uma diversidade muito grande na relação produto-insumo entre os entes que a ofertam? • Se possível, ou se houver estimativas, comparar indicador de retorno econômico da política (custo-benefício ou custo-efetividade, por exemplo) com o de políticas alternativas que atuam sobre o mesmo problema.
10) Recomendações	Estudar a política e traçar conclusões sobre o seu desempenho global, com recomendações de aprimoramento de rápida identificação. Além disso, ao final dessa avaliação, pode-se recomendar o aprofundamento da sua avaliação.	

Fonte: Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. v. 2 (301 p.): il., gráfs., mapa color; p. 59.

A primeira reunião de aproximação ocorreu em 15 de outubro de 2021 e contou com a apresentação das etapas de uma AE. Tratou-se sobre a importância de seguimento dos fluxos previstos no documento

norteador, das demandas que seriam solicitadas à equipe técnica do MS, bem como das expectativas gerais com relação à avaliação.

Na reunião subsequente foram delimitados os passos iniciais para revisão de literatura, definição de termos prioritários para as buscas, período coberto pela revisão, bases de dados (Apêndice 1) e construção da linha do tempo. Definiu-se como critério de inclusão os artigos de revisão, estudos de avaliação de programas e serviços, estudos exploratórios, relatos de caso e estudos transversais sobre o tema, no contexto brasileiro. Como critério de exclusão, estudos que não guardassem relação com a temática discutida e estudos internacionais fora do escopo do Programa Melhor em Casa foram excluídos da amostra. O fluxograma de estudos identificados, a planilha síntese, as categorias temáticas obtidas a partir dos estudos resgatados e o instrumento de alinhamento de causas construídos estão apresentados nos apêndices 2, 3, 4 e 5, respectivamente. Estes produtos foram utilizados como ferramentas de priorização de problemas.

Para construção da árvore de problemas, foram utilizados documentos, normas e legislações do Programa Melhor em Casa (PMC), a revisão de literatura e o documento do IPEA (2018) sobre o PMC, que apresenta uma árvore de problemas que carecia de validação. Para levantamento das consequências, *foi utilizado o documento do IPEA (2018)*. As informações sobre objetivos do programa, público-alvo e diretrizes foram obtidos a partir da portaria n. 825/2016. As versões iniciais da árvore de problemas estão apresentadas no apêndice 7.

A primeira oficina com a área técnica do MS e os gestores nacionais do programa foi realizada no dia 31/03/2022. Após apresentação, foram feitas sugestões de reformulação de texto, mudanças de posicionamento e relações entre as causas, além da retirada de algumas causas que diziam respeito à implementação do programa. O processo de validação continuou nas oficinas realizadas nos dias 12/05/2022 e 04/10/2022. Durante esses encontros foram conduzidas discussões abrangentes sobre a temática abordada, indicação do problema central, definição dos descritores dos problemas, causas primárias e secundárias e encadeamento das causas. Este processo de construção subsidiou a construção do Modelo Lógico.

Para construção do modelo lógico, foram levantadas informações sobre objetivos do programa, público-alvo e beneficiários, com base nas informações disponíveis na portaria nº. 825/2016. Os descritores do programa foram retirados do documento elaborado pelo IPEA (2018), sendo sugeridas modificações e adequações nestes descritores durante o processo de identificação e alinhamento de causas para a construção da árvore de problemas. Os objetivos descritos no modelo lógico estão dirigidos ao problema central explicitado na árvore de problemas. As ações descritas no modelo lógico estão direcionadas para a resolução das causas proximais elencadas na árvore de problemas.

Durante a revisão documental e de literatura constatamos que não havia sido elaborado um modelo lógico para o Programa Melhor em Casa no momento da sua elaboração. Em 2018, a equipe gestora do programa e equipe assessora do IPEA propuseram um modelo lógico, entretanto esse modelo não passou por validação. Em 2019, em outra iniciativa de demanda da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES), outro modelo lógico foi construído para o programa. Os dois documentos mencionados foram consultados e serviram como embasamento nesta construção. Previamente à elaboração do modelo lógico, foi construída **uma tabela** descrevendo para cada objetivo **as causas relacionadas, recursos, ações, resultados intermediários e resultados finais**. Os modelos lógicos mencionados estão apresentados no apêndice 8. O processo de construção do modelo lógico teve como objetivo desenvolver um modelo que fosse consistente, com resultados mensuráveis e que abordasse causas que fossem de gestão do Ministério da Saúde.

Nos dias 12 e 20 de maio e 20 de setembro de 2022 foram realizadas oficinas com a área técnica do Ministério da Saúde para apresentação do modelo lógico. Durante estes encontros foram realizadas diversas sugestões de adequação pela área técnica, no que diz respeito a verificação de consistência do ML, estipulação de resultados mensuráveis, inclusão de causas com capacidade de governabilidade do Ministério da Saúde. Nesse sentido, ao longo deste processo, adequações foram sendo realizadas no ML lógico para tornar mais prática a visualização do problema central e das possibilidades de solução. As versões iniciais estão disponíveis no Apêndice 9. No dia 04/10/22, foram apresentadas e validadas as versões atualizadas da árvore de problemas e do modelo lógico.

Como documentos norteadores para a construção/proposição de indicadores foram utilizados o “Modelo Lógico de Políticas Prioritárias da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) do Ministério da Saúde”, publicado em 2019, com foco nos indicadores descritos para o Programa Melhor em Casa, e o “Manual de monitoramento e avaliação do Programa Melhor em Casa”, publicado em 2016. Além disso, foram levantadas contribuições a partir da revisão da literatura e das entrevistas realizadas com gestores. O projeto maior intitulado “Apoio à Institucionalização da Pesquisa em Avaliação de Políticas de Saúde no âmbito do Ministério da Saúde” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 45571221.8.0000.5030, Número do Parecer: 4.681.422.



3. DESCRIÇÃO GERAL DO PROGRAMA

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

Historicamente, a primeira iniciativa de cuidado domiciliar no Brasil remete ao ano de 1949, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), que disponibilizava assistência médica domiciliar para os trabalhadores. Ao longo do tempo, a modalidade de visita domiciliar foi sendo consolidada como forma de prestação de cuidado no domicílio. A portaria 1.892 de 1997 estabelece a internação domiciliar no âmbito do SUS. O olhar de desospitalização fica mais evidente nas portarias seguintes. A instituição da Atenção Domiciliar se deu com a portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação tripartite que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, consideraram o acúmulo das experiências concretas realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes desta portaria.

Com o objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também pudesse ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar, com o apoio do Ministério da Saúde, foi publicada nova portaria (GM 2.527 de 27 de outubro de 2011), que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Durante sua implementação, o programa vem passando por ajustes que tiveram como objetivos ampliar o alcance do programa e ajustar o modelo de financiamento. Em 2016 foi publicada a *portaria nº 825*, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e estabelece a normativa vigente do programa. O programa tem abrangência nacional, podendo ser implementado em todo o território brasileiro, desde que seguidos os critérios previstos nesta normativa (*município com mais de 20.000 habitantes, hospital de referência no município e cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*). No PMC, o serviço prestado aos pacientes é fornecido por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, que é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Atualmente (2023) existem 2.045 equipes (EMAP e EMAD) habilitadas, distribuídas em 936 municípios em todo o país.

Os serviços de atenção hospitalar distribuídos no território irão prestar atendimentos aos usuários, classificados de acordo com a complexidade nos níveis AD1, AD2 e AD3. Os usuários classificados com AD1

estão sob responsabilidade de cuidados da Atenção Primária à Saúde, que deverão prestar visitas domiciliares regulares, no mínimo, uma vez por mês, apoiadas pelos NASF, ambulatórios de especialidades e de reabilitação. Os usuários classificados como AD2 estão sob os cuidados das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD), apoiadas pelas equipes multiprofissionais de apoio (EMAP).

De acordo com os critérios estabelecidos, os níveis AD1, AD2 e AD3 estão classificados como descrito abaixo:

AD 1 - Usuários que:

I - Possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - Necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - Não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

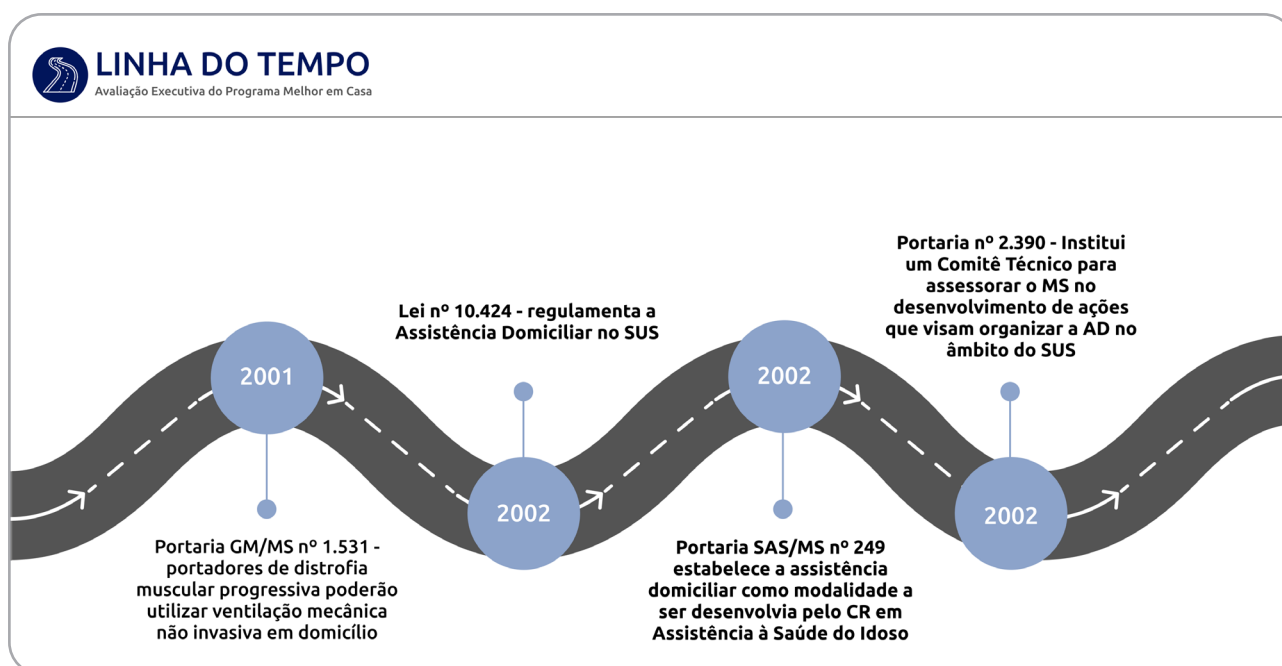
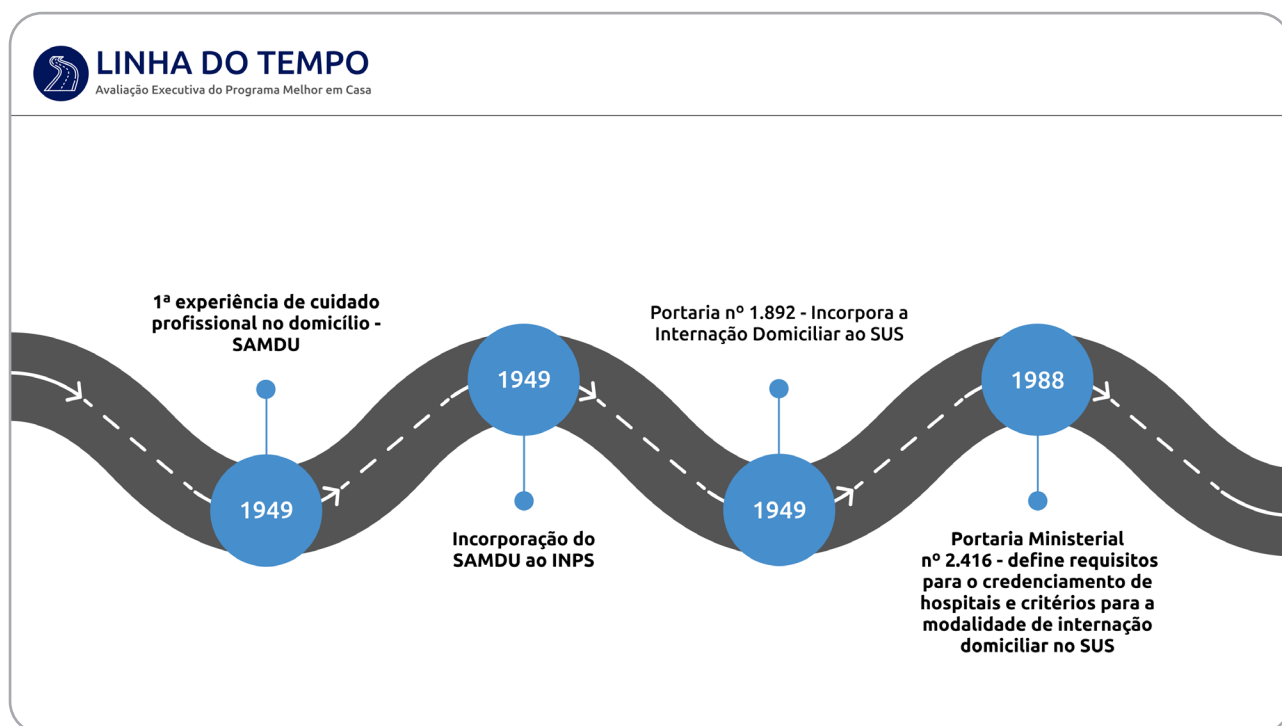
AD 2 - Usuários com problemas de saúde + dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS com maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, definidas em um rol amplo de procedimentos domiciliares.

AD 3 - Usuários com problemas de saúde + dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS com maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo e uso de equipamentos e os seguintes procedimentos: oxigenoterapia, ventilação mecânica não invasiva, diálise peritoneal e paracentese.

As equipes EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes. Para implantação do SAD, deverá haver ao menos uma EMAD cadastrada. A organização é feita considerando uma base territorial (com ao menos 20.000 habitantes em um município ou em um agrupamento de municípios), a disponibilidade de Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) e hospital de referência no município ou na região. A retrospectiva dos eventos mais relevantes para a institucionalização dos serviços de atenção domiciliar no âmbito do SUS foi construída baseada na revisão documental do marco jurídico e regulatório do programa, nas informações disponibilizadas pela área técnica do Ministério da saúde e nos resultados da revisão de literatura conduzida. A linha do tempo apresenta os momentos que antecederam a publicação da normativa que institucionalizou a atenção domiciliar no SUS (Portaria 2.029 de 2011) e os desdobramentos e atualizações ocorridas após esta publicação (Figura 1).

3.1 LINHA DO TEMPO

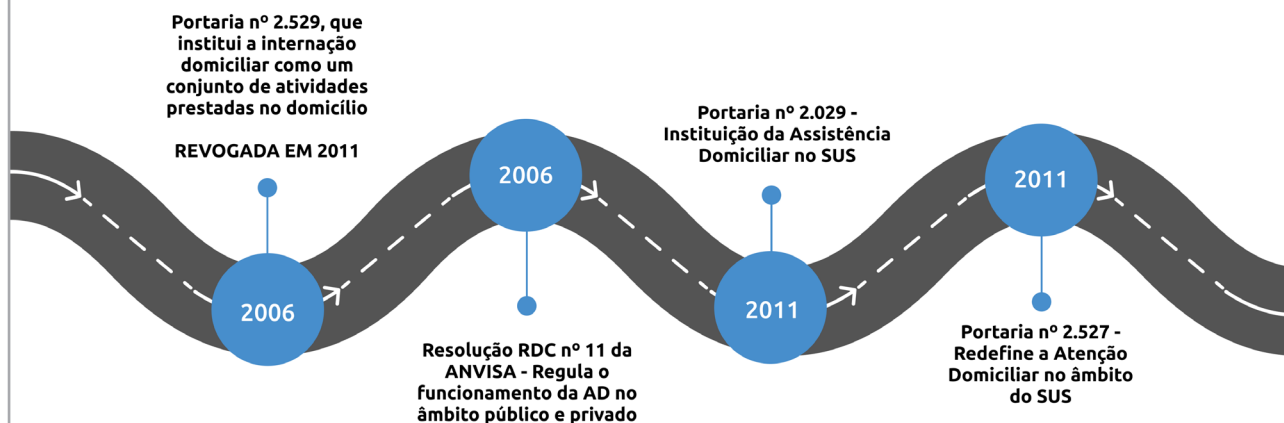
Figura 1. Linha do tempo do Programa Melhor em Casa





LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa



LINHA DO TEMPO

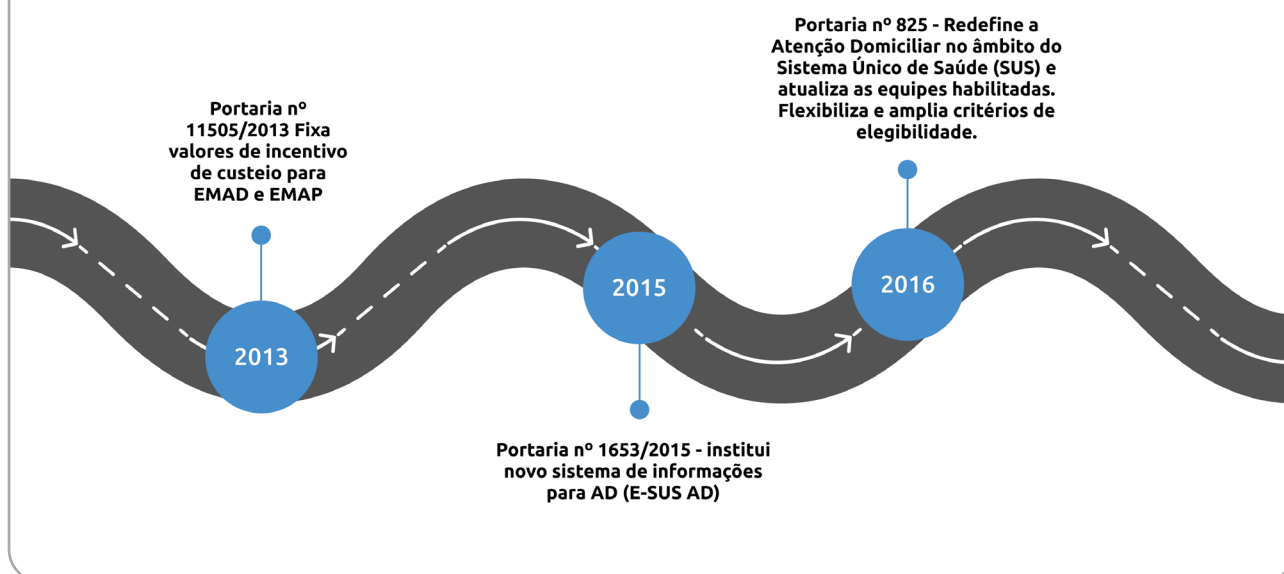
Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa





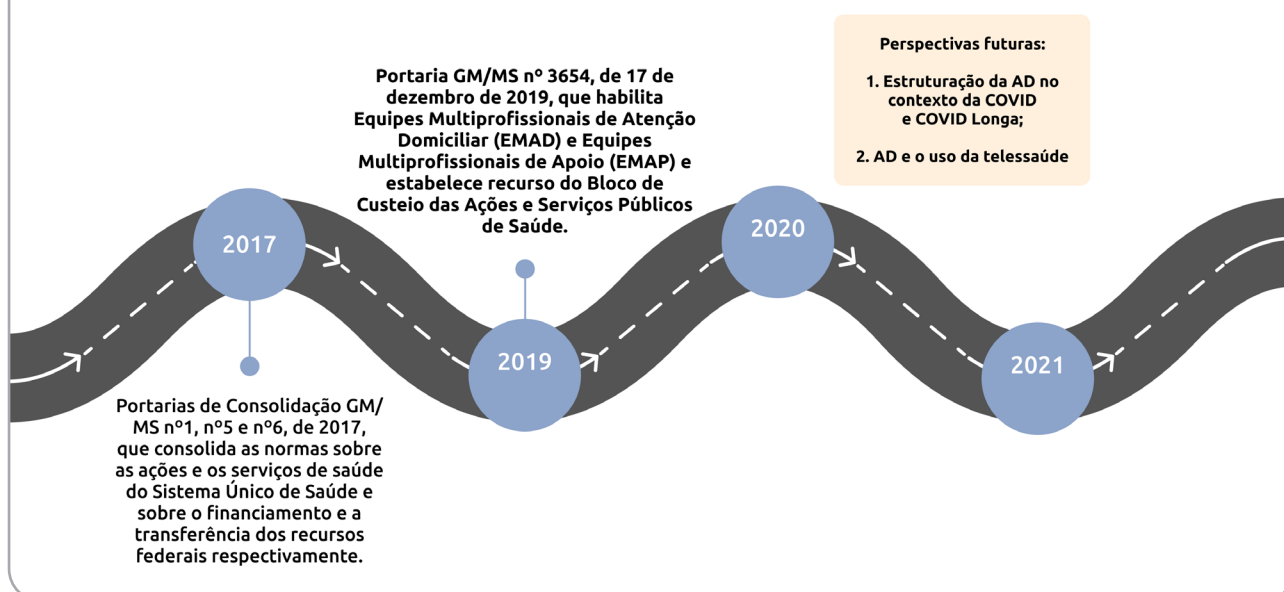
LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa



LINHA DO TEMPO

Avaliação Executiva do Programa Melhor em Casa



***Os quadros destacados na linha do tempo representam os marcos temporais mais relevantes para o programa.**

A partir dos anos 2000 houve fortalecimento para incorporação da modalidade de cuidado domiciliar com uma alternativa ao cuidado hospitalar no SUS, com destaque para a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que 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. As ações posteriores buscaram organizar e padronizar a forma de prestação deste serviço no âmbito

do SUS, inclusive com a constituição de um comitê para assessorar o Ministério da Saúde nas ações (Portaria nº 2.390 de 2002). Como resultado dessas ações, em 2006, foi publicada a portaria nº 2.529, que institui a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio, define a Internação Domiciliar, os serviços prestados, a equipe de trabalho e padrões esperados para os municípios e prestação de serviço, como um conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

Esta portaria representou um grande avanço no sentido em que retomou a discussão de forma mais ampla e ainda estabelecia o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes. O tema foi retomado em 2011 com a criação de um Grupo de Trabalho que aproveitou o material construído até o momento e realizou novas reflexões no sentido de expandir a implantação dos serviços de atenção domiciliar, resultando na publicação da portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto, esta portaria também foi revogada na sequência e publicada a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), retirando o foco da “internação domiciliar”, acompanhada do Manual instrutivo do Melhor em Casa, que define a Atenção Domiciliar, seus objetivos e atua caracterizando-a enquanto sua necessidade e formas de organização.

Além disso, aborda o contexto histórico da AD no Brasil, bem como explora os aspectos pertinentes ao Programa Melhor em Casa e seu estabelecimento, como: modalidades de organização da AD. Versa sobre a composição das equipes, integração com as redes de assistência à saúde, princípios da AD e seus critérios de inclusão, adesão ao componente das redes de urgências, condições para habilitação, monitoramento, avaliação, financiamento e sistemas de informação e amplia o recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar. A portaria foi novamente substituída em 2013 pela portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 que passou por nova atualização, sendo publicada a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que é a normativa vigente sobre o programa. De acordo com esta portaria, a AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

De acordo com a portaria, para fins de definição, considera-se Atenção Domiciliar como a modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à

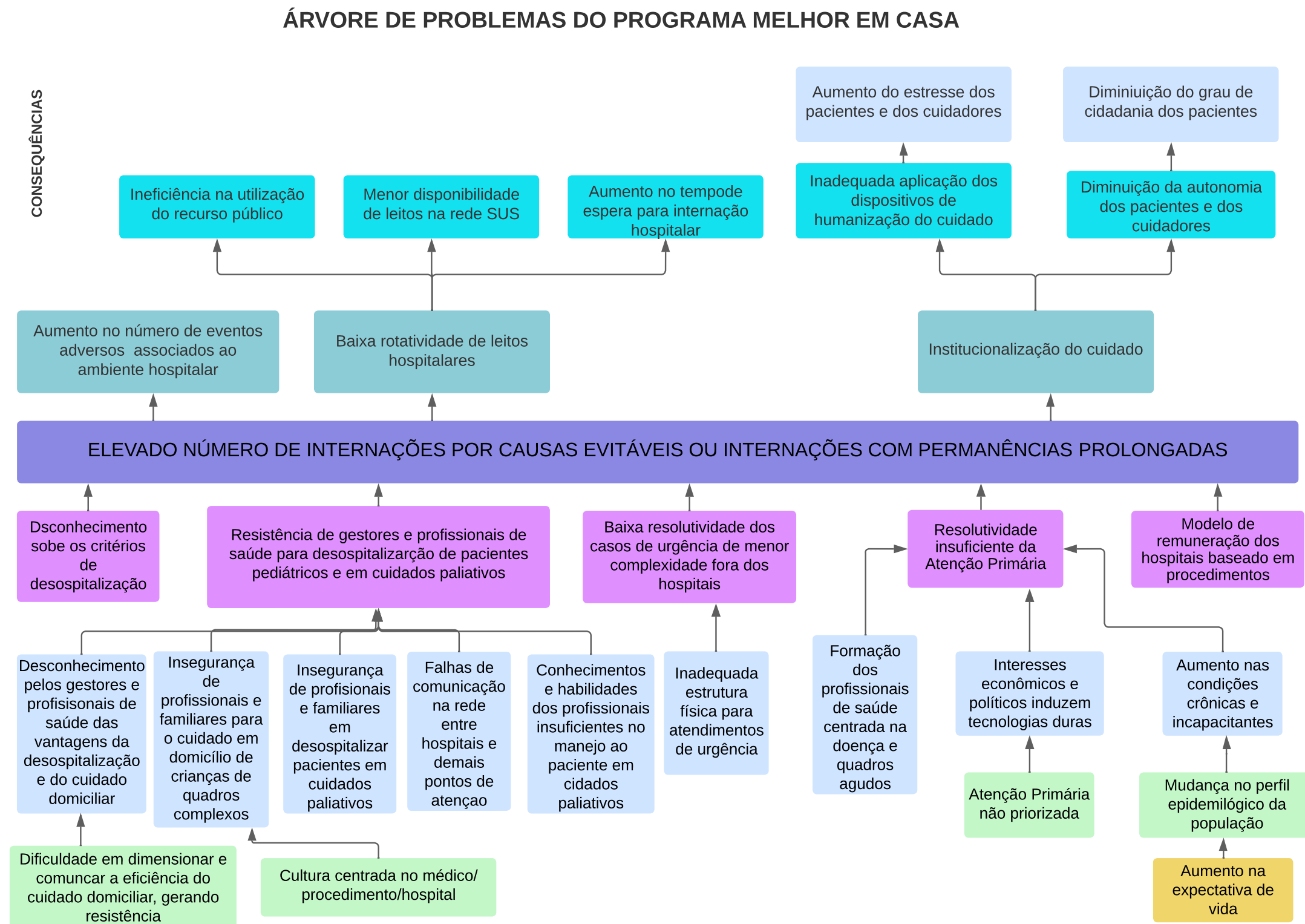
internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O cuidador é a pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar. Os objetivos da Atenção Domiciliar são: redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários e desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

4. DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

4.1 ÁRVORE DE PROBLEMAS

A árvore de problemas é um diagrama que faz parte da etapa de descrição do programa. Ela descreve em seu plano central o problema identificado, no plano inferior as possíveis causas relacionadas e no plano superior as consequências. A partir da árvore de problema, podem ser validadas as causas e consequências, apontando a ordem lógica de manifestação do problema. A figura 2 apresenta o resultado final da árvore de problemas do Programa Melhor em Casa.

Figura 2. Árvore de problemas do Programa Melhor em Casa



dimensões: causas relacionadas à abordagem das hospitalizações desnecessárias e causas relacionadas à abordagem das hospitalizações prolongadas.

Na dimensão relacionada à prevenção de hospitalizações desnecessárias, foram eleitas como causas críticas: baixa resolutividade dos casos de urgência de menor complexidade fora dos hospitais e a resolutividade insuficiente da atenção primária. Estas causas estão relacionadas a problemas na organização da rede de atenção à saúde, tanto do ponto de vista de estrutura física, quanto do ponto de vista de formação e capacitação dos profissionais para trabalhar no cuidado ao paciente fora do ambiente hospitalar e para manejar condições crônicas. É importante ressaltar que a forma de organização histórica do modelo de atenção à saúde, sendo hospitalocêntrico, privilegia o hospital em detrimento da atenção primária. Por fim, a mudança no perfil epidemiológico da população e o aumento das condições crônicas e incapacitantes têm contribuído para aumentar o número de pacientes que dependem de cuidados prestados no nível de primário, aumentando a demanda para este setor.

Quanto às hospitalizações prolongadas, foram abordadas como causas críticas: desconhecimento sobre os critérios de desospitalização, resistência de gestores e profissionais de saúde para desospitalização de pacientes pediátricos e em cuidados paliativos e modelo de remuneração dos hospitais baseado em procedimentos. O desconhecimento sobre o cuidado domiciliar, fluxos de atendimentos, critérios de atendimento, associado a deficiência de conteúdos relacionados na formação dos profissionais de saúde acaba por gerar inseguranças a respeito da maneira como os pacientes serão cuidados no domicílio, especialmente aqueles pacientes com maiores demandas de saúde. Por outro lado, familiares e cuidadores podem não se sentir capacitados a ofertar o suporte adequado aos pacientes no domicílio, especialmente para os pacientes de cuidados paliativos ou que demandam cuidados mais complexos no domicílio. Falhas na comunicação entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde, múltiplas realidades locais no país e necessidade de dados que suportem a eficiência do programa são outros pontos críticos que impactam no problema central do programa.



5. DESENHO DA POLÍTICA

5.1 MODELO LÓGICO

O modelo lógico é uma representação esquemática da teoria do programa, que exhibe a lógica causal dos componentes da intervenção (objetivos, recursos, ações e resultados), explicitando os mecanismos, por meio dos quais visa-se obter os resultados intermediários e finais. Por meio deste instrumento, é possível testar a consistência do encadeamento lógico desses componentes, identificando fragilidades para a sua execução com foco nos resultados e impactos pretendidos (W. K. Kellogg Foundation, 2004, apud Cassiolato e Gueresi, 2015). Além disso, serve para balizar a avaliação, tanto dos resultados do programa, quanto dos processos de reformulação e implementação.”

Por contar com uma representação gráfica própria e conveniente, o modelo constitui “uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre a explicação do problema, os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar” (Cassiolato e Gueresi, 2010, p. 4).

A construção do modelo lógico compreende três componentes:

1. Explicação do problema e referências básicas do programa (objetivos, público-alvo e beneficiários);
2. Estruturação do programa para alcance de resultados (resultado final e impactos);
3. Identificação de fatores relevantes de contexto.

Os objetivos descritos no modelo lógico estão dirigidos ao problema central explicitado na árvore de problemas. As ações descritas no modelo lógico estão direcionadas para a resolução das causas proximais elencadas na árvore de problemas. O primeiro componente da construção do modelo lógico está explicitado abaixo:

Quadro 2. Objetivos e público-alvo do Programa melhor em Casa

Objetivo geral	O Programa Melhor em Casa tem como objetivo promover a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.
Objetivos específicos	I - redução da demanda por atendimento hospitalar; II - redução do período de permanência de usuários internados; III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.
Público-alvo	A atenção domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

O ML construído após as oficinas com os técnicos do Ministério da Saúde e a área técnica do Programa Melhor em Casa foi organizado nas seguintes seções: causas críticas, insumos, ações, produtos, resultados intermediários e resultado final (Figura 3).

As causas críticas descritas no ML são:

C1.1 Desconhecimento dos critérios de desospitalização;

C1.2 Resistência de gestores e profissionais de saúde para desospitalização de pacientes pediátricos e em cuidados paliativos;

C1.3 Baixa resolutividade dos casos de urgência de menor complexidade fora do ambiente hospitalar;

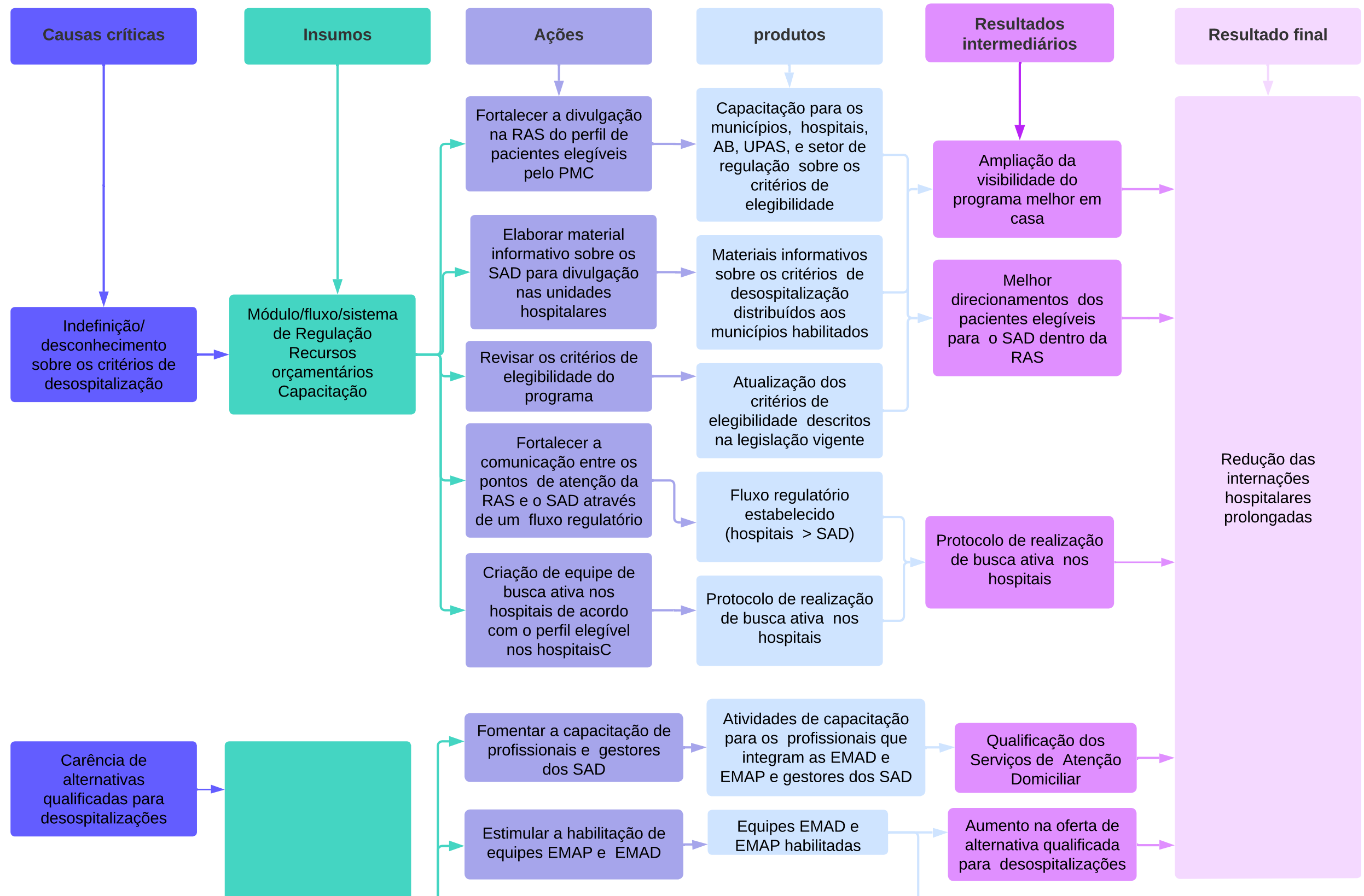
C1.4 Resolutividade insuficiente da Atenção Primária para manejo de condições crônicas;

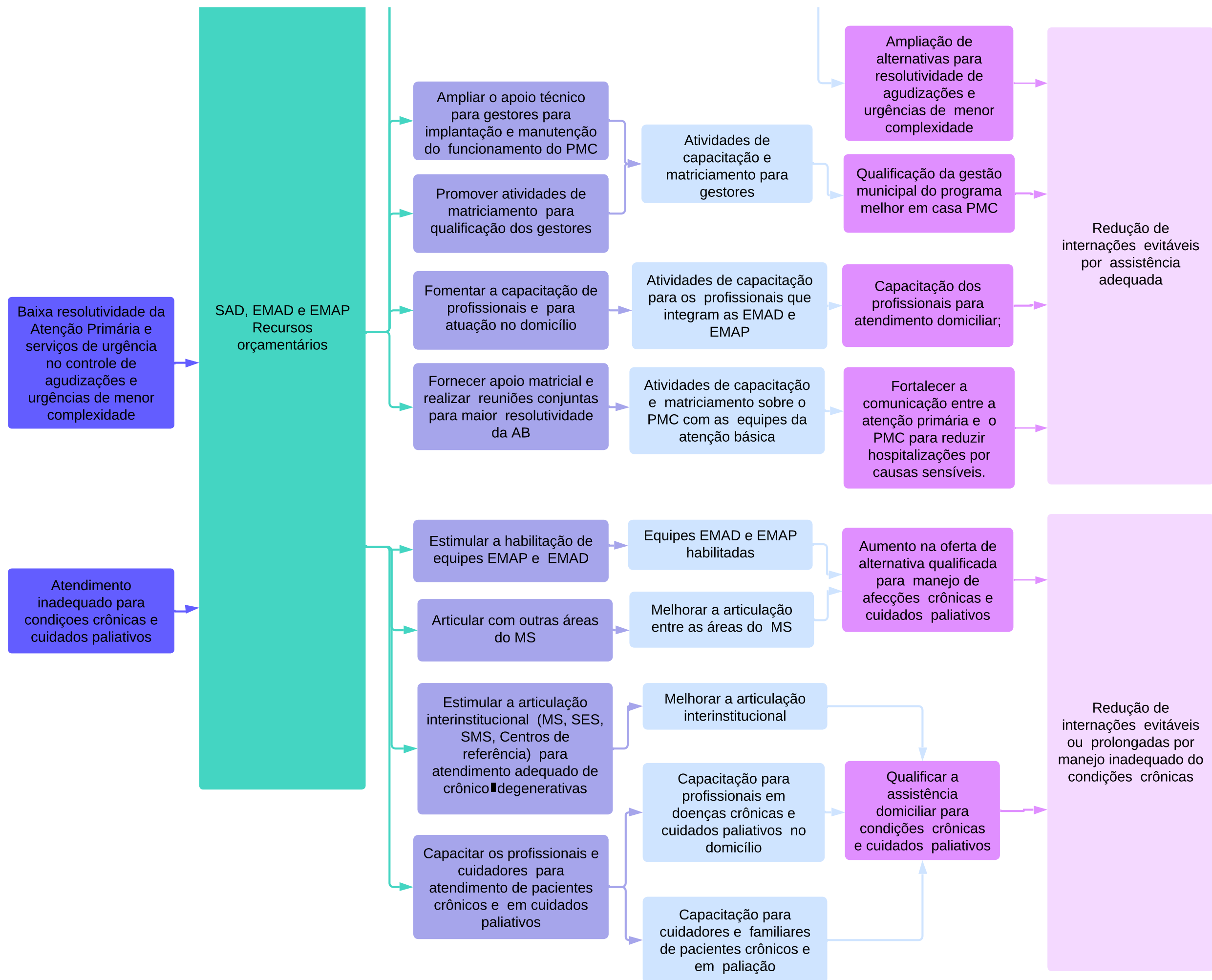
C1.5 Modelo de remuneração por procedimentos;

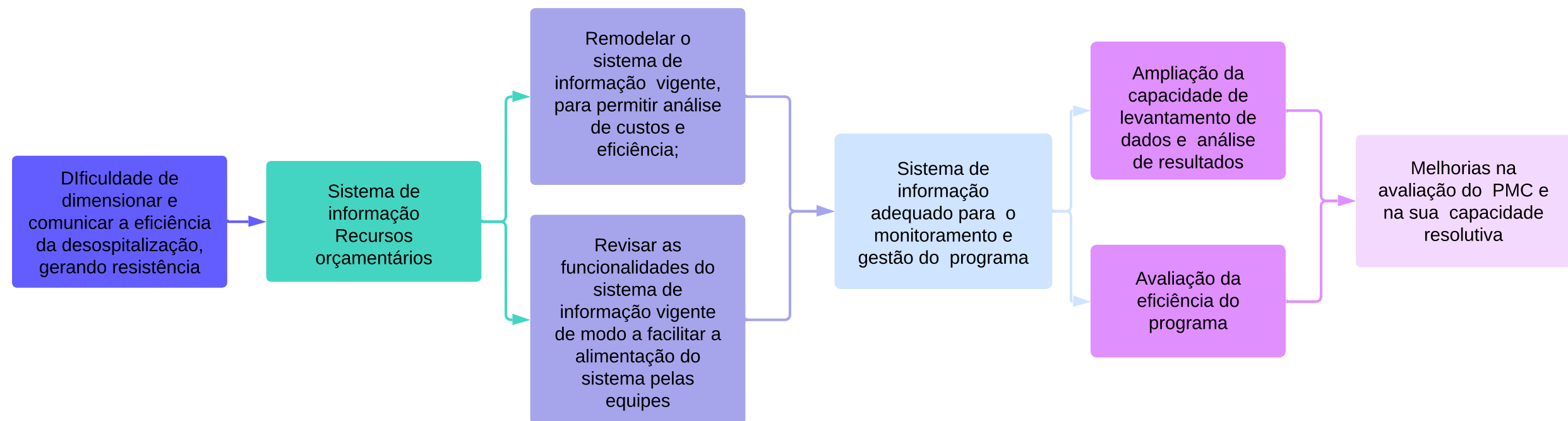
As causas críticas C1.1, C1.2 e C1.5 se relacionam, pois convergem no resultado final relacionada a redução da ocorrência de hospitalizações prolongadas desnecessariamente. As ações para minimizar esse problema estão relacionadas a uma maior divulgação do programa e dos critérios de elegibilidade, fortalecimento da interlocução na rede, capacitação dos gestores e profissionais de saúde atuantes no programa, estímulo a realização de busca ativa por pacientes elegíveis nos hospitais, utilização de um sistema de informação que permita demonstrar a eficiência do programa. Já as causas C1.3 e C1.4 relacionam-se na medida em que pretendem reduzir as hospitalizações desnecessárias, fortalecendo a interlocução com a atenção primária, ampliando o número de equipes EMAP e EMAD habilitadas e promovendo a capacitação dos profissionais que atuam no cuidado domiciliar. O resultado final para as ações planejadas para as causas críticas do ML é a redução no número de internações por causas evitáveis e do número de internações com permanências prolongadas.

Figura 3. Modelo Lógico do Programa Melhor em Casa

MODELO LÓGICO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA







FONTE: Elaboração própria, 2022.

5.2 INDICADORES

A construção/pactuação de indicadores para monitoramento e a avaliação de uma política/programa é fundamental para a gestão adequada do programa, avaliação da sua efetividade e eficiência, bem como para dar visibilidade às suas ações e permitir o seu fortalecimento no país.

O uso de sistemas de informação apropriados aos serviços de atenção domiciliar tem como objetivos: qualificar os registros dos atendimentos e as ações da Atenção Domiciliar, uniformizar a forma de transferência de dados, minimizar a perda de informações relevantes e permitir a coleta, tratamento e avaliação das informações pela gestão do programa, de forma ágil e fidedigna, sendo fundamento para a realização de adequações no programa.

Além disso, o uso de indicadores e do sistema de informação permite as próprias equipes refletir e avaliar o seu processo de trabalho em aspectos como resolutividade, perfil populacional atendido, integração do serviço com os demais pontos da rede de atenção à saúde e realizar mudanças, ajustes, treinamentos e capacitações, sempre que necessário.

No ano de 2012, *foi criado o sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar (RAAS-AD)*. A partir de 2016, o Programa Melhor em Casa passou a ter como novo sistema de informação o módulo e-SUS AD, vinculado ao e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Considerando o contexto apresentado, descrevemos abaixo os indicadores propostos para o Programa Melhor em Casa no Quadro 3. Os indicadores derivam do Modelo Lógico e não foi identificado monitoramento em 21 dos indicadores descritos.

Quadro 3. Indicadores propostos para monitoramento do PMC com base no Modelo Lógico.

Indicador	Monitorado			Observações/Questões	Componente do ML	Linha de Base	Meta			Realizado		
	S	N	P				2019	2020	2021	2019	2020	2021
1. Número de publicações de atualização sobre os critérios de elegibilidade do programa		X		O objetivo do indicador é medir a implementação dos novos critérios de elegibilidades, quantas publicações/ comunicações realizadas neste sentido	Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
2.% de SAD com informações de custos do programa preenchidas no sistema		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
3. Tempo médio de atualização dos dados no SISAB – AD		X		O objetivo do indicador é verificar se o padrão de repasse dos dados é distinto entre as equipes	Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
4. Número de oficinas de capacitação e matriciamento para gestores e profissionais de saúde		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
5. % de SAD com equipes de busca ativa		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
7. Número de EMAD e EMAP habilitadas no período por estados e regiões do país		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
9. Número de oficinas de capacitação sobre urgências no domicílio para profissionais do SAD promovidas pelo MS		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
10. % de equipes que realizaram atividades de capacitação para cuidadores e familiares no período		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
11. % de SAD que realizaram atividades de matriciamento com a APS		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
12. Novo modelo de remuneração implementado		X			Produtos	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
13. Tempo de permanência do usuário no SAD Sugestão de estratificar para outros grupos como adulto e pediátrico	X				Produtos	Não é possível levantar a partir do sistema atual	NI	NI	NI	NI	NI	NI
1. Número de solicitações de adesão ao SAD no período, comparado ao período anterior		X		Esse indicador diz respeito à habilitação de equipes pelo MS	Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
2. Percentual dos usuários classificados como AD2 ou AD3 na admissão		X		Sugere-se tornar o campo de preenchimento obrigatório	Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI

3. % de pacientes desospitalizados admitidos no SAD	X				Resultado Intermediário	Não é possível levantar a partir do sistema atual	NI	NI	NI	NI	NI	NI
4.% de completude dos dados no sistema		X		O indicador se refere ao preenchimento dos dados no sistema pelas equipes	Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
5. Número de atendimentos domiciliares por equipe no período, em relação ao período anterior		X			Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
7. % de gestores e profissionais dos SAD que participaram das oficinas de capacitação no período		X			Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
8.% pacientes admitidos no SAD por meio de busca ativa nos hospitais	X				Resultado Intermediário	Não é possível levantar a partir do sistema atual	NI	NI	NI	NI	NI	NI
9.Número de EMAD/EMAP habilitadas em comparação com o período anterior		X			Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
10. % de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviço de urgência por grupo de CID;		X			Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
11. % de equipes EMAD e EMAP habilitadas por estados e regiões do país		X		O outro indicador semelhante se refere ao número e este a porcentagem	Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
13. % de SAD com resultado de Pesquisa de Satisfação do Usuário informado mensalmente no Sistema de Informação		X			Resultado Intermediário	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
1. % de usuários admitidos no SAD pós alta hospitalar no período, comparado ao período anterior	X				Resultado final	Não é possível levantar a partir do sistema atual	NI	NI	NI	NI	NI	NI
2. % de pesquisas de avaliação da qualidade do sistema com avaliação satisfatória realizadas com as equipes e com a gestão do programa		X			Resultado final	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
3. Redução da média de permanência hospitalar por agravo dos usuários admitidos no SAD no período		X			Resultado final	Não identificada	NI	NI	NI	NI	NI	NI
4. % de usuários admitidos no SAD por solicitação da APS	X				Resultado final	Não é possível levantar a partir do sistema atual				X	X	X
6. % de usuários admitidos no SAD por solicitação de serviços de urgência	X				Resultado final	Não é possível levantar a partir do sistema atual				X	X	X

Fonte: Tabela 1 do documento Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. v. 2 (301 p.): il., gráfs., mapa color; p. 59.



6. IMPLEMENTAÇÃO

A implementação de políticas públicas consiste nos esforços de execução da ação governamental, incluída a alocação de recursos e o desenvolvimento dos processos previstos para isso (CGU, 2015).

Nesta etapa da avaliação, tem-se por objetivo especificar em que medida a política pública foi implementada conforme o planejado, explicando-se potenciais desvios daquilo originalmente previsto.

Para consolidação dessa etapa foram definidos instrumentos de coleta de dados necessários para obter evidências que vão dar as conclusões dessa avaliação. A coleta de dados, a obtenção de evidências e as análises foram realizadas para responder às questões formuladas e fundamentar as conclusões da avaliação. As evidências adotadas foram consideradas suficientes, confiáveis, fidedignas, relevantes e úteis para apoiar as conclusões baseadas no julgamento profissional da equipe envolvida.

Como instrumentos para avaliação da implementação do Programa Melhor em Casa, foram utilizados dados obtidos a partir da revisão de literatura realizada, de entrevistas individuais e da análise de documentos, de forma combinada. Não foram encontrados dados públicos de implementação do programa referentes a todos os anos de sua execução. Não estão disponíveis os dados provenientes do sistema de informação utilizado para o programa.

As perguntas norteadoras para avaliação da implementação foram:

1. Os bens ou serviços (do programa) são efetivamente entregues aos beneficiários? Como isso tem sido acompanhado pela gestão da política?
2. Quais são os instrumentos normativos e os procedimentos usados para a execução do financiamento da política? Há transparência sobre esses procedimentos?
3. Existem mecanismos de supervisão da execução da política para garantir o alcance de sua finalidade?

Durante a etapa de revisão de literatura, descrita no tópico 3.1 deste relatório, foram levantados alguns pontos que inicialmente foram considerados como “problemas” na etapa de construção da árvore de problemas do Programa Melhor em Casa. Após as oficinas com a área técnica do Ministério da Saúde, foi consensuado que os pontos identificados não seriam “problemas originadores” do programa e sim falhas na sua implementação. Deste modo, estes pontos foram retirados da construção da árvore de problemas,

se relacionam com os problemas de implementação apresentados nas entrevistas, e serão discutidos neste tópico, sendo eles:

- **Frágil embasamento científico no campo da Atenção Domiciliar:** deste problema resultam outros que vão prejudicar a entrega dos serviços de atenção domiciliar a população, restringindo desta forma o alcance e implementação do programa. Apesar de ter seu conceito descrito em diversas normativas legais do programa, foi identificado que persistem dúvidas conceituais no campo da atenção domiciliar. A ocorrência deste problema de implementação pode estar atrelada a: inexistência ou não explicitação da teoria do programa e inexistência de um modelo lógico validado. Estas lacunas podem influenciar na compreensão da forma como se operacionaliza o programa, resultando em fragilidades na sistematização dos fundamentos do programa, resultados esperados e processo avaliativo;
- **Ausência de uma estrutura de custo abrangente e atualizada que permita avaliar sua eficiência no território:** este ponto deficiente na implementação do PMC está diretamente relacionado aos mecanismos de supervisão da execução do programa. Deste problema de implementação derivam outros, como a dificuldade de mensurar a eficiência do PMC, devido à dificuldade em levantar os custos do cuidado domiciliar e hospitalar. De acordo com a revisão realizada, o levantamento de informações é complexo e a maioria das informações estão relacionadas a atenção básica. Esta deficiência está interligada ao sistema de informação atualmente utilizado, que, conforme as evidências consultadas, é inadequado e incompleto, sendo um importante fator limitante para monitoramento e a capacidade de avaliação de resultados do PMC.
- **Restrições orçamentárias que venham a impactar na divulgação do programa, limitando as oficinas de difusão para o conhecimento nacional do PMC** também aparecem como um fator limitante da sua implementação. Estes recursos poderiam auxiliar na manutenção e condução de ações continuadas de pesquisa de satisfação junto aos usuários, profissionais e cuidadores, que possam dar os retornos para alcançar mais eficiência nas ações do PMC.
- **Metas para avaliar adequação da configuração atual do programa em AD1, AD2 e AD3 e a capacidade resolutiva do programa PMC na atenção primária. O estabelecimento de metas e indicadores é essencial para avaliar se o produto/serviço está sendo adequadamente entregue ao destinatário** previsto em seu desenho. Este ponto aparece como uma limitação de implementação na revisão de literatura, especialmente *quanto a definição dos critérios para os níveis de cuidado na atenção domiciliar, no entendimento da responsabilidade das equipes da Atenção Primária a Saúde (APS) no atendimento dos usuários do nível 1 da atenção domiciliar (AD1).* Os níveis 2 e 3 concentram os usuários de maior complexidade, sendo necessário discutir a interrelação entre esses níveis, os níveis

de complexidade clínica e tecnológica que delimitem o cuidado entre eles, bem como avaliar se há resolatividade para estes usuários, por meio de metas bem estabelecidas.

Adicionalmente, foram conduzidas 6 entrevistas semiestruturadas individuais como instrumento complementar para avaliação da implementação. Entre os entrevistados estavam: gestor federal atual do programa (1), gestor federal do programa quando da sua implementação (1), coordenadores municipais (3) e pesquisadora da área de atenção domiciliar no Brasil (1).

Foi elaborado um roteiro semiestruturado composto por 12 questões, subdivididas nos seguintes domínios: relação com o programa, objetivos e ações do programa, estruturação do programa e monitoramento (Apêndice 11).

As entrevistas foram conduzidas individualmente e gravadas após autorização do entrevistado. Foram posteriormente transcritas na íntegra e analisadas quantos aos aspectos abordados relacionados a implementação do programa.

1. Avaliação da implementação com base na resolução do problema principal enfrentado pelo Programa, a saber “internações hospitalares prolongadas e/ou internações hospitalares desnecessárias”:

Visão do gestor federal

Há maior sucesso na “desospitalização pós-hospitalar..., por ser um ponto diferenciado da atenção, de não sobrepor o trabalho da rede básica. Inicialmente, cerca de 20% a 25% dos pacientes que vinham para o programa eram pacientes desospitalizados, hoje esse número está em 42%.” “Por outro lado, a desuperização, que seria uma porta de saída qualificada para a rede de urgência emergência, inclusive considerando a portaria que estabelece a RUE - Rede de Urgência e Emergência, publicada em 2011 - e dentro de um dos componentes, dos 9 componentes dentro da RUE citados, um deles é a Atenção Domiciliar. Entretanto, esse ponto [da desuperização] não avançou. Isso não avançou. A gente tem ficado entre 7 e 9%, não sei se já chegou em 10% à nível nacional.”

Um dos principais pontos relacionados a essa limitação de ser uma porta de saída para a RUE, também apontada pelo gestor, envolve

“trazer a consciência de que nós não estamos aqui para sobrepor a Atenção Primária... a compreensão correta do motivo do Programa Melhor em Casa é o maior desafio. Que é para ser um caráter transitório, é para ser a ponte entre a atenção hospitalar e a rede básica, não é para sobrepor ações”.

Visão dos gestores municipais

Município 1

“Então eu acredito que esse é um dos pontos do município que a gente precisa trabalhar mais um pouquinho para de certa forma a gente estar mais atuante e ter mais abertura mesmo, e acesso para uma busca ativa de pacientes que podem ser desospitalizados mais precocemente.”

“De certa forma com a pandemia a gente teve dificuldade de integrar totalmente, de a gente ter acesso e atuar dentro dos hospitais.”

“A procedência da nossa demanda, ela oscila bastante. Ela não é 50% de procedência hospitalar, de internação hospitalar. Ela vem muito de iniciativa do próprio cuidador, né. Ou desospitalização em 10% ou menos, né?”

Município 2

“Retirar paciente do hospital com o programa ajudou muito, porque os hospitais não sofrem mais a sobrecarga como sofria, então a gente vê que é muito positiva a questão de retirar pacientes”.

“Criança, digamos assim, da unidade materna infantil, o programa também tem tirado, tem feito acompanhamento em casa, então, assim, o Melhor em Casa é um projeto que abrange vários setores e todos eles de grande valia para o município e também questão de resultado financeiro”.

“Tem tirado pacientes graves, levado ‘pra’ casa e tem tido resultado positivo. Porque libera leitos de UTI, libera leitos da semi-intensiva, da sala vermelha e consegue cuidar desses pacientes trazendo de volta ao conforto do seu lar, de volta às suas atividades, à sua rotina”.

“O paciente hospitalizado, geralmente nessa parte aí dos médicos do hospital, eles também solicitam o programa através de avaliação. Eles avaliam direitinho e encaminham para cá e os médicos fazem essa busca nos hospitais, UPA e traz esse paciente até o Melhor em Casa para que receba acompanhamento do programa”.

“Isso, agora UPA, Regional, né, o hospital municipal, eles já fazem essa busca duas vezes na semana, três, exatamente para desospitalizar as unidades”.

Município 3

“O melhor resultado atualmente é na desospitalização. A gente tem um programa forte, a gente consegue rodar muito leito, tirar paciente das unidades. E dentro do próprio programa, também, começar a reabilitação do paciente, terminar antibiótico. Então, a desospitalização aqui eu acho muito mais forte do que evitar a internação”.

“No SAD, aqui, a gente consegue, a gente tem uma comunicação muito boa com os hospitais. Então a gente trabalha aqui com todos os hospitais públicos e todos eles entendem, pedem, solicitam e a gente consegue tirar os pacientes dos hospitais”.

(Para as desospitalizações) “temos um fluxo direto, a gente tem um formulário próprio que a gente criou aqui que é muito fácil de responder e todas as unidades mandam para o nosso e-mail e, por ser internação hospitalar, a gente sempre tem que ter uma resposta rápida. Em até 24 horas, nossa equipe vai naquele hospital avaliar aquele paciente e o meu lado social também vai até a casa do paciente para ver se existe a condição social também”.

Sobre o Programa contribuir para a redução de hospitalizações desnecessárias

Município 2

“O Programa tanto nessa área de desospitalização é interessante como também atender as demandas da atenção básica, inclusive o programa resolveu muito problema dentro também do setor da atenção básica, onde os enfermeiros solicitaram, através dos médicos, o apoio do Melhor em Casa e a gente conseguiu atender essa grande demanda”.

“Então a gente sentou com os médicos, com os enfermeiros, para que o médico vá até a casa do paciente, faça todo levantamento dos dados clínicos do paciente ‘pra’ que ele reconheça casos que tenha critério para o programa. Então isso tem acontecido da melhor forma possível e, assim, o médico vai até a casa, quando está em domicílio o paciente que não foi para o hospital. O médico ‘encaminha ele’ via solicitação pelo e-mail do programa. O médico do programa avalia todo relatório do médico do PSF e define se tem critério ou não”.

Município 3

“Eu tenho um pouco de dificuldade com as unidades básicas de saúde entenderem qual seria o paciente do SAD, o paciente que deveria vir para o programa para evitar ser internado. Então ainda falta essa cultura (dos serviços de atenção domiciliar) com eles (da atenção primária). Mais difícil, acredite, é a (comunicação) com a unidade básica de saúde”.

De maneira geral, a partir dos relatos trazidos no que diz respeito ao problema central do Programa Melhor em Casa, observa-se que existe uma diversidade na forma como este se desenvolve no território e com relação às interlocuções na Rede de Atenção a Saúde que vão sendo construídas para dar visibilidade às ações do PMC. Nota-se que, de acordo com a fala do gestor federal e de alguns dos gestores municipais, que o programa tem atingido mais adequadamente os seus objetivos no que diz respeito a desospitalização de pacientes com internação prolongada.

A maior dificuldade relatada em conseguir prevenir hospitalizações desnecessárias está em consonância com os achados da revisão de literatura, no que diz respeito ao entendimento sobre a teoria do programa e a forma de execução e prestação dos cuidados nas modalidades AD1, AD2 e AD3 e quanto ao alinhamento do PMC com a APS.

2. Avaliação da implementação com base no problema existente de fragmentação da rede de atenção à saúde (RAS):

Visão do Gestor Federal

De acordo com a perspectiva apresentada, há múltiplas realidades quanto a organização da RAS nos municípios em que o programa está implementado. Estas diferenças podem estar relacionadas a “capacidade do coordenador local em realizar a interface com os demais pontos da rede”. Ademais, há muitas diferenças entre os serviços que realizam “busca ativa pelos usuários”, daqueles que tem uma postura mais expectante.

Ressalta que o Programa Melhor em Casa é um programa transversal, onde são estabelecidas diversas relações para que o programa funcione. Essa articulação está diretamente relacionada à implementação do programa e a entrega dos serviços aos usuários.

“O Melhor em Casa é um programa onde tudo é transversal, ele tem que se articular com a urgência sim, mas ele tem que se articular com o hospital também, se o paciente piorar, para poder ir para lá. Tem que se articular com a rede básica, para poder dar alta para eles. Tem que se articular com o SAMU que vai resgatar o paciente em casa se tiver problema. É um programa que tem que estar articulado com a rede para ele funcionar bem, mas, ele não é obrigatoriamente e exclusivamente um componente da rede de urgência. Hoje, o Melhor em Casa está muito mais ligado à Atenção Primária na maioria dos municípios, Atenção Hospitalar em outra grande parte dos municípios, do que a Atenção às urgências e emergências. E não tem problema nenhum, desde que se trabalhe com foco nesses 3 pontos especialmente: hospital, urgência e atenção básica. Desde que consiga ter mecanismos de referência e contrarreferência com esses três pontos principalmente. É a missão do programa fazer isso. Então, eu considero que isso é uma coisa que não foi alcançada, 7,5% só são os pacientes que vêm da urgência, nos mostrando que o Melhor em Casa não está trabalhando muito a questão do agudo captado nas urgências”.

Visão dos gestores municipais

Município 1

“Eu acredito que a maior dificuldade (em relação a integração da rede) é em relação a perceber que o paciente não é só do Melhor em Casa, ele é um paciente compartilhado, ele é do território. Então, o agente

de saúde precisa sim manter uma visita mensal, a equipe também precisa ter uma atenção, uma assistência mínima, manter um vínculo. E eu sinto um pouco de resistência, assim, de dificuldade até da própria equipe”.

“Então a gente entende que a gente compõe essa rede de atenção às urgências. Então aqui no município a gente possui um Hospital Regional, que é o Doutor Pedro Garcia Moreno, né? Não temos UPA, mas temos o hospital regional que atende essa demanda, e temos outras pactuações com os hospitais estaduais sejam filantrópicos ou públicos, com o Hospital HUSE, com Hospital Primavera, com o Hospital de Cirurgia ou com o próprio Hospital Universitário”.

Município 3

“As regulações aqui são muito assim para os hospitais especializados, uma necessidade de um documento complexo e que as unidades estão com dificuldade de entender que o SAD é o internamento domiciliar, que o paciente já está internado e que ele precisaria do SAD para ir para algum hospital especializado por algum outro motivo. Então, esse impasse eu ainda tenho, uma resistência muito grande deles entenderem. Meu paciente, eu desospitalizo ele, tento ‘manter ele’ em casa e, por exemplo, um paciente mais frágil que descobriu agora um CA. Então o paciente está debilitado, com sonda nasoenteral, meu paciente começa a complicar. Eu tenho que ‘mandar ele’ para a UPA, porque eu não consigo mandar ele direto para um hospital terceirizado. Recentemente, o mais complexo que eu já tive nesses últimos dias, foi um paciente HIV positivo com sarcoma que eu precisava de uma avaliação da infectologia, porque ele estava fazendo febre constante, laboratório alterando, fazendo anemia, eu tentei mandar para a assistência especializada para uma avaliação de urgência com a infectologia e eu não consegui, porque eles não entenderam que o meu paciente internado no SAD é um paciente interno. Eu tive que mandar para a UPA, para a UPA conseguir fazer esse fluxo.”

“Por exemplo, nas duas UPAS, a gente tem uma comunicação muito boa com as equipes interdisciplinares das UPAS também, para eles poderem entender o paciente que vai ou que não vai para a gente e os detalhes que a gente precisa desse paciente, seja o desmame de uma sonda vesical, ou curativo, até mesmo ceder um pouco de material já que a gente não tem tanto, como essas unidades costumam ter. Mas, depende de com quem a gente esteja falando, quando a gente fala do lado externo”.

“Eu faço a ‘pós’, aí tenho contato com outros SAD’s e nos outros SAD’s varia muito de acordo com a região. Tem alguns SAD’s que são mais avançados, que eu acho muito interessante, é legal as discussões, as ideias que a gente dá. Mas tem outros que não, tem outros que ainda estão fazendo muito errado, muito estranho a forma como eles trabalham. E aqui internamente, eu acho que atualmente a gente tem 23 SAD’s em Sergipe, e dos 23 eu só tenho dificuldade com um SAD, nesse SAD a gente não consegue conversar com

eles. Quando aparece paciente deles aqui em Aracaju eu não consigo contrarreferenciar, mas os outros é muito tranquilo, é muito legal o que a gente tenta fazer por aqui”.

As divergências na forma de organização das redes locais de atendimento ao paciente, e como outros serviços com os quais o PMC se articula estão organizados no território, acabam por resultar em diferenças nos resultados obtidos com a implementação do SAD. O entendimento sobre o programa, seus objetivos, público-alvo e sua transversalidade, além do estabelecimento da interlocução com os outros pontos da rede é fundamental para permitir esse direcionamento adequado do paciente, de modo a contribuir para promover o cuidado no domicílio sempre que possível.

Os pontos relatados a seguir foram considerados como implementados na visão dos gestores, apesar de não quantificados quanto ao nível de implementação.

3. Ampliação da desinstitucionalização e autonomia dos usuários:

“Isso tem acontecido, em cada visita domiciliar a gente amplia a autonomia dos usuários. Isso eu tenho visto, também não é quantificado... mas recebemos muitos relatos”.

4. Inserção nas linhas de cuidado e humanização da atenção:

“Nas linhas de cuidado, sim. À medida em que o Programa vai sendo reconhecido pelos outros entes, né, ele consegue. Os municípios conseguem ver a etapa do Melhor em Casa, junto com a rede, fazendo e compondo essa rede. Mas, também não é uma coisa quantificada”.

5. Capacitação das equipes para o cuidado domiciliar:

O gestor federal relatou a ocorrência de diversas capacitações ao longo do tempo. Por sua vez, os gestores municipais relatam a importância desse processo de educação com familiares e cuidadores.

“No início, acho que o próprio cuidador percebe que estamos ali no domicílio para somar e para tentar confortar um pouco e orientar no manejo do paciente. A gente sentia um pouquinho de resistência no primeiro momento, quando o paciente, ele chega acamado assusta. Então, o cuidador ele é inexperiente, às vezes não é capacitado. Então tem aquele anseio, o medo de manejar o paciente. Só que com a nossa disponibilidade e com a segurança que é passada pela fala, as próprias condutas adotadas pelos profissionais passam mais segurança para aquele cuidador. E então a família abraça mesmo a equipe, conta com o apoio seja por telefone ou de forma presencial.”

6. Avaliação da implementação com base na integração ao sistema de regulação:

Visão do gestor federal

Esse ponto foi considerado como essencial nas primeiras normas sobre o programa, entretanto, distanciou-se do objetivo inicial, conforme apresentado nas falas da gestora federal.

“Logo na primeira portaria a gente achou importantíssimo colocar, para que o sistema de regulação reconheça o Melhor em Casa como uma vaga, como um acesso, como um leito, né. Como um leito ao invés de hospitalar, um leito domiciliar. Isso de fato aconteceu em pouquíssimos municípios... Essa incorporação ao sistema de regulação em si, de modo geral, não aconteceu”.

“Nas linhas de cuidado, sim. À medida em que o Programa vai sendo reconhecido pelos outros entes, né, ele consegue. Os municípios conseguem ver a etapa do Melhor em Casa junto com a rede, fazendo e compondo essa rede. Mas, também não é uma coisa quantificada”.

“Sem dúvidas. Sem dúvida nenhuma, sem comentários. Não existe algo que humaniza... e que promove o trabalho em equipe mesmo, é a Atenção Domiciliar. Porque se não se trabalha em equipe, com os saberes articulados. A própria Atenção Domiciliar propicia muito que se trabalhe em equipe, o próprio ato da visita conjunta ao paciente”.

Visão dos gestores municipais

Município 1

“Em relação ao sistema de regulação, o município conta com uma unidade de SAMU. E temos ambulâncias básicas que podem ser um sistema de retaguarda para qualquer tipo de urgência, e a equipe de certa forma, que trabalha de forma colaborativa com os próprios coordenadores de transporte ou coordenadores de regulação”.

Município 3

“A gente tem uma regulação aqui um pouco complexa, apesar de ser complexa eu ‘considero ela’ atrasada. As regulações aqui são muito assim para os hospitais especializados, uma necessidade de um documento complexo e que as unidades estão com dificuldade de entender que o SAD é o internamento domiciliar, que o paciente já está internado e que ele precisaria do SAD ir para algum hospital especializado por algum outro motivo. Então esse impasse eu ainda tenho, uma resistência muito grande deles entenderem”.

“Como eu já falei, a gente tem dificuldade, como a regulação é estadual, dos leitos especializados, eu tenho uma certa dificuldade de eles entenderem que o meu paciente está internado, então ainda não consigo”.

Dos relatos obtidos, depreende-se que não houve implementação da integração do Programa Melhor em Casa ao sistema de regulação.

7. Avaliação da implementação com base na resolutividade dos critérios AD1, AD2 e AD3:

Visão do gestor federal

“Com certeza não é uniforme (em todo o país) e agora... estamos com um grupo de apoiadores nossos daqui do Ministério reescrevendo a portaria para deixar isso mais claro e validando uma escala... de elegibilidade para deixar mais claro, uma escala única de elegibilidade para deixar mais claro o paciente de AD. Porquê da maneira que está, a portaria muitas vezes não é suficiente para o serviço admitir e dar conta de fazer o que ele deveria fazer”.

Visão dos gestores municipais

Município 1

“Eu acredito que a maior dificuldade hoje em relação à reabilitação motora é no perfil de elegibilidade dos pacientes. Porque a gente... sabe que o uso do dispositivo em si e o fato de ele estar domiciliado e acamado não somente é um fator para ser elegível ao programa. Então, a gente tem muita resistência pelas equipes de PSF”.

“Mas, de certa forma, a gente conta ainda com pouco apoio das equipes, mas a alta do paciente ela fica meio que travada, né? Então são alguns conflitos que são gerados por relações compartilhadas do paciente”.

“Às vezes, eu acho que a nossa portaria não deixa muito claro o que compete ao Melhor em Casa e o que compete às equipes do PSF... Então, acredito que se a nossa Portaria constasse essas definições, ou pelo menos um norte, ficaria mais fácil a gente sair um pouco da subjetividade do que é ou não é, dar objetividade. A nossa resistência maior é com as equipes da Atenção Primária, né, que seria esse AD1”.

“Dentro dos critérios de elegibilidade, né? AD1, AD2 e AD3. Realmente, eu reforço a clareza e quais seriam as competências.”

Município 2

“O paciente que está em domicílio hoje, a gente teve uma reunião ‘pra’ gente travar parceria porque estavam vindo muitos pedidos que não tinham critério ‘pro’ programa, entendeu?”.

Município 3

“A contrarreferência a gente faz, às vezes tem algum impasse, às vezes eles não querem. Eles acham, não, porque está na cama, está acamado, tem que ser de vocês. Aí vamos conversar com esse gerente, com essa equipe que está assistindo, esse agente social, para explicar para eles que não é melhor acamado, é outra

ideia, que o paciente que está numa AD1 não é um paciente meu, é um paciente que precisa uma vez no mês e olhe lá a visita do médico. Então é um paciente que é da atenção básica. Às vezes há uns entraves, mas vai”.

A partir dos relatos, depreende-se que não há uniformidade com base nos critérios hoje estabelecidos para entrada dos pacientes e para entendimento dos critérios. A gestão do programa está em processo de publicar uma atualização dos critérios para dar maior clareza e favorecer o encaminhamento adequado dos pacientes.

A capacidade de compreender os SAD, os critérios de atendimento aos usuários e, principalmente, a capacidade de avaliar a resolutividade dos pacientes, conforme as categorias hoje previstas em AD1, AD2 e AD3, mostraram-se pontos de extrema relevância para mensurar a implementação e resolutividade do programa, sendo, portanto uma barreira identificada para essa implementação a falta de dados provenientes do sistema de informação, quanto a esses critérios de elegibilidade e quanto a sua resolutividade.

8. Avaliação da implementação com base na operacionalização do PMC:

Os principais pontos de melhoria no que diz respeito a operacionalização do PMC mencionados nas entrevistas foram:

- a) Melhorias no sistema de informação para permitir o monitoramento;**
- b) Ajuste no valor/forma de repasse para as equipes;**

“O que a gente precisa mudar e melhorar é a questão de sistema de informação, para deixar mais claro. Porque a gente usa hoje no-SUS, ele não tem sido satisfatório, nem fácil de aplicar e tem trazido muitas confusões para os municípios e para nós aqui, poder colher os dados à nível de Ministério. E a questão de incentivo financeiro. A gente pensa que se a gente conseguisse atrelar o uso de alguns indicadores ao incentivo melhor, os municípios trabalhariam melhor”.

9. Avaliação da implementação com base no financiamento:

Visão do gestor federal

Os municípios e estados *“Têm a liberdade e, entre aspas, a obrigação. Está lá na portaria, que o Ministério vai fazer essa transferência mensal. Mas, qualquer necessidade além dessa deve ter a coparticipação dos outros entes federais... em alguns estados sim (existe essa complementação do financiamento)”.*

Quando perguntada se o valor disponível atualmente seria suficiente para o custeio das equipes:

“Quando a equipe é muito básica, só faz uma coisa mais básica de curativos e usa medicações mais básicas, esse valor em geral dá. Mas, quando tem ações mais complexas e precisa de locação de aparelhos, e em áreas muito distantes que precisaria de mais um outro veículo ou dois ou três veículos, aí precisa de cofinanciamento”.

Quando questionada sobre recursos para realização de treinamentos:

“Não, a gente pede muito que cada município faça o seu, que a gente tem muitos serviços ao longo do Brasil, muitos serviços visitando outros que já estão implantados”.

Visão dos gestores municipais

Município 1

“Eu acredito que o gestor confia muito na equipe, por isso que ele investe tanto na equipe do Melhor em Casa aqui em Itabaiana, porque ele viu melhores resultados. Ele viu a possibilidade de um respaldo de satisfação do usuário também maior. Aqui, utilizamos o nosso recurso, nosso custeio federal e recurso próprio, né? É tanto que a nossa equipe EMAP, se você olhar o custeio de 6 mil, só manteria três profissionais, e hoje temos mais”.

“E eu sinto falta, que eu não citei, em relação ao que foi pontuado inclusive ontem por alguns profissionais. De a portaria do Melhor em Casa oferecer... eu sei que o recurso da APS é feito pelo financiamento a depender do desempenho da equipe. Então, eu não vejo também ainda um modelo de gratificação, bonificação, para equipes do Melhor em Casa, já que a gente não consegue estar integrado na APS”.

Município 2

“Então a gente só tem mesmo do governo federal, pelo menos até onde fui informado, avaliei alguns dados”.

“Tudo do governo federal. Na semana que vem o secretário está vindo para cá exatamente para a gente começar a discutir essas questões. Como treinar as equipes, por onde começar, de onde vai vir o financiamento, de onde vai vir o investimento, todas essas questões, né? Aí o secretário vai vir exatamente, porque tudo o que a gente tem hoje é de recurso federal. Investimento estadual e municipal não tem. Então a gente está nessas cobranças aqui, né? De estar com ele para discutir”.

Município 3

“O (financiamento) federal eu não consigo pagar nem todo o meu RH. Tem os carros, materiais, insumos. Então, ainda tem muita ajuda da prefeitura, mas estadual não vem nada não. O recurso federal não é suficiente, mas ajuda muito”.

(Com relação ao monitoramento do repasse de verbas para o programa) *“é tudo centralizado na secretaria municipal. Eles recebem o dinheiro e eles mandam tudo para a gente, fazem a folha, esse lado a gente não mexe não”.*

De maneira geral, o recurso federal é suficiente para o custeio básico das equipes e não há um padrão de participação dos estados e municípios conjuntamente neste custeio, o que em total impacta na implementação das ações do programa.

10. Monitoramento de indicadores e da eficiência do programa:

Um ponto relevante para avaliação de implementação diz respeito aos resultados do programa que são mensurados por meio de indicadores. O que se observa a partir das falas é que o sistema de informação vigente apresenta inconsistências e não permite a monitorização adequada dos indicadores do programa, de forma a prejudicar a mensuração dos resultados. Este ponto é colocado como crítico por todos os entrevistados. Ademais, a equipe de gestão do programa conta com um quadro reduzido, sendo priorizados, entre os indicadores que foram pensados para o monitoramento do programa, apenas dois para o acompanhamento.

Visão do Gestor Federal

“A monitorização é mensal, através do sistema CNES e do SISAB. A gente pega a produção das equipes e a implantação delas no CNES. Infelizmente todos os dois têm um delay. A pessoa às vezes fez a produção em janeiro, e ela tem 120 dias para inserir ela. Eu em fevereiro não consigo ver a produção de janeiro, às vezes está zerada. Em abril ele insere, ainda está válido. Então, existem muitas incongruências aí no sistema de informação”.

“Este ano, nós, junto com a secretaria de incorporação tecnológica e o CNPq, fizemos um chamamento público e onze professores universitários e grupos estão estudando vários temas na Atenção Domiciliar, fazendo pesquisa aplicada. E um deles é esse (eficiência)”.

[O sistema de informação] *“atual é muito inadequado, ‘deixa a gente na mão’ com questões muito importantes. “Não confio nos dados que nos são fornecidos, e o que a gente tem e tem feito é de uma forma muito manual. Podia ser muito mais automatizado, podia muito facilitar a vida da nossa equipe... hoje à nível de Ministério, o processo de trabalho interno, [minha principal questão] é adequar o sistema de informação”.*

“[Quanto aos indicadores] a nota técnica última de 2018, que a gente fala do monitoramento e avaliação prioritária e cita dentre todos aqueles...e entre os 16, 17 indicadores que a gente dá no manual, elencamos dois usados todos os meses... para ter uma noção se está indo certo. Um, é de onde o paciente está vindo, os egressos: mais hospitalar, mais UPA, mais atenção básica. Isso já dá um norte para a gente sobre se o programa está pegando os pacientes mais complexos que têm. E o segundo, qual é o indicativo de rotatividade, se pelo menos 10% dos pacientes que estão no Programa têm rotatividade, saem todos os meses. Então a gente, é no mínimo 30%, o indicador é esse. No mínimo, 30% deveriam vir do hospital e no mínimo 10% de alta”.

Visão dos gestores municipais

Município 1

*“A gente estudou, e meio que ainda tem muitas dúvidas do próprio aplicativo do E-SUS domiciliar”.
“É uma coisa mais do controle interno, né? Aqui no município são feitos dois relatórios, um quadrimestral e outro trimestral. De fato, o quadrimestral, ele só informa o que o Ministério cobra, que é o percentual de elegibilidade e o percentual de alta. Porque mostra se o paciente está em caráter de agudização, sendo acompanhado, e se realmente a APS está recebendo, garantindo o cuidado”.*

“Então eu só informo esses dois, mas, assim, o fato de o paciente ser AD1 ou AD2, eu tenho sim acesso através do sistema. Então eu só revelo mesmo o que de fato o Ministério preconiza, né? Que seriam esses dois indicadores”.

“Mas eu tenho sim, quantos atendimentos por especialidade são feitos. Quais são os tipos, o perfil dos pacientes que são atendidos, se precisa de um curativo especial. Eu tenho sim esse controle mensal”.

Município 2

“Então, é feito todo um levantamento, desde a entrada do paciente, até a evolução do paciente, a questão de óbitos, o gasto com medicação. É tudo feito num gráfico para ser encaminhado para o ministério, né? Eu acho que através da própria produção também já vai esse levantamento diretamente para eles”.

“Isso, tudo encaminhado para a secretaria de saúde, que eles enviam para o ministério da saúde. A gente tem a equipe aqui dentro do programa, eles encaminham esses dados para a secretaria de saúde e eles encaminham para o ministério da saúde”.

Município 3

“A gente tem um programa e esse programa que roda na prefeitura, ele tem o módulo do E-SUS. Então a gente consegue tudo o que a gente faz nele, ele sobe. Eu não tenho tablet para a minha equipe, então

minha equipe vai para a visita e quando eles voltam, a gente na sala atualmente tem nove computadores, e aí quando eles voltam da visita todo mundo evolui seus pacientes para poder subir a produção pelo E-SUS”.

“Não, porque como o meu sistema é bom, ele integra muito rápido, a gente não perde muito tempo digitando o código de todos os procedimentos porque ele mesmo já dá. Então sobe muito rápido, não tenho estresse nenhum com isso. Todo mundo faz certinho”.



7. GOVERNANÇA

A avaliação de governança tem como objetivo examinar a estrutura de governança da política, checando, inicialmente, se a política possui mecanismos de liderança, estratégia e controle que permitam avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Os papéis e as responsabilidades na coordenação daquela determinada política devem ser explicitados.

São questões orientadoras para a análise da governança da política pública:

- Os princípios previstos no art. 3º do Decreto no 9.203/2017 são observados na governança da política pública?
- A estrutura de governança contribui para a atuação dos atores envolvidos com a política pública por meio da definição clara de suas competências e responsabilidades, e da articulação das instituições e dos processos, com vistas a gerar, preservar e entregar valor público?
- A liderança exercida pelos gestores da política é capaz de assegurar a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança?
- A estrutura de governança permite participação social em algumas das etapas da sua execução?

Avaliação de governança do Programa Melhor em Casa:

Institucionalização do Programa Melhor em Casa

O programa conta com regulamentação legal como portarias, decretos, notas técnicas e documentos oficiais apropriados, emitidos por órgão dotado de legitimidade e competência para fazê-lo, e na qual normatize-se a atuação dos diversos órgãos, instituições e esferas de governo envolvidos.

Definição clara e formal das competências

Para implantação do programa, os gestores municipais e/ou estaduais do programa devem enviar projetos à Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Após aprovação nesta instância, o gestor deve encaminhar o projeto ao Ministério da Saúde, que fará avaliação técnica, e publicará portaria habilitando a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). Cabe ressaltar que a necessidade de aprovação na CIB é válida apenas para municípios consorciados com menos de 20.000 habitantes. Para os demais municípios não há necessidade de aprovação na CIB, desde 2013. As competências das principais partes interessadas

envolvidas na política pública (matriz de responsabilidades) estão descritas, entretanto, por se tratar de um programa transversal, que conversa com diversos setores da rede de atenção à saúde, são registrados, conforme explicitado, tanto na revisão de literatura, quanto nas entrevistas, alguns conflitos e dificuldades no estabelecimento das interrelações e definição com clareza do papel do programa frente a outros serviços da RAS. Também ficou evidenciado uma limitação na capacidade de monitoramento e avaliação, seja por limitações de recursos humanos, pela ausência ou retardo no repasse das informações pelas equipes e ainda pelas diversas limitações existentes no sistema de informação atualmente utilizado, principal ferramenta de monitoramento do programa.

Existência de marco regulatório que não prejudique o desempenho da política pública

O programa conta com marco regulatório estabelecido, entretanto algumas questões podem ser aprimoradas para melhoria do desempenho, como pontuado na revisão de literatura e nas entrevistas sobre as dificuldades no entendimento dos critérios de elegibilidade adotados para o programa e descritos em normativa. Dúvidas no entendimento dos critérios podem resultar no direcionamento inadequado de pacientes na, tanto do ponto de vista de pacientes com perfil para atendimento pela Atenção Primária, para atendimento domiciliar do ponto de vista de prevenção de hospitalização, de pacientes críticos que realmente não possuem os critérios para atendimento em serviço domiciliar e para aqueles que podem ser desospitalizados e dar continuidade ao cuidado no domicílio.



8. RESULTADOS

Pontuamos, abaixo, questões que são orientadoras para a análise dos resultados do PMC quanto aos serviços implantados:

- Entre os indicadores apresentados no quadro 3, são acompanhados indicadores qualitativos sobre a política? Se sim, quais são eles e como evoluíram nos últimos anos?
 - Ainda retomando o quadro 3, os resultados previstos foram alcançados? Por quê?
 - Há alguma forma de o usuário final da política enviar retorno sobre o bem ou serviço recebido? Se sim, que forma é essa?
1. Os indicadores monitorados são: origem do paciente e tempo de permanência no SAD;
 2. Não é possível, por deficiências no sistema de informação, levantar a informação sobre tempo de permanência do usuário no SAD;
 3. Abrangência e capilaridade do programa: Atualmente o programa está implantado em em 732 municípios brasileiros, com mais de 1,6 mil equipes multiprofissionais ativas;
 4. A equipe da gestão federal do programa tem realizados pesquisas de satisfação (2012, 2014 e 2017) com o objetivo de avaliar o perfil e o grau de satisfação dos usuários e cuidadores/familiares atendidos pelo Programa Melhor em Casa.

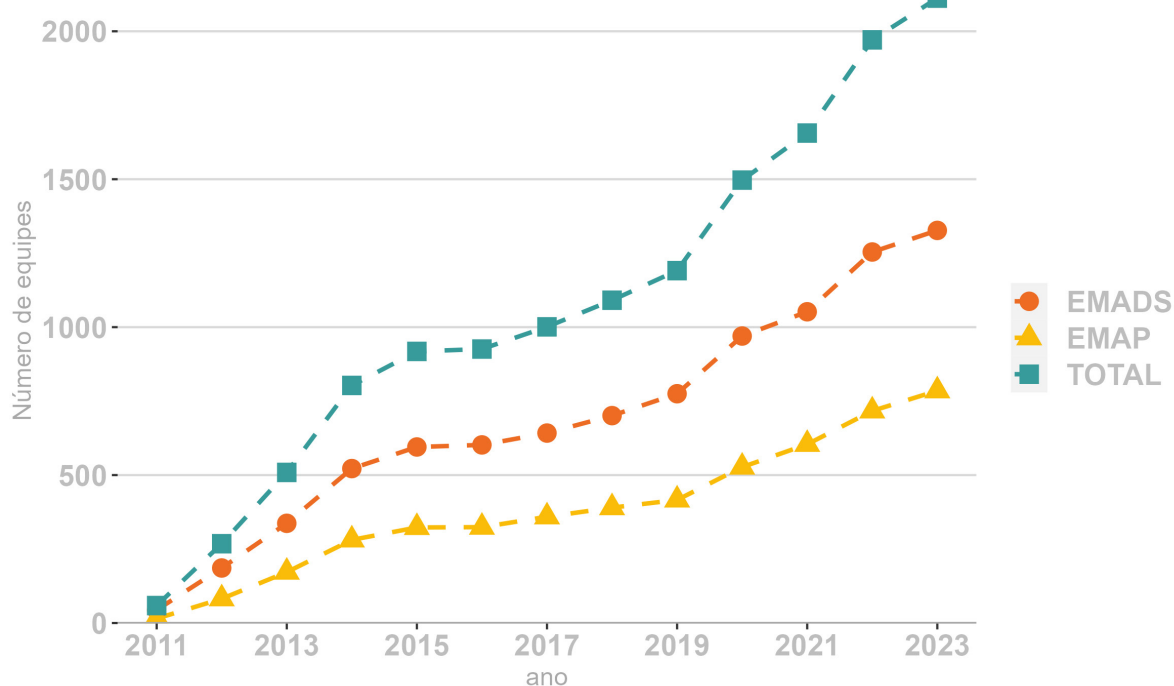
As questões culturais relacionadas a priorização de outros modelos de atenção à saúde, limitações quanto a formação de profissionais capacitados, desconhecimento do programa por gestores municipais, diversidade territorial no Brasil e questões sociais e econômicas são dificultadores na expansão do programa;

As dificuldades na compreensão dos critérios de elegibilidade do programa, desconhecimento do programa por gestores hospitalares, dificuldades quanto ao entendimentos do papel dos serviços de atenção domiciliar, principalmente quanto a prevenção de hospitalizações desnecessárias e a interface com a atenção primária, heterogeneidade na forma de implementação do sistema de regulação nos municípios do país, dificuldade de articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde, limitações

territoriais, sociais e econômicas e dificuldades de articular uma rede de apoio ao paciente domiciliar são fatores que podem contribuir para reduzir a expansão do programa;

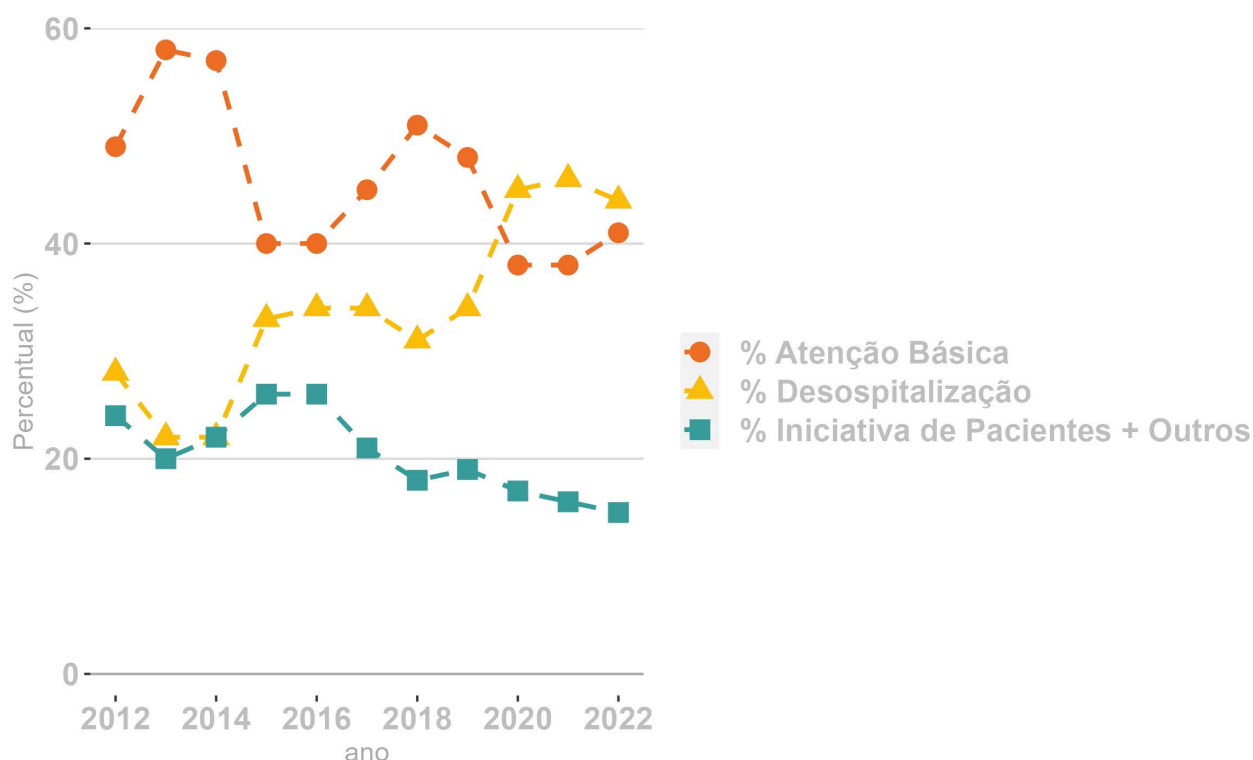
Como esforço complementar para avaliar aos resultados do PMC, a equipe técnica do MS foi consultada para informar possíveis indicadores de resultados. Alguns foram sistematizados em forma de gráfico e estão apresentados a seguir. Sobre o aumento da implementação de equipes e suas modalidades, foi possível observar crescimento representativo nas duas modalidades, com maior representatividade nas EMADS.

Figura 4. Evolução da habilitação das equipes EMAD e EMAP (2011 a novembro de 2023)



Fonte: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/SAES/MS

Figura 5. Origem dos pacientes admitidos no SAD (2012 – 2022)



Fonte: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/SAES/MS

Ao avaliar a origem dos usuários do PMC, identifica-se na série histórica uma predominância dos percentuais advindos da Atenção Básica, até 2019. A partir desse ponto, observa-se o predomínio de usuários provenientes da desospitalização. No período avaliado, houve aumento de 57,1% de usuários vindos da desospitalização. Ademais, registra-se baixos percentuais de usuários por iniciativa própria ou outras indicações.

5. Enfrentamento do problema central: O PMC tem obtido melhores resultados na desospitalização pós hospitalar, se consolidando como uma alternativa de cuidado para o paciente que está hospitalizado e pode passar a receber os cuidados no domicílio. Apesar dos esforços, o resultado não tem sido tão proeminente na prevenção de hospitalizações desnecessárias;
6. Monitoramento de indicadores: Entre os indicadores monitorados mensalmente, um deles é um indicador qualitativo que busca saber sobre a origem do paciente que está chegando aos Serviços de Atenção Domiciliar, que é um indicador que tem relação direta com o objetivo central do PMC. O outro indicador priorizado para monitoramento diz respeito ao tempo de permanência do usuário no SAD. Por limitações no sistema de informação já mencionado nesta avaliação, a capacidade de monitoramento de indicadores e dos resultados do PMC encontra-se limitada.



9. AVALIAÇÃO DE IMPACTO

O exame dos impactos analisa se há evidências de que a política/programa cumpre os seus objetivos definidos anteriormente, conforme indicadores quantitativos do modelo lógico, principalmente em relação às colunas de resultados e impactos da matriz de indicadores. A análise ou interpretação da evolução dos indicadores de resultados e impactos da política deve ser acompanhada de fundamentação, com base em evidências empíricas ou estudos realizados com esse fim.

1. Há avaliação de impacto formulada para a política apresentada na literatura? **Não**
2. Há algum trabalho contratado pelo setor público com essa finalidade? Conforme relatado na entrevista da gestora federal do programa, há um conjunto de pesquisas sendo conduzidas para levantamento de informações a respeito do desempenho do programa, entre elas uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a eficiência do mesmo, de acordo com os objetivos propostos. Esta pesquisa foi mencionada também na entrevista conduzida com uma pesquisadora na área de atenção domiciliar no Brasil.

Caso não haja avaliações de impacto publicadas, as questões norteadoras para avaliar se é possível conduzir uma avaliação deste tipo são:

1. Há bases de dados disponíveis sobre a política? Existem informações sobre os beneficiários antes e depois da intervenção da política?
2. Há informações nas bases de dados de candidatos a beneficiários da política que não foram atendidos, de modo que essas informações poderiam ser utilizadas como grupo de controle para comparação com os atendidos pela política?

Para consolidação deste processo de avaliação sobre a possibilidade de conduzir uma avaliação de impacto, nós utilizamos a tabela “Circunstâncias que afetam a viabilidade de uma avaliação de impacto, disponível no guia de avaliação de políticas *ex post*.”

Quadro 4. Circunstâncias que afetam a viabilidade de realizar uma avaliação de impacto:

MAIOR VIABILIDADE	INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	PMC		OBS.
		S/P S	N/P N	
Dados individualizados disponíveis	-Dados individualizados da implementação dos SAD; - Dados da origem dos usuários do SAD; - Dados do tempo de permanência dos usuários nos SAD; - Dados sobre desfecho dos usuários atendidos;	X		Avaliar possibilidade a partir dos dados presentes no sistema de informação
Dados disponíveis em momentos específicos do tempo. Dados que dão suporte à avaliação, coletados antes e depois da política.	- Grupo de intervenção e controle com dados com períodos anteriores e posteriores à introdução das ações do PMC; - O tempo deve ser suficiente para perceber as mudanças ocorridas pelo programa.		X	Pode existir dificuldade de registros anteriores à existência do programa e de registros sistemáticos posteriores à sua criação;
Pilotos realizados no início, incluindo a coleta de dados nas áreas que não receberam a política.	- Realização de estudos pilotos previamente à aplicação da política.		X	Não foram identificados relatos/documentos sobre a existência de estudos pilotos.
Fases de implementação por áreas.	- Possibilidade de identificar dados após a implementação do PMC por áreas;	X		A implementação do programa não foi realizada por áreas, mas seguindo os critérios, há a possibilidade de cadastro em todo o território. O lançamento foi simultâneo em todo o território;

Legenda: S/PS: Sim ou Provavelmente sim – N/PN: Não ou Provavelmente não.

Não foram identificados estudos de avaliação de impacto do Programa Melhor em Casa. As dificuldades de elaboração de uma avaliação de impacto do PMC, de acordo com as circunstâncias que afetam a sua viabilidade estão relacionadas a: ausência de dados levantados para a avaliação de impacto até a política ser estabelecida, as informações iniciais são procedentes de uma experiência local, a heterogeneidade nacional e o lançamento simultâneo do programa em todo o território, ausência de um grupo controle comparador, o resultado obtido mantém relação com diversos outros fatores além do próprio programa, que tem interrelação com outras políticas de saúde, sendo complexo estabelecer relações diretas e por fim o efeito é esperado a longo prazo, em função também da forma como está constituído o sistema com

necessidades de cuidados mais complexos e as mudanças culturais que precisam ocorrer para alcançar mais compreensão da atenção domiciliar.



10. EXECUÇÃO DAS DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS

A Política de Atenção Domiciliar (PAD) no Sistema Único de Saúde (SUS), denominada Programa Melhor em Casa, contou com disponibilidade orçamentária federal a partir de 2011. Até 2015, os recursos financeiros foram operacionalizados pela ação orçamentária Piso de Atenção Básica Variável (PAB) (20AD), sob responsabilidade do extinto Departamento de Atenção Básica, da então Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS), com a função de custear as equipes em operação nos territórios subnacionais. Oliveira Neto e Borges Dias (2014) observam que esses valores e condições de transferências foram definidos pela Portaria No. 1.505/2013, no âmbito do PAB variável.

A partir do exercício orçamentário de 2016, o fluxo de recursos da União para essa política foi movimentado por meio da ação orçamentária Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (8585). No entanto, apenas nos anos de 2016 e 2017 foi possível identificar os recursos destinados exclusivamente a atividade em análise por haver um marcador orçamentário que permitia essa identificação.

A partir de 2018, com a publicação da Portaria N 3.992, de 28 de dezembro de 2017, foram fixados em apenas dois blocos os recursos para a cobertura das ações e serviços de saúde: Bloco de Custeio e Bloco de Investimentos. As disponibilidades orçamentárias destinadas a programação da PAD passaram então a integrar o Plano Orçamentário 0000 (PO 0000), constante da Ação 8585, que contempla genericamente despesas de custeio diversas executadas com recursos destinado ao Teto da Média e Alta Complexidade (MAC), com critério de aplicação definido pelo gestor local. Essa incorporação após 2018 impossibilitou a identificação dos recursos nacionais especificamente empregados em PAD.

O fluxo de recursos é atualmente normatizado pela Portaria de Consolidação GM/MS Nº. 6, de 28 de setembro de 2017, no seu Artigo 305, segundo o qual “o incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado”, mediante critérios estabelecidos por pactuação prévia na Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) e Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), com aplicação local monitorada pelo Ministério da Saúde (MS).

De acordo com o Plano Plurianual 2020/2023, esses montantes têm como finalidade a “participação da União em despesas correntes para a manutenção das ações e serviços de Atenção Especializada em Média e Alta Complexidade (MAC) executados de forma descentralizada pelos estados, municípios e Distrito Federal e transferência de recursos para o custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)”, o que corresponde a todas as linhas de atuação com efeito sobre a atenção de média e alta complexidade, onde se insere a Política de Atenção Domiciliar. (SIOP, 2021).

O órgão do MS responsável pelo planejamento, alocação e disponibilização descentralizada dos recursos, bem como do controle da aplicação é a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), com deliberação sobre os valores, execução e monitoramento por meio do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgências (**DECRETO Nº 11.098, DE 20 DE JUNHO DE 2022**).

Os recursos relativos às ações de capacitações e educação permanente das equipes da PAD, têm como finalidade qualificar os trabalhadores e gestores da Atenção Domiciliar. Acontecem em três modalidades: autoinstrucional, aperfeiçoamento e especialização. O custeio dessa atividade foi realizado, no período analisado, por meio de um Termo de Execução Descentralizada (TED), no valor total de R\$ R\$ 14.500.000,00, que normatizou o estabelecimento de parcerias com instituições como a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e outras Universidades de diferentes regiões do país.

A base normativa para a movimentação do fluxo dos recursos para a AD, diluídos no Teto da MAC, é assegurada pelo seguinte arcabouço legal que consigna os valores para ações inerentes ao MAC: Constituição Federal/1988; Lei nº 8.080/1990; LDO; LOA; Decreto nº 5.055/2004; Portaria Nº 288/2018; Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017; Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/2017; Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/2017; Portaria nº 2923/2013; Portaria GM/MS nº 2.657/2004; Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (SIOP, 2021).

A fonte de recursos para custeio alocada na Ação 8585 é o Tesouro Nacional, com captação orçamentária por meio das seguintes origens tributárias:

Quadro 5. Fontes dos recursos de incentivos as equipes de Atenção Domiciliar

FONTES	
Código	Titulação
153	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – COFINS
151	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas
188	Remuneração das Disponibilidades do Tesouro Nacional

Fonte: Manual Técnico Orçamentário 2020. Secretaria de Orçamento Federal/Ministério da Economia

Os valores transferidos obedecem ao determinado na Portaria de Consolidação GM/MS N°. 6/2017, que incorporou o normatizado pela Portaria 1.505/2013 e Portaria 825/2016, fixando valores inalterados para o incentivo financeiro de custeio destinado à manutenção das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar, organizadas no âmbito do SUS, de acordo com a seguinte classificação:

Quadro 6. Valores de custeio das equipes de Atenção Domiciliar

Classificação	Valor mensal
EMAD Tipo 1	50.000,00
EMAD Tipo 2	34.000,00
EMAP	6.000,00

Fonte: Portaria N. 825/2016.

Obs 1: EMAD Tipo 1 - Municípios com população igual ou superior a 40.000 habitantes.

Obs 2: EMAD Tipo 2 - Municípios com população inferior a 40.000 habitantes. Os com menos de 20.000 podem habilitar EMAD 2 em agrupamento.

Obs 3: EMAP - Municípios com uma EMAD 1 ou 2 poderão solicitar apoio de uma EMAP, até a proporção de 1 EMAP para cada 3 EMAD.

No entanto, existe grande dificuldade para se dimensionar o montante global de recursos financeiros alocados na PAD, e, conseqüentemente a proporção da participação federal, dada a composição tripartite das três esferas de governo, não controlada pelo MS. Todavia, para a finalidade deste trabalho serão identificados os recursos federais transferidos para a manutenção (custeio) das atividades da PAD no território nacional, no período de 2012 a 2020. Neste sentido, pode-se ter uma ideia bastante precisa de quanto foi empregado pelo governo federal ao longo dos anos analisados. Tem-se, portanto, o objetivo de apresentar a evolução do gasto federal com a Política, avaliada no período para a determinação do seu perfil. Segundo a Portaria No.825/2016 o fluxo de recursos, operacionalizado pela Ação Orçamentária 8585, destinado ao custeio da PAD, na forma de incentivo financeiro mensal, sujeito a complementação da responsabilidade conjunta do financiamento pelos demais entes federativos, obedece a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR)

De acordo com os dados disponibilizados pela área técnica responsável, as transferências federais para custeio da política em avaliação, com as devidas atualizações inflacionárias, evoluíram conforme a Tabela

1

Tabela 1. Transferências federais para custeio e investimento de 2011 a 2017 e apenas para custeio de 2018 a 2020 das atividades da Política de Atenção Domiciliar

ANO	Transferências realizadas	%
2010	-	-
2011	5.197.490,40	-
2012	102.741.772,80	-
2013	240.025.622,40	133,62
2014	429.888.480,00	79,10
2015	480.669.600,00	11,81
2016	599.950.000,00	24,82
2017	575.580.720,00	-4,06
2018	547.763.400,00	-4,83
2019	549.002.160,00	0,23
2020	505.224.000,00	-7,97

Fonte: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/SAES/MS

Na Tabela 1, pode-se observar que em 2011 houve o início das transferências para o custeio das atividades da PAD de forma incipiente, comparando-se com a evolução verificada a partir de 2012, o que se constitui em valor muito aquém da média dos demais anos da série, justificando a sua não consideração para a análise do panorama traçado. No período de 2012 a 2020, verifica-se que houve desaceleração dos valores transferidos, mais acentuada a partir de 2017, o que converge com o observado na fixação dos valores pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, que agregou os valores determinados pelas Portarias 1.505/2013 e Portaria 825/2016, que permaneceram constantes até a atualidade, com seu valor monetário sujeito a defasagem inflacionária. Mesmo assim, houve um acréscimo de 460,22% no custeio e investimento entre 2012 e 2017, bem concentrado nos anos de 2013 a 2016, com posterior decréscimo. Os valores atualizados de 2018 para 2020 indicam uma defasagem de 77,66%, conforme a Tabela 1.

Segundo a área técnica responsável pela gestão federal da PAD, os recursos destinados ao investimento são originários de emendas parlamentares. A Ação Orçamentária que operacionaliza esse incentivo é Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde (8535), sob responsabilidade do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, órgão da SAES. Essa ação tem como produto Unidade Estruturada no âmbito da Atenção Especializada (SIOP). A sua implementação envolve a aquisição direta e doação ou realização de repasse financeiro aos Entes Federativos e entidades privadas sem fins lucrativos, por meio de celebração de convênios, contratos de repasse, Termo de Execução Descentralizada (TED) e transferências fundo a fundo para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos e materiais permanentes (SIOP).

Os aportes para investimentos foram fornecidos pela área técnica responsável com registros a partir de 2018, conforme pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2. Incentivos federais para investimentos em Atenção Domiciliar

ANO	Valor proposta (A)	Valor empenhado (B)	Valor Pago (C)	B/A	C/B
2010	-	-	-		
2011	-	-	-		
2012	-	-	-		
2013	-	-	-		
2014	-	-	-		
2015	-	-	-		
2016	-	-	-		
2017	-	-	-		
2018	5.847.027,80	5.609.564,10	5.609.564,10	0,96	1,00
2019	2.449.242,21	2.449.242,18	2.449.242,18	1,00	1,00
2020	6.398.136,00	6.018.148,00	6.018.149,00	0,94	1,00

Fonte: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/SAES/MS

A Tabela 2 apresenta os valores disponibilizados para investimentos no âmbito da PAD, com a trajetória da execução financeira ocorrida a partir de 2018. Chama a atenção o elevado grau de empenhos dos valores aprovados como também dos pagamentos dos valores empenhados.

Apesar da exiguidade dos registros disponíveis, pelo que se pode perceber, não houve um comportamento característico crescente ou decrescente nos investimentos na PAD nos três anos observados com alto desempenho na execução.

A observação dos dados orçamentário-financeiros para investimentos na PAD, revela valores corrigidos bastante irregulares nos três anos com registros disponíveis. Segundo a área técnica da política, esses valores são resultantes de emendas parlamentares. A execução desse tipo de dotação, geralmente é acompanhada sistematicamente pelos autores das emendas, o que faz supor que o desempenho na execução financeira em torno de 100% deriva das negociações políticas entre os Poderes Executivo e Legislativo, bem como da assessoria que os entes beneficiados recebem dos gabinetes dos parlamentares, autores das emendas, para atenderem às exigências a serem cumpridas nos respectivos trâmites legais. Dessa forma, a alta eficiência na execução pode ser creditada à participação do Poder Legislativo na defesa dos seus interesses e daqueles dos beneficiados.

O cenário verificado na participação federal no custeio da PAD, com diminuição dos valores reais transferidos, é o típico do Setor Saúde e caracteriza uma conjuntura de austeridade na disponibilização de recursos, atribuída a conjuntura econômica, usado como justificativa para a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou o gasto público até 2036 e determinou a correção pelo IPCA do piso mínimo da saúde, desconsiderando as necessidades de intensificação de recursos, colocadas por Piola, Benevides e Vieira (2018), como sendo provocadas pela mudança da estrutura etária e do perfil epidemiológico da população, com a intensificação das doenças crônicas não transmissíveis. Situação essa agravada pelo *deficit* fiscal e pelas prioridades de orientação de caráter liberal.

Na prospecção de Funcia (2022), mesmo havendo crescimento anual da receita até 2036, na atual regra, não haverá nenhum acréscimo para atender às necessidades da população que cresce, segundo o IBGE, a 0,8% ao ano resultando na redução dos gastos *per capita* em saúde e outras políticas. Para o autor, a EC 95 suprimiu do SUS cerca de R\$ 37 bilhões entre 2018 e 2022, o que o leva a crer que a sua revogação e substituição por outro tipo de controle das contas públicas é essencial para a retomada do desenvolvimento socioeconômico.

Esse cenário conjuntural é importante para se entender com clareza as táticas de achatamento das disponibilidades orçamentárias para as políticas de saúde, conforme se pode observar no caso em estudo. O painel de valores decrescentes destinados a participação federal no custeio da PAD pode ser consequência da debilitação do financiamento federal do SUS, ao longo do tempo, ou de recuo desta política entre as prioridades atuais do SUS.

Essa constatação, corroborada nas falas dos Entrevistados pela Equipe de Avaliação da Política de AD, que abordaram a questão:

O Entrevistado (1) coloca que, de parte da gestão federal, considera as transferências insuficientes para custear equipes com níveis mais elevados de complexidade, os atuais valores de repasses são suficientes apenas para sustentar as equipes mais básicas, que executam procedimentos simples, como curativos e fornecem apenas medicações básicas. Em situações de equipes com nível mais elevado de complexidade o município passa a ser o principal responsável pelo maior volume dos gastos. Essa situação eleva a necessidade de equilibrar a proporcionalidade do cofinanciamento entre os entes federativos. Para esse entrevistado, esses casos levam a impossibilidade do monitoramento da aplicação dos recursos federais em termos de eficiência. O que ocorre, na prática, é que cada município estabelece a proporcionalidade de recursos de acordo com o grau de complexidade das equipes e o nível de prioridade que confere à política.

Em uma visão de gestão municipal, o Entrevistado 2 destaca a abrangência da política em relação as demais linhas de cuidados, o que deveria ser avaliado para o cálculo da transferência em termos de custo-benefício, uma vez que representa resultados financeiros positivos ao evitar ou abreviar períodos de internação hospitalar. Este entrevistado tem a expectativa de poder discutir com o MS o aperfeiçoamento do programa, levando em consideração a possibilidade de revisão da portaria que fixou o valor da transferência federal. Destaca que o município sob sua gestão conta apenas com financiamento federal, insuficiente para cobrir as atividades da PAD.

O Entrevistado 4, falou sob a perspectiva da gestão de uma capital, considera a transferência federal insuficiente para as despesas com os recursos humanos. Levando em conta as demais despesas com insumos e serviços auxiliares, a contrapartida municipal necessita ser bem mais expressiva para conseguir

fazer o serviço funcionar, ao ponderar que ainda não existe participação estadual no financiamento dos serviços da PAD.

O que se depreende dessas falas é que os recursos federais são proporcionalmente insuficientes para a gama de despesas que os serviços da PAD exigem, forçando o município a participar, de forma crescentemente intensiva, para a sustentabilidade do programa. O indicativo que se tira dessas constatações é o agravamento da defasagem no financiamento federal, produzida pelo congelamento no valor das transferências desde 2013.

Quadro 7. Valores atualizados das transferências para custeio da manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar.

Classificação	Valor mensal fixado em 2013 (R\$)	Valor mensal atualizado 2021 (R\$)
EMAD Tipo 1	50.000,00	85.613,90
EMAD Tipo 2	34.000,00	58.217,45
EMAP	6.000,00	10.273,67

Obs: IPCA 2013 a 2021: 1,712278

Com relação aos investimentos, as poucas informações disponíveis indicam uma evolução bastante inconstante, com decréscimo de 54,60% entre 2018 e 2019 e retomada de crescimento de mais de 200% de 2019 a 2020. Esse comportamento quantitativo, dificulta identificar o tipo de evolução ocorrida: se crescente ou decrescente. No entanto, evidencia a ausência de um planejamento oriundo do MS para orientar a oposição de emendas no Congresso Nacional.

A situação que se apresenta para o financiamento em investimentos não provocou comentários dos gestores entrevistados, o que faz supor que até 2017, esse segmento vinha sendo suprido pela gestão local.

Sobre o gasto global com a PAD, os depoimentos da gestão estadual e municipal, indicam que o montante transferido pelo MS para o custeio é atualmente insuficiente para cobrir as despesas com a atividade exigindo dos estados, Distrito Federal e municípios complementações proporcionais ao grau de alcance da PAD, com suas respectivas necessidades de manutenção.

O panorama traçado permite inferir que dada a insuficiência do repasse federal, provocada, principalmente, pela defasagem inflacionária dos valores das transferências fixados pela Portaria de Consolidação GM/MS NO. 6/2017, ocorre transferência da responsabilidade de financiamento aos demais entes federativos com pactuação tripartite da atuação na PAD.

O reflexo dessa situação é percebido na evolução do número de equipes credenciadas, que segue a tendência evolutiva do financiamento federal do custeio dessas equipes, conforme visualiza-se na Tabela 3.

Tabela 3. Evolução do número de equipes de AD credenciadas

ANO	EMAD	EMAP	TOTAL	%
2010	-	-	-	-
2011	44	15	59	
2012	186	82	268	
2013	337	172	509	89,93
2014	522	281	803	57,76
2015	595	323	918	14,32
2016	602	324	926	0,87
2017	642	359	1001	8,10
2018	701	390	1091	8,99
2019	775	416	1191	9,17
2020	970	527	1497	25,69

Fonte: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/SAES/MS

Observa-se que o credenciamento das equipes segue o poder de indução do incentivo para o custeio apresentado na Tabela 1, com perfil declinante agravado a partir de 2015.



11. INSIGHTS SOBRE EFICIÊNCIA E ECONOMICIDADE DO GASTO

Ao colocar como objeto de análise a relação entre o emprego dos recursos financeiros e as entregas dos produtos planejados, tendo em vista a obtenção de conhecimento sobre as formas racionais para lidar com orçamentos escassos, o instrumental mais convenientemente indicado seria a análise da eficiência.

O emprego dos recursos financeiros relacionados aos resultados positivos explicita condições de eficiência e torna-se de grande importância para referenciar a organização dos serviços. Entendendo-se eficiência com uma visão econômica, que leva em consideração as relações entre os custos e os benefícios em termos de saúde coletiva (Marinho et Ocké-Reis, 2022).

Nesse contexto, as avaliações econômicas da política tornam-se prejudicadas pela escassez de dados disponíveis e ausência de estruturas de custos para a construção de parâmetros do valor do gasto e do custo-benefício. Essa realidade torna pouco viável para a análise dos efeitos dos gastos e das alternativas de alocação.

Segundo a área técnica, encontram-se em elaboração estudos de revisão sistemática de escopo e sínteses de evidências, contratados pelo MS, que permitirão disponibilizar indicadores de retorno econômico da PAD, para avaliações comparativas.

O monitoramento analítico da política em foco é feito mensalmente por meio das bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que, ainda segundo a área técnica, complementa essas informações com dados do trabalho e produção das equipes, conforme os Artigos 206 e 307 com o respectivo Parágrafo Único, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017.

De acordo com o Entrevistado (1), numa perspectiva da gestão central, o monitoramento apesar de estar normatizado com periodicidade mensal, os dois sistemas utilizados para coleta dos dados apresentam defasagem de informações de 60 dias até 120 dias. Por exemplo: em fevereiro não é possível dimensionar a produção de janeiro que, às vezes, está apresentada zerada. Até abril, essa produção ainda pode ser inserida. Dessa forma, são geradas muitas incongruências para fechar o monitoramento mensal.

Utiliza-se também do Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (SIPLAN), que informa mensalmente referências da meta pactuada.

Com relação ao monitoramento da aplicação dos recursos, a execução financeira global não é do domínio das informações do MS, que se restringe apenas aos valores das transferências federais.

O Entrevistado 1 afirmou que o monitoramento federal da aplicação dos recursos é impossibilitado uma vez que é transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde integrando o bloco de custeio. O município tem livre poder de decisão de uso. Quando o município prioriza o programa, sua utilização é mais eficiente devido a atenção à qualidade do gasto. Porém, existem outros que não correspondem o valor da transferência com serviços de qualidade.

Ao ser indagado sobre a existência de estudos de eficiência no âmbito do MS, o Entrevistado 1 citou as pesquisas em andamento contratadas pelo MS com essa finalidade, cujos primeiros resultados deverão ser publicizados em início de 2023.

Sob a perspectiva da gestão de uma capital, o Entrevistado 4 tem uma hipótese que o paciente em Atenção Domiciliar tem custos bem menos elevados que caso semelhante em internação hospitalar. No entanto, para comprovar sua hipótese, está iniciando um estudo que quantifique as duas situações em ambos os ambientes de tratamento.

Levando em consideração que avaliações que dependam de comparação de custos, relação produto/insumo e indicadores de retorno econômico (custo-benefício e custo-efetividade) exigem uma estrutura de informações sistematizadas a partir dos sistemas que armazenam os dados da política. No caso da PAD, precisa-se avançar na sistematização, matriciamento e cruzamentos dos dados armazenados em seus sistemas de informações para que se possa operar esse tipo de avaliação.

Logo, as comparações sugeridas no roteiro desta avaliação executiva tornam-se bastante fragilizadas, dada a falta de sistematização dos dados, físicos e financeiros, que devem ser utilizados com essa finalidade, bem como de uma estrutura de custos bem fundamentada que sirva de referência.



12 RECOMENDAÇÕES

A seguir, uma síntese das recomendações específicas às etapas da avaliação executiva com o propósito de apresentar um panorama de problemas e ações estabelecendo escala de prioridades.

Quadro 8: Síntese das recomendações da avaliação executiva do PMC.

OBJETO	NATUREZA DA RECOMENDAÇÃO	PROBLEMA IDENTIFICADO	CAUSA DO PROBLEMA	SOLUÇÃO DO PROBLEMA	PRIORIDADE
Implementação	Operacionalização da política	Sistema de Informação ineficiente; Fragmentação no acompanhamento por prazo expandido para envio das informações; Capacidade diminuída para gerenciamento dos indicadores propostos; Entendimento equivocado do objetivo do PMC, dúvidas quanto aos critérios estabelecidos.	Sistema de Informação com limitações para rastreo e acompanhamento das informações; Número reduzido de profissionais na equipe gestora responsável pelo monitoramento; Conhecimento insuficiente sobre os critérios de acesso ao serviço de atenção domiciliar.	Reformular o sistema de informação; Estabelecer mecanismos de governança que fortaleçam o acompanhamento das equipes e coleta de dados para o programa; Fortalecer a coordenação do programa para dar viabilidade ao monitoramento das equipes e indicadores propostos; Priorizar indicadores para monitoramento; Revisar, publicar e divulgar novos critérios; Fortalecer articulação com a atenção primária.	Alta
Governança	Normativa da política	Diversidade no entendimento das responsabilidades junto ao programa, nas esferas estadual e municipal; Diversidade na maneira como o programa se relaciona com outros no sistema de saúde;	Conflitos e dificuldades no estabelecimento das interrelações e definição com clareza do papel do programa frente a outros serviços da RAS e das responsabilidades dos três entes da gestão. Diversidades locais na rede de atenção à saúde;	Criar mecanismos de gestão colegiada e participativa em todas as instâncias de gestão; Reiterar o caráter articulado do programa com as esferas municipal e estadual e demais programas e políticas de saúde com ações relacionadas ao PMC; Reformular o sistema de informação;	Alta

		-Sistema de informação ineficiente.	Embasamento científico frágil no campo da atenção domiciliar; diversidades loco regionais; Sistema de Informação com limitações para rastreio e acompanhamento das informações.	Disponibilizar as informações orçamentárias registradas no Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento (SIOP); Institucionalizar o monitoramento contínuo do uso dos recursos financeiros federais e locais; Aperfeiçoar e padronizar a forma de apresentação na disponibilização das informações gerenciais; Redimensionar os recursos específicos na Proposta Orçamentária Anual do MS;	
Resultados	Operacionalização da política	Não sobreposição de atividades com a atenção primária à saúde	Embasamento científico frágil no campo da atenção domiciliar; diversidades loco regionais; Dificuldades no entendimento das normativas quanto aos critérios de acesso ao serviço de atenção domiciliar e quantos aos objetivos complementares à atenção básica do programa melhor em casa.	Fortalecer a interlocução com a atenção primária; Revisar, publicar e divulgar novos critérios.	Alta
Impactos	Indicação de avaliação de impacto	Ausência de dados levantados para a avaliação de impacto até a política ser estabelecida;	Ausência de bases para compilação dos dados; Sistema de informação atual é ineficiente.	Monitorar informações sobre os beneficiários depois da intervenção da política.	Alta

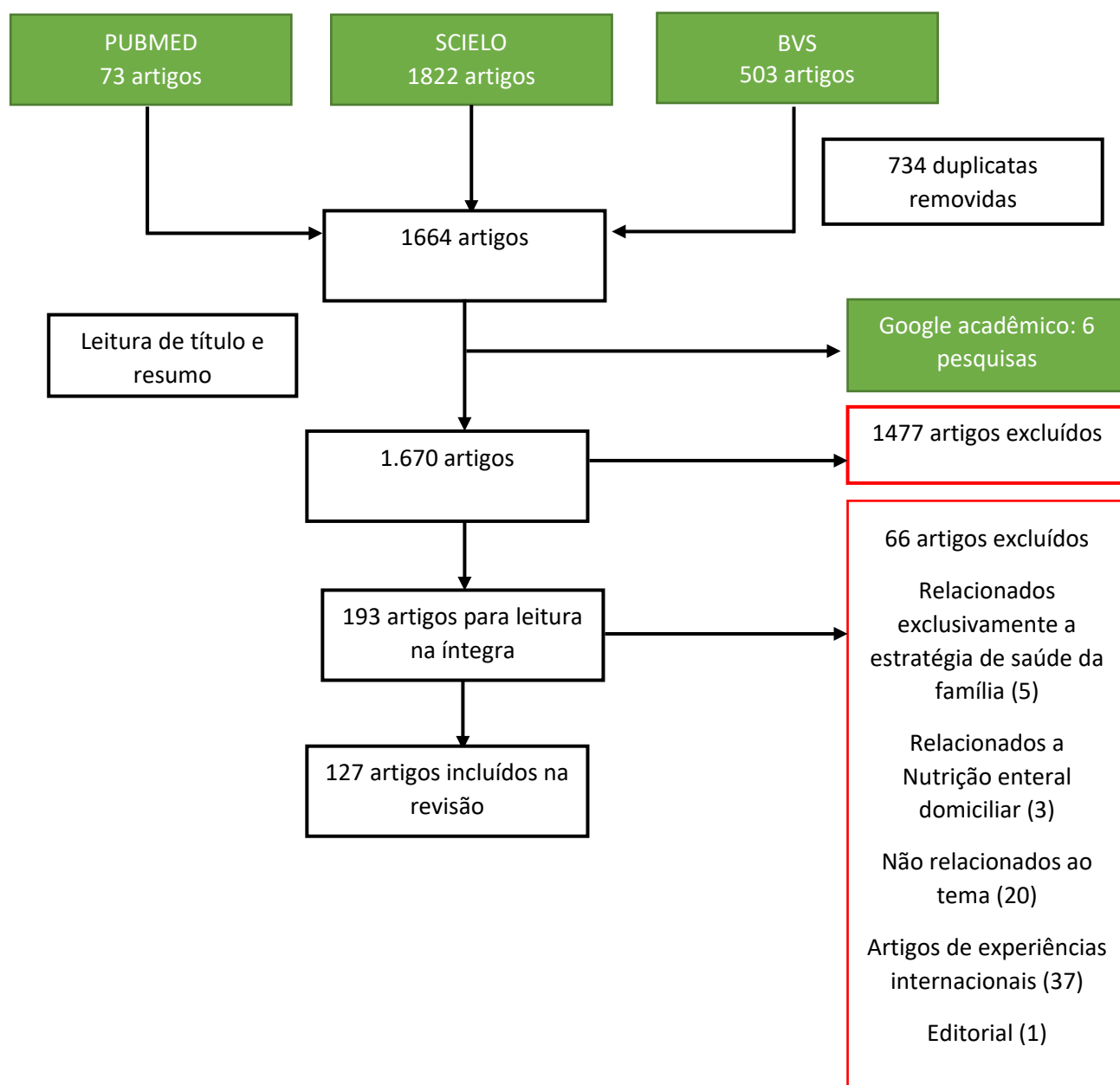
		Ausência de dados para comparação.			
Execução das despesas Orçamentárias	Normativa da política	Declínio dos recursos financeiros para custeio alocados na PAD; Ausência de registro do gasto público com as unidades credenciadas.	Contração da disponibilização de recursos orçamentários para o custeio do PAD; Defasagem do financiamento federal, congelado em valores de 2013, ameaçando a sustentabilidade financeira do PAD; Com relação aos investimentos, existe uma frágil participação do MS nas discussões sobre a aposição de emendas parlamentares pelo Congresso Nacional.	Redimensionar os recursos específicos na Proposta Orçamentária Anual do MS; - Incluir a PAD na agenda de prioridades negociadas pelo MS; Manter uma base de dados gerenciais acessível; Revisar e reestruturar os sistemas de informações que armazenam os dados referentes à PAD.	Alta
<i>Insights</i> sobre eficiência e economicidade do gasto	Normativa da política	Ausência de Sistema de Custo	Ausência de um sistema de monitoramento estruturado com informações físico-financeiras sistematizadas sobre o desempenho do PAD; Ausência de sistematização de informações sobre custos para referenciar as análises específicas no âmbito do PAD.	Estruturação da prática de monitoramento e avaliação econômica da política; Criar referências de custos para as atividades estratégicas desenvolvidas no âmbito da PAD.	Alta



Apêndice 1. Estratégias de Busca utilizadas na Revisão de Literatura:

- *(atenção domiciliar OR serviços de atenção domiciliar) AND política de saúde AND brasil;*
- *(atenção domiciliar OR serviços de atenção domiciliar) AND humanização da assistência;*
- *tratamento domiciliar AND humanização da assistência;*
- *family health strategy AND hospital at home;*
- *atenção primária à saúde AND internação domiciliar AND brasil;*
- *política de saúde AND (internação domiciliar OR tratamento domiciliar);*
- *internação domiciliar AND humanização da assistência;*
- *cuidados paliativos AND internação domiciliar AND brasil;*
- *estratégia de saúde da família AND internação domiciliar;*
- *SUS and home care services;*
- *SUS AND cuidado domiciliar;*
- *SUS AND assistência domiciliar.*

Apêndice 2:



Apêndice 3. Planilha-síntese dos estudos identificados sobre o Programa Melhor em Casa.

AUTOR	MÉTODO	NÍVEL GEOGRÁFICO	OBJETIVO	SÍNTESE
Tronco, Caroline Sissy. et al (2010)	Estudo quantiquantitativo	Hospital de ensino no Rio Grande do Sul	Conhecer as percepções dos familiares no cuidado domiciliar.	Trabalho qualiquantitativo baseado em entrevistas com 20 familiares, puérperas, recém egressas da instituição do parto, que conclui que o cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares
Luciana Ceolin Stefanon (2010)	Estudo qualitativo	Programa de Internação Domiciliar do Hospital Antônio Bezerra de Faria, pertencente à rede pública estadual, localizado no município de Vila Velha, estado do Espírito Santo (Repositório UERJ)	Desvelar, a partir da perspectiva das cuidadoras de familiares, como se dá o processo de trabalho da equipe de Internação Domiciliar e as principais consequências desta prática de cuidados sobre a vida das famílias assistidas.	Destaca a necessidade do estabelecimento de parcerias sociedade-instituições de saúde, a qualificação dos cuidadores, a ampliação dessas práticas diferenciadas de cuidados, a qualificação e ampliação do quantitativo de profissionais em face da repercussão positiva desta experiência, bem como da unanimidade em relação à satisfação com o Programa. Destaca os benefícios do cuidado domiciliar na perspectiva de cuidadores.
Elaine Thumél et al (2010)	Estudo transversal	Região urbana de Bagé, RS	Avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características, segundo modelos de atenção – Estratégia Saúde da Família e modelo tradicional.	Assistência domiciliar foi estatisticamente associada à história prévia de acidente vascular cerebral, à presença de sinais de demência e à incapacidade para as atividades da vida diária. A família foi responsável por 75% das solicitações de cuidado. Nas áreas da atenção tradicional, os médicos responderam pela maior promoção de cuidados, enquanto nas áreas da Estratégia Saúde da Família destacou-se a participação da equipe de enfermagem. Aproximadamente 78% das solicitações foram atendidas em até 24 horas e 95% dos usuários avaliaram positivamente o cuidado recebido. Dois terços dos idosos referiram melhora nas condições de saúde. Buscou identificar as principais vias de acesso ao cuidado e caracterizar a população que necessita do atendimento domiciliar quanto ao seu perfil. Também levantou a avaliação dos atendimentos.
Lacerda, Maria Ribeiro. et al (2010)	Estudo qualitativo	-	Apontar estratégias que operacionalizam avanços no cuidado domiciliar na Estratégia Saúde da Família (ESF), como resultado de um estudo prévio intitulado "A prática de cuidado domiciliar dos profissionais do Programa Saúde da Família".	Estudo busca propostas de profissionais de saúde da ESF para melhora de lacunas de Programa de Atenção Domiciliar e elenca possibilidades externadas pelos profissionais com reflexões acerca da necessidade de engajamento da sociedade para aprimoramento do programa. Foram elencadas 19 estratégias, agrupadas em 6 diferentes categorias temáticas, sendo elas: planejamento e organização do serviço; preparo profissional; condições que permeiam o cuidado domiciliar; revisão e fortalecimento dos saberes; melhor proveito da realidade; e discussões integradoras. As estratégias apresentadas revelam a necessidade de um envolvimento de todos os níveis políticos - participação popular, profissional e estatal - para a modificação da realidade de saúde do Brasil.
Lacerda, Maria Ribeiro (2010)			Refletir sobre a possibilidade da busca da autonomia do indivíduo e da família nos serviços públicos de saúde.	O sucesso do cuidado domiciliar está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo.
Kerber, Nalú Pereira da Costa; Kirchhof, Ana Lúcia Cardoso; Cezar-Vaz, Marta Regina. (2010)	Estudo qualitativo	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Refletir de que forma a atenção domiciliar tem contribuído para a saúde da população.	Reflexão que conclui que a atenção domiciliária tem sido realizada com foco na doença, tem como objeto de trabalho um sujeito individual, enfatiza o cuidado curativo e não desenvolve ações intersetoriais. Porém, busca resolutividade no primeiro contato, presta atenção contínua e longitudinal, tem território definido, promove as relações interpessoais (trabalhadores e usuários) e atua visando um.
Silva, Kênia Lara. et al (2010)	Estudo qualitativo	Quatro serviços ambulatoriais de atenção domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde e um serviço de um hospital filantrópico do município de Belo Horizonte, MG	Analisar práticas de atenção domiciliar de serviços ambulatoriais e hospitalares e sua constituição como rede substitutiva de cuidado em saúde.	A Atenção Domiciliar possui potencial para constituição de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar que atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social e dos trabalhadores da atenção domiciliar. A Atenção Domiciliar como modalidade substitutiva de atenção à saúde requer sustentabilidade política, conceitual e operacional, bem como reconhecimento dos novos arranjos e articulação das propostas em curso.
Maria José Sanches Marin et al (2011)	Estudo qualitativo	Faculdade de Medicina de Marília	Analisar a ótica dos usuários de unidades de saúde da família sobre as VDs realizadas por estudantes das séries iniciais de medicina e de enfermagem.	Análise sob a ótica dos usuários de unidades de saúde da família sobre as VDs sobre visitas domiciliárias. Os usuários apontam como positivo o fato de que a atuação dos estudantes vai além do cuidado com um corpo biológico, evidenciando a importância das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde. Como limitação da VD, os usuários indicam a necessidade de sua maior organização e planejamento. Depreende-se que a VD amplia a interatividade entre o serviço de saúde e o usuário e se desenvolve conforme os princípios da humanização. No entanto, deve-se atentar à importância de um contínuo aperfeiçoamento no planejamento e na implementação das visitas domiciliárias.
Elaine Thume et al (2011)	Estudo transversal	Município do sul do Brasil	Avaliamos a utilização do cuidado domiciliar por idosos no Brasil	Entrevistamos 1.593 moradores com 60 anos ou mais. Cuidados domiciliares utilização da ESF foi 2,7 vezes a taxa de utilização do TPHC (intervalo de confiança de 95% = 1,5, 4,7; P = 0,001), e a utilização aumentou entre

			após implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).	os grupos mais velhos, os menos escolarizados, os com história de hospitalização e os com limitações funcionais. Conclusões. A melhoria no acesso aos cuidados resultou em uma maior utilização de atendimento domiciliar. Nossas descobertas têm implicações políticas que incluem a expansão da cobertura da ESF nas grandes cidades onde a cobertura é limitada. Esses achados são importantes porque a população está envelhecendo e a estratégia familiar atua em áreas mais pobres; assim, pode promover a equidade no acesso à saúde domiciliar cuidado entre os idosos.
Gaíva, Maria Aparecida Munhoz; Siqueira, Valeria de Carvalho Araújo. (2012)	Exploratório-descritivo de abordagem qualitativa	cinco unidades de Saúde da Família da cidade de Várzea Grande, Mato Grosso	Analisar a prática da visita pelos profissionais das equipes de Saúde da Família.	Estudo exploratório-descritivo tendo como sujeitos profissionais de saúde. Os resultados demonstraram que a prática da visita ainda tem sido realizada de forma fragmentada, sem a presença de toda a equipe, e focada no indivíduo doente. Observou-se que para a visita ser uma forma de atenção integral ao indivíduo e a família, conforme propõe a ESF, são necessárias mudanças na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.
Magno Carvalho da Silva, Carlos. et al (2011)	Revisão de literatura	-	Descrever o processo de atendimento domiciliar à saúde mental no contexto do PSF, baseando-se na literatura científica publicada; e discutir os aspectos que fundamentam e/ou interferem no cuidado domiciliar ao cliente que convive com transtornos mentais.	Os resultados apontam para a integração dos princípios da Reforma Psiquiátrica com o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) como ferramentas indispensáveis no cuidado a estes clientes, através do modelo psicossocial, integralidade da atenção, participação social, territorialidade e ações coletivas. O preparo profissional e a percepção vivencial dos doentes mentais em sua comunidade, obtida através do acompanhamento domiciliar, permitem a qualidade assistencial.
Bernardi, Mariely Carmelina; Carraro, Telma Elisa; Sebold, Luciara Fabiane. (2011)	Revisão integrativa		Identificar e discutir diferentes contribuições sobre cuidados de enfermagem no puerpério em domicílio.	Revisão integrativa da literatura. Confirmou-se discreta produção de conhecimento sobre a temática, o que é relevante para o aprimoramento de estudos sobre a visita domiciliar na atenção primária com puérperas.
Santos, Letícia Rosa. et al (2011)	Exploratório descritivo		Refletir a observância dos princípios éticos no cuidado domiciliar.	Reflexão que conclui que é necessário levar em consideração a finalidade e qualidade desta assistência prestada, no contexto da AD, analisando-a sob a ótica dos princípios éticos, de modo a não tornar este tipo de cuidado benéfico apenas para uma das partes, e sim um bem comum a todos os sujeitos envolvidos nesse cuidado. O cuidado domiciliar vem se tornando imprescindível para reduzir custos hospitalares, permanência hospitalar, número de reinternações e o número de complicações clínicas, bem como o aumento da participação da família no cuidado ao paciente, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Entretanto, é necessário levar em consideração a finalidade e qualidade desta.
Santos, Edirlei Machado dos; Moraes, Sandra Helena Gomes (2011)	Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa		Identificar e analisar a percepção de enfermeiros acerca da visita domiciliar.	Estudo descritivo e exploratório que conclui que a visita domiciliar como instrumento do processo de trabalho em saúde, em especial, na Atenção Primária à Saúde, se constitui num elemento facilitador para o acesso por parte dos usuários aos serviços públicos de saúde e se apresenta como uma forma integral de assistir, em que as reais necessidades de cada indivíduo/família podem ser identificadas.
Torres, Heloisa Carvalho; Roque, Carolina; Nunes, Cristiane. (2011)	Estudo descritivo	Belo Horizonte	Apresentar o desenvolvimento da visita domiciliar na educação para o autocuidado de pacientes com diabetes tipo 2 na atenção básica.	Estudo descritivo que aborda educação em saúde. Foi possível identificar que os sujeitos possuem poucas informações sobre a doença e as práticas de autocuidado associadas à alimentação saudável e atividade física. Acredita-se que este estudo poderá contribuir para planejar, organizar e executar a visita domiciliar, pautada em relações dialógicas e na valorização do saber popular.
Martelli, Daniella Reis Barbosa. et al (2011)		Hospital Universitário Clemente de Faria da Universidade Estadual de Montes Claros	Descrever o perfil sociodemográfico e clínico da população assistida pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) HU em Casa do Hospital Universitário Clemente de Faria da Universidade Estadual de Montes Claros.	O estudo foi descritivo e retrospectivo por meio da análise de prontuários, realizada de maio de 2005 a maio de 2008. Foram analisados 137 pacientes, sendo 75 do gênero feminino (54,7%) e 62 do masculino (45,3%). O grupo de 61 a 80 anos foi mais prevalente (37,2%) e 73% dos pacientes residiam em bairros periféricos do município de Montes Claros-MG. Dos agravos mais comuns na primeira internação, a pneumonia foi prevalente, 22 casos (16,1%). A maioria dos pacientes foi encaminhada ao PID pela clínica médica (84,7%), com intervalo de maior prevalência de duas a três internações (42,4%). Do total de pacientes, 120 (87,6%) permaneceram internados por 16 a 30 dias e 51,8% não necessitaram passar novamente pelo PID para uma segunda internação. Com relação à resolatividade clínica, 130 (94,9%) tiveram alta clínica, no PID, na primeira internação. O PID mostrou-se ser um programa de alta resolatividade, atendendo mais ao público idoso feminino, de baixa renda e com períodos de internação relativamente curtos.
Paiva, Flávia Feliciano Silva; Rocha, Adelaide de Mattia; Cardoso, Luciana Dalva Ferreira. (2012)	Estudo exploratório	-	Conhecer o nível de satisfação desta classe profissional em relação ao trabalho.	Estudo que buscou avaliar a satisfação do profissional da enfermagem na modalidade de cuidado da atenção domiciliar. O ISP encontrado no estudo foi de 13,19. Esse valor foi baixo, considerando a possível variação de 0,9 a 37,1, embora tenha sido superior aos índices de satisfação encontrados em outras pesquisas envolvendo enfermeiros. Os resultados mostraram os enfermeiros mais satisfeitos nos aspectos Autonomia, Interação e Requisitos do Trabalho. O ISP encontrado no estudo foi de 13,19. Esse valor foi baixo, considerando a possível variação de 0,9 a 37,1, embora tenha sido superior aos índices de satisfação encontrados em outras pesquisas envolvendo enfermeiros.

Machado, Ana Larissa Gomes; Silva, Maria Josefina da; Freitas, Consuelo Helena Aires. (2012)	Revisão de literatura	-	Analisar a produção científica da enfermagem acerca da assistência domiciliar em saúde.	Identificaram-se duas temáticas: organização da assistência domiciliária e percepção dos cuidadores e de suas famílias acerca do cuidado domiciliário. Observou-se o interesse dos autores em definir conceitos que traduzem as formas de organização da assistência profissional no domicílio e em identificar as características dos cuidadores e de seus familiares. Em conclusão, a enfermagem tem inserido o cuidado no domicílio como objeto de suas pesquisas, mas ainda de forma incipiente, fato que reforça a necessidade de ampliação e divulgação das investigações da profissão. Estudo conclui que a enfermagem tem inserido o cuidado no domicílio como objeto de suas pesquisas, mas ainda de forma incipiente, fato que reforça a necessidade de ampliação e divulgação das investigações da profissão.
Paulo Adão de Medeiros et al (2012)	Estudo exploratório		Compreender os significados atribuídos a essa atividade (visita domiciliar) de cuidado em saúde no processo de aprendizagem.	O estudo foi desenvolvido com o intuito de compreender os significados atribuídos a atividade domiciliar de cuidado em saúde no processo de aprendizagem. Conclui-se que a visita domiciliar torna-se uma ferramenta pedagógica importante na aprendizagem dos acadêmicos de fisioterapia, porém precisa estar associada a outras atividades na rede de cuidados.
Raquel Souza Mendes de Oliveira (2012)	Estudo qualitativo	Minas Gerais, região Centro Sul em Belo Horizonte	Discutir o processo de trabalho entre PAD, PSF, UPA-CS e hospitais. humanização, a racionalidade econômica-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde.	Foram analisadas três situações, chamadas no texto de pontos de tensão, que foram encontrados dentro do Programa de Atenção Domiciliar da região Centro-Sul e que permitem a análise da prática dos processos de trabalho. Resultados e discussões: A estratégia de trabalho do PAD está no atendimento por área de abrangência, seguindo as divisões distritais. Para inserir-se no programa, o paciente deve ter idade igual ou superior a 16 anos, residir na cidade de Belo Horizonte, ter cuidador fixo, consentimento familiar e diagnóstico definido. A despeito dos avanços conquistados nos fluxos de trabalho, muito ainda tem de ser pactuado. Há uma inadequação do processo de trabalho que gera a desorganização da produção de cuidados, além do desgaste entre profissionais.
Marilia Bense Othero (2012)	Relato de Experiência		Apresentar os principais conceitos relacionados ao campo ("Atenção Extra-Hospitalar oferecida pelo Hospital) e descrever a prática da Terapia Ocupacional na área.	São muitos desafios a serem enfrentados pelo profissional da área, como a complexidade do contexto domiciliar, a remuneração e a organização da assistência, o trabalho em equipe, a construção de redes de suporte, entre outros; porém, a assistência extra-hospitalar é um espaço no qual a atuação do terapeuta ocupacional é de fundamental importância.
Oliveira, Stefanie Griebeler et al (2012)	Estudo qualitativo	Serviço de internação domiciliar de um hospital universitário do sul do Brasil	Conhecer as relações entre paciente, cuidadores familiares e equipe de saúde, na internação domiciliar, sob o olhar do cuidador familiar.	Estudo qualitativo que buscou conhecer as relações entre paciente, cuidadores familiares e equipe de saúde, na internação domiciliar, sob o olhar do cuidador familiar. Abordam como ocorrem as relações na internação domiciliar entre os seres que cuidam, como os profissionais de saúde e cuidadores familiares, e os seres cuidados, como os pacientes, explicitando o quanto a comunicação é importante nesse contexto de cuidado. A partir da análise dos dados, foram construídas três categorias: relações entre cuidador familiar, paciente e equipe de saúde; consciência da terminalidade do paciente: o olhar do cuidador; e situação de terminalidade ocultada ao paciente. Elas abordam como ocorrem as relações na internação domiciliar entre os seres que cuidam, como os profissionais de saúde e cuidadores familiares, e os seres cuidados, como os pacientes, explicitando o quanto a comunicação é importante nesse contexto de cuidado.
Almeida, Luciane. et al (2012)	Estudo exploratório-descriptivo de abordagem qualitativa		Descrever a maneira como os cuidadores familiares realizam o cuidado aos idosos em condição de dependência.	Os resultados apontaram que o cuidado desenvolvido ao idoso em condição de dependência é uma atividade que leva a mudanças na vida dos cuidadores, o que pode gerar estressores de ordem física, emocional e social. A enfermagem, como elemento essencial da Estratégia de Saúde da Família, deve estar atenta às necessidades de saúde dos idosos dependentes, bem como, mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los, e acompanhar o cuidado realizado, a fim de oferecer suporte assistencial de forma integral, ou seja, ao idoso e sua família.
Romanholi, Renata Maria Zanardo; Cyrino, Eliana Goldfarb. (2012)	Pesquisa documental	Universidade do Estado de São Paulo	Investigar a proposta da VD na formação médica.	Contextualizou-se o desenvolvimento da VD na IUSC, sua importância, abrangência e desafios para sua legitimação e incorporação como prática pertinente à formação médica. Concluiu-se que a VD pode fortalecer e ampliar vínculos, compromissos, e favorecer a comunicação, contribuindo para a mudança da educação médica no Brasil.
Baliza, Michelle Freire. et al (2012)	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa	Estratégia Saúde da Família do município de Lavras - MG	Compreender a percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família com relação aos cuidados paliativos no domicílio.	As várias dimensões do cuidado no contexto domiciliar foram identificadas, bem como a atuação e as limitações das enfermeiras no cuidado do paciente em final de vida e de sua família. A capacidade em estabelecer vínculo, pela proximidade com pessoas que recebem seus cuidados, é um ponto marcante da atuação dessas enfermeiras com pacientes e familiares nas situações de final de vida. As enfermeiras ao considerar o paciente e sua família como unidade de cuidado, têm a oportunidade de compartilhar solidariedade, experiências e aprendizados, não só do ponto de vista profissional, mas, sobretudo, humano.
Figueiredo, Rosely Moralez de; Maroldi, Michely Aparecida Cardoso. (2012)	Estudo exploratório e prospectivo, de abordagem quantitativa	São Carlos, São Paulo	Caracterizar as ações que envolviam risco biológico durante o atendimento de profissionais no Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Municipal de São Carlos, SP.	No acompanhamento das 159 visitas, realizadas no período de junho de 2008 a janeiro de 2009, foram observados 347 procedimentos sendo que, entre os com risco de exposição biológica, foram identificados curativos (31,1%), glicemia capilar (14,4%) e acesso vascular (3,1%). A ocorrência de adesão à higienização prévia das mãos foi de 21,5%, 66,3% no uso de luvas e de 83,5% no descarte adequado do perfurocortante. Estudo conclui que os profissionais da atenção domiciliar estão sujeitos a riscos semelhantes aos encontrados na área hospitalar, uma vez que também manipulam sangue e material perfurocortante com muita frequência

				e apresentam baixa adesão às precauções padrão. Estudos que avaliem a influência das características dos domicílios nesse risco devem ser estimulados
Alves, Sergiane Bisinoto. et al (2012)	Estudo observacional	-	Analisar o manejo dos resíduos gerados pela assistência domiciliar.	Os resíduos gerados foram: seringas (38,1%), agulhas (36,5%), esparadrapos (31,7%), gazes (31,7%) e lancetas (28,5%). Os resíduos do grupo A não foram segregados em todas as oportunidades e os do grupo E foram segregados 100% e 10,5% pelos profissionais e usuários, respectivamente. Conclui-se que, diante das inadequações encontradas, é necessária uma ampla discussão coletiva para a proposta de políticas públicas que atendam às especificidades do manejo dos resíduos de serviços de saúde nos domicílios, com intuito de dar segurança aos trabalhadores, comunidade e ambiente
Oliveira, Stefanie Griebeler et al (2012)	Estudo qualitativo	Serviço de internação domiciliar de um hospital universitário do sul do Brasil	Descrever como o cuidador familiar constrói as representações sociais da internação domiciliar na terminalidade.	O objetivo deste estudo foi descrever como o cuidador familiar constrói as representações sociais da internação domiciliar na terminalidade, em relação à internação hospitalar. Em síntese, a internação hospitalar representa privação para o paciente, e mais liberdade para o cuidador. Como a internação domiciliar é recente, os cuidadores a relacionam com a internação hospitalar, para poder assim representá-la. Ela significa acesso mais facilitado a recursos tecnológicos, e à equipe de referência deste serviço. Além disso, a internação domiciliar representa mais liberdade e autonomia ao paciente, entretanto, para o cuidador, mais privação e responsabilização. A internação hospitalar representa privação para o paciente, e mais liberdade para o cuidador.
Schmidt, Kayna Trombini; Higarashi, Ieda Harumi (2012)	Estudo qualitativo		Vivência de mães de prematuros no cuidado domiciliar após a alta hospitalar.	Estudo de caso de natureza qualitativa, que conclui que o comprometimento do profissional de saúde deve ser constante, principalmente em relação ao seguimento do prematuro, certificando-se da continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar. Da análise de seus relatos emergiram duas categorias temáticas: Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade e Informações: as lacunas do ensino/aprendizado. As necessidades apontadas pelas mães foram: orientações direcionadas à vacinação, preparo e administração de medicações e estabelecimento de um fluxograma eficiente de contrarreferência com as redes de apoio formais que realizarão o acompanhamento do prematuro após a alta. O comprometimento do profissional de saúde deve ser constante, principalmente em relação ao seguimento do prematuro, certificando-se da continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar.
Del Duca, Giovâni (2012)	Estudo transversal	Comunidades Restinga e Extremo Sul, de Porto Alegre (RS)	Estimar a prevalência de cuidado domiciliar e identificar o perfil demográfico, socioeconômico, comportamental e de saúde dos idosos dependentes.	A prevalência de cuidado domiciliar encontrada foi de 25,4% (IC95%: 22,0; 28,8). Filhos(as) e esposos(as) foram responsáveis pela maioria do cuidado domiciliar prestado a idosos (40,7% e 37,0%, respectivamente). Homens, indivíduos sem companheiro(a), fisicamente inativos, com idade avançada, menor escolaridade e maior nível econômico, incapacidade funcional e que foram hospitalizados no último ano caracterizaram o perfil do idoso dependente. O cuidado domiciliar foi definido pela resposta positiva à questão: "O(a) Sr.(a) tem alguém aqui na sua casa para cuidar do(a) Sr(a)?" A prevalência de cuidado domiciliar encontrada foi de 25,4% (IC95%: 22,0; 28,8). Filhos(as) e esposos(as) foram responsáveis pela maioria do cuidado domiciliar prestado a idosos (40,7% e 37,0%, respectivamente). Homens, indivíduos sem companheiro(a), fisicamente inativos, com idade avançada, menor escolaridade e maior nível econômico, incapacidade funcional e que foram hospitalizados no último ano caracterizaram o perfil do idoso dependente. A alta prevalência de cuidado domiciliar serve de subsídio para políticas públicas destinadas a idosos. Dentre todas as características avaliadas, a incapacidade funcional, esteve mais fortemente associada ao cuidado domiciliar.
Angélica Mônica Andrade et al (2013)	Estudo descritivo exploratório	Equipes de atenção domiciliar de uma unidade de pronto atendimento de uma capital brasileira	Compreender a atenção domiciliar na visão de profissionais de saúde que a vivenciam.	A atenção domiciliar se revela como uma alternativa inovadora para a construção de um modo diferenciado de produzir cuidado reduzindo custos para o sistema de saúde e possibilitando uma lógica humanizada, interdisciplinar e inventiva no trabalho. Contudo, permanece o desafio da formação que prepare os profissionais para atuar sobre as demandas e necessidades que se revelam neste cenário.
Brito, Maria José Menezes et al (2013)	Estudo qualitativo	Serviços de saúde de três municípios de Minas Gerais	Analisar a Atenção Domiciliar como dispositivo para o fortalecimento da integralidade do cuidado no contexto da Rede de Atenção à Saúde.	Estuda a AD como método de fortalecer a integralidade no contexto da assistência a saúde. Os resultados revelam potencialidades e fragilidades da Atenção Domiciliar no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Evidenciou-se a presença de sentidos da integralidade nas práticas de profissionais da atenção domiciliar. A continuidade informacional como mecanismo de gestão favorece a articulação dos serviços na perspectiva de integralidade. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família é marcada por desafios a serem vencidos com vistas à sua consolidação e ainda apresenta fragilidades.
Silva, Kênia Lara. et al (2013)	Estudo qualitativo	Quatro operadoras de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais	Analisar programas de atenção domiciliar na saúde suplementar do ponto de vista do direito à saúde.	Estuda a AD na saúde suplementar como modo de efetivação do direito à saúde. Os resultados são discutidos a partir de três eixos analíticos: a oferta da atenção domiciliar e os desafios da universalização do direito à saúde; a relação da saúde suplementar com o sistema público de saúde e com as famílias; e a judicialização como caminho para se garantir o direito à saúde no campo da atenção domiciliar na A desregulamentação da atenção domiciliar na saúde suplementar foi revelada como um desafio para a garantia do direito à saúde, prevalecendo a oferta segundo os interesses das operadoras que adotam estratégias para evitar a judicialização, como, por exemplo, não divulgar o benefício. saúde suplementar. A suspensão da assistência por decisão unilateral da operadora e a transferência de responsabilidades para o sistema público de saúde e para as famílias afrontam o direito dos usuários de receber serviços na modalidade que melhor responda a determinadas situações de saúde.

Pires, Maria Raquel Gomes Maia. et al (2013)	Estudo transversal	Belo Horizonte	Identificar variáveis associadas ao tipo de AD dos usuários em Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas de Belo Horizonte.	Analisa as variáveis que envolvem a AD no SUS e como elas se organizam. Obteve-se maior comprometimento clínico dos usuários (OR=27,47), estado emocional triste (OR=24,36), risco para úlcera por pressão pela escala de Braden (OR=7,6) e a semidependência para as AVD pelo índice de Katz (OR=63,8) como fortemente associadas ao tipo de AD ($p < 0,05$). As variáveis fundadas no contexto social, familiar.
Oliveira, Ana Railka de Souza et al (2013)	Estudo transversal	-	Avaliar a inserção dessas competências essenciais (descritas pelo programa de atendimento domiciliar do Canadá) neste programa.	Trata-se de um estudo transversal, realizado de janeiro a abril de 2010, com cuidadores e pacientes assistidos pelo programa de assistência domiciliar. Utilizaram-se formulários e diário de campo para a coleta de dados e posteriormente buscou-se avaliar as atividades exercidas no âmbito das competências essenciais preconizadas. Assim, foi possível perceber que as atribuições exercidas pelo programa ainda se encontram aquém do que é almejado, haja vista a lógica biomédica empregada, que conduziu à implementação parcial de Competências Essenciais como: Políticas de Saúde Pública; Planejamento e Implementação; Parceria, Colaboração e Apoio e Liderança.
Nietsche, Elisabeta Albertina. et al. (2013)	Pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa	Hospital escola no sul Brasil	Identificar a percepção que a equipe de saúde e os familiares cuidadores de doentes terminais em domicílio possuem em relação ao cuidado dispensado a estes durante o processo de morrer e morte.	Pesquisa exploratória descritiva realizada com 5 profissionais de saúde e 4 familiares de pacientes terminais. O domicílio é percebido como o local ideal à realização do cuidado de doentes terminais, por propiciar maior conforto e proximidade familiar. As ações educativas são fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado prestado. Contudo, a melhor compreensão acerca da morte pode contribuir na implementação de ações humanizadas que visem uma melhor qualidade de vida àqueles que morrem.
Oliveira, Jullyana Marion Medeiros De. et al. (2013)	Estudo descritivo, qualitativo	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Integrar conhecimentos teóricos e práticos na solidificação de uma aprendizagem científica adquirida nos componentes curriculares, relacionando-a às vivências e ações assistenciais da Enfermagem Gerontológica na atenção primária à saúde.	Estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência. Propõe uma reflexão e conclui que a integralidade do cuidado referenciado pela teoria de enfermagem humanística nos levou a reflexão sobre o rompimento de uma perspectiva de assistência curativa, para analisar o indivíduo pelo seu potencial humano e, como membro ativo da comunidade, construir seu bem-estar e vir-à-ser demonstrando sua existencialidade
Cunha, Marcela Silva da; Sá, Marilene de Castilho. (2013)	Estudo de caso	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Foram analisados os processos de trabalho de três equipes da ESF no município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil, bem como a gerência do cuidado, tomando as visitas domiciliares como foco da análise.	Resultados da pesquisa destacam o imprevisto dos profissionais frente à precariedade das condições de trabalho e aos desafios impostos cotidianamente para a realização das visitas e para lidar com demandas que emergem no território. Embora a visita domiciliar se apresente como instrumento potente para o planejamento das ações de saúde e a reorientação das práticas, ainda encontra importantes entraves para sua consolidação, especialmente por exigir grande disponibilidade interna do profissional de saúde para lidar com o inesperado e o diverso.
Andrade, Angélica Mônica et al (2013)	Estudo qualitativo	-	Compreender a organização da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais que atuam na atenção domiciliar.	Trabalho com objetivo de compreender a organização da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais que atuam na atenção domiciliar. Percepção dos profissionais da atenção domiciliar sobre seu trabalho no contexto da rede de atenção à saúde; Dificuldades para a articulação do Programa de atenção Domiciliar com os outros serviços da rede; e Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde a partir do Programa de Atenção Domiciliar. Conclui-se que o trabalho desenvolvido no Programa de Atenção Domiciliar possui interface com outros pontos da rede de atenção à saúde, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Conclui-se que o trabalho desenvolvido no Programa de Atenção Domiciliar possui interface com outros pontos da rede de atenção à saúde, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do SUS.
Paula Bertoluci Alves Pereira (2014)	Estudo exploratório	Três serviços de AD do SUS, no Estado de São Paulo	Analisar experiências de atenção domiciliar do SUS, suas potencialidades e desafios na produção do cuidado, bem como os efeitos iniciais da Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013 sobre as iniciativas municipais.	A porosidade é fundamental para organizar e reorganizar os arranjos de cuidadores de acordo com as modificações nas necessidades dos usuários. O serviço com mais porosidade é o que apresentava melhor resultado na dinâmica do programa e na resolução de problemas.
Andrade, Ademilde Machado. et al (2014)	Estudo exploratório	Município de Aracaju, estado de Sergipe	Elaborar e validar um instrumento para visita domiciliar (ficha B-VD).	Trabalho onde foi elaborado instrumento para visita domiciliar (ficha VB), em Aracaju, Sergipe. Conclui-se que a ficha B-VD foi validada pelos profissionais das ESF, confirmando-se um instrumento útil para acompanhamento das famílias.
Gomes, Ingrid Meireles; Lacerda, Maria Ribeiro; Mercês, Nen Nalú Alves das (2014)	Estudo qualitativo		Construir um modelo teórico que configure a vivência do apoio da rede social pelas pessoas envolvidas no cuidado domiciliário.	Estuda a participação dos entes no cuidado domiciliar e como cada um se organiza para desempenhar este cuidado. Destacou-se a postura passiva da população na construção de seu bem-estar. Reconhece-se que deve existir uma responsabilização compartilhada entre as partes envolvidas, população e Estado.
Caio Vaciski Gallassi et al (2014)	Artigo de Revisão	-	Abordar o cuidado domiciliar no contexto da atenção básica de saúde.	Definição de termos como atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar, além de visita domiciliar meio e fim. Discute que as definições estão em construção e que a AD na atenção básica pressupõe uma reorganização do trabalho.

Souza, Isabela Cata-Preta et al (2014)	Estudo descritivo de abordagem quantitativa	Belo Horizonte	Analisar o perfil dos pacientes e do cuidador familiar durante a hospitalização dos pacientes dependentes, como também identificar o nível de conhecimento do cuidador e suas necessidades acerca dos cuidados a serem prestados ao familiar dependente e em uso de dispositivos de assistência no domicílio.	grande parte dos pacientes se enquadra no grupo de idosos, 54% deles na faixa etária entre 60 e 70 e >70 anos e já com alguma doença de base instalada, como as cardiovasculares, com 54%. Os desequilíbrios respiratórios alcançaram 30% de acometidos. Em relação aos dispositivos de assistência, 36% estavam em uso de traqueostomias e 46% utilizavam, respectivamente, sonda entérica e curativos. Quanto aos cuidadores, 60% disseram não saber cuidar. Conclusão: os dados deste estudo reforçam a importância de promover a preparação do paciente e dos familiares para a alta hospitalar e para o cuidado no domicílio, visando à reabilitação precoce e à diminuição de reinternações e óbitos por iatrogenias. Os dados deste estudo reforçam a importância de promover a preparação do paciente e dos familiares para a alta hospitalar e para o cuidado no domicílio, visando à reabilitação precoce e à diminuição de reinternações e óbitos por iatrogenias.
Ribeiro, Aline Lima. et al (2014)	Estudo qualitativo		Compreender as concepções de familiares de pacientes oncológicos, inseridos e acompanhados por ações de um Projeto de Extensão ao doente com câncer e sua família.	Pesquisa qualitativa que conclui que o acompanhamento em saúde no contexto domiciliar emanou à família e paciente apoio e segurança para lidar com as preocupações que o câncer proporcionou em suas vidas. Emergiram três categorias: o apoio do enfermeiro no enfrentamento da doença; criando vínculo com o paciente e sua família; e a enfermagem como elo às redes sociais de apoio. Compreendeu-se que o acompanhamento em saúde no contexto domiciliar emanou à família e paciente apoio e segurança para lidar com as preocupações que o câncer proporcionou em suas vidas.
Kelly Alves Magalhães et al (2015)	Estudo exploratório	Município de Bambuí, MG	Compreender os sentidos que os agentes comunitários atribuem à visita domiciliária realizada junto a famílias com idosos frágeis, e também se esta tecnologia de trabalho tem servido como uma ferramenta de Cuidado a este grupo.	Necessidade de priorização: quem é a pessoa idosa que demanda a visita domiciliária; a configuração prática da visita domiciliária do ACS; a visita domiciliária a famílias com idosos frágeis: critérios, significado e o Cuidado. Importância da qualidade das visitas x quantidade de atendimentos. o foco da atenção permanece pautado na doença e na oferta de insumos e procedimentos. A desejada reorientação do modelo assistencial, a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e as ações específicas de cuidado às famílias com idosos frágeis não foram notadas.
Oliveira, Stefanie Griebeler et al (2015)	Revisão narrativa	-	Conhecer as definições e implicações da atenção domiciliar abordadas em artigos científicos.	Estuda as definições utilizadas sobre a AD na produção científica. Foram elaboradas três categorias enunciativas: Atenção domiciliar: o que é? Para que serve?; Atenção domiciliar: Fragilidades e potência; Cuidador familiar: fadiga e isolamento.
Sousa, Janaina Meirelles; Alves, Elíoenai Dornelles (2015)	Estudo exploratório	-	Identificar competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar.	Analisa o papel e as competências do enfermeiro no processo do cuidado paliativo da AD. Na amostra de 20 enfermeiros, houve consenso para 18 competências gerais e 25 específicas com percentuais acima de 75% de concordância, e coeficiente alfa de Cronbach de 0,7 para todas as competências elencadas. O consenso favorável às competências propostas indica o reconhecimento do cuidado paliativo como prática assistencial de enfermagem na atenção domiciliar.
Bôas, Maria Leopoldina de Castro Villas; Shimizu, Helena Eri (2015)	Estudo exploratório e descritivo		Analisar o tempo gasto por equipe multiprofissional de saúde no cuidado aos pacientes em assistência domiciliar.	Estuda o tempo gasto pelas equipes multiprofissionais no cuidado de pacientes da AD. Houve a observação de 245 visitas domiciliares e 441 procedimentos. Dos procedimentos categorizados como assistência direta, destacou-se o tempo gasto pela equipe de enfermagem que foi de 30,2h, seguido por 11,9h gastas pelo fisioterapeuta, 9,4h pelo nutricionista e 8,9h pelo médico; e como assistência indireta, representada pelo deslocamento da equipe e orientação ao cuidador, família e/ou paciente, verificou-se que foram gastas 65,3h e 20,3h, respectivamente.
Pires, Maria Raquel Gomes Maia. et al. (2015)			Discutir o desenvolvimento de uma versão inicial do Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD).	O SI GESCAD permite a horizontalidade dos processos de trabalho das equipes de AD nos níveis de atenção da RAS-AD/SUS, com repercussões positivas à coordenação do cuidado e à continuidade assistencial.
Carvalho, Danielli Piatti. et al (2015)	Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa		Apreender na vivência dos cuidadores, a prática do cuidado domiciliar e a contribuição das equipes de assistência domiciliar para a continuidade do cuidado.	Emergiram três temáticas: decisão para o cuidado, cotidiano dos cuidados e a dimensão social do cuidado no contexto da atenção domiciliar. Identificou-se baixa renda e escolaridade entre os cuidadores, dependência severa dos sujeitos cuidados e dificuldades das equipes de atenção domiciliar para suprimento de recursos materiais. Houve sobrecarga moderada e de moderada a severa em 60% e 40% dos cuidadores, respectivamente e privação das atividades sociais. O cuidado domiciliar apresentou fragilidades e domínios comprometidos pelas condições socioeconômicas.
Leonardo Cançado Monteiro Savassi (2016)	Estudo exploratório		Apresentar uma análise crítica da implantação da PNAD até o momento, baseada na legislação vigente confrontada a prática das equipes de APS trabalhando no Sistema Único de Saúde.	Discute que uma ferramenta capaz de organizar plenamente o cuidado no lar dos usuários ainda não foi desenvolvida pelos serviços, sendo este um enorme desafio no cotidiano dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e de APS. Destaca a importância de a PNAD reconhecer a APS como responsável pela AD1 numa lógica de cuidados contínuos crescentes, entretanto ressalta que as lacunas no entendimento entre equipes de AD e APS, de formação profissional, e de sobrecarga de tarefas persistem. A VD é considerada uma ferramenta importante e uma ação apazível para profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam no âmbito da APS, mas no cotidiano das equipes trata-se de uma atividade realizada em proporção aquém do esperado 6. De acordo com a PNAD, a grande maioria das pessoas estará sob cobertura exclusivamente por equipes que praticam a AD1, exercido pela APS.

Raquel Silva de Paiva (2016)	Estudo qualitativo	Município do Norte Fluminense, entrevista com familiares	Compreender a dinâmica familiar na experiência de cuidar de um ente com sequelas do acidente vascular cerebral no domicílio.	A ação da enfermagem é peça fundamental para a efetivação do cuidado no domicílio realizado pelos familiares cuidadores ao ente acometido pelo acidente vascular cerebral considerando a complexidade do ato/atitude de cuidar. A enfermagem é considerada, neste estudo, como profissão essencial no apoio ao enfrentamento salutar desta vivência.
Vilma Margarete Simão et al (2016)	Estudo descritivo	Brasil, Argentina e Uruguai	Analisar a assistência domiciliar em saúde dos três países da América Latina com maior gasto público social per capita no ano de 2013: Brasil, Argentina e Uruguai.	Os resultados mostram pequena disponibilidade da mulher latina para o trabalho de cuidado na família e o reforço dessa modalidade de atenção às iniquidades em saúde.
Fernanda Ribeiro Borges et al (2016)	Estudo qualitativo	-	Realizar análise reflexiva sobre a visita domiciliar como estratégia pedagógica para estudantes universitários da área da saúde.	Embora a visita domiciliar seja uma prática antiga nos serviços de saúde, ainda não está totalmente implantada no cotidiano do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Isso se deve às dificuldades em operar mudanças no modelo assistencial e gerencial que, historicamente, preconizou uma abordagem individual, curativista e assistencialista, assim como ao despreparo das equipes de saúde da família e dos futuros profissionais para a realização de visitas domiciliares como instrumento de abordagem familiar, na prevenção e na promoção à saúde e como prática transformadora para a assistência humanizada.
Weykamp, Juliana Marques; de Siqueira, Hedi Crecencia Heckler; Cecagno, Diana (2016)	Revisão integrativa	-	Conhecer a produção científica publicada no período de 2008 à 2014, a respeito das Redes de atenção à saúde e as modalidades de atendimento à domicílio do Sistema Único de Saúde.	Estuda a atenção à saúde no SUS com relação a atenção domiciliar e a produção científica desenvolvida a esse respeito. Observou-se que apesar das Redes de Atenção à Saúde e as modalidades de atendimento à domicílio do Sistema Único de Saúde estarem adquirindo grandes proporções no âmbito da saúde existe um número reduzido de artigos publicados relacionados à temática. Conclui-se que os serviços que integram as atividades de saúde deveriam constituir uma rede interdependente, inter-relacionada utilizando como ponto básico a complexidade das necessidades do usuário a ser atendido. Recomenda-se um aprofundamento desta temática para que haja uma sensibilização coletiva sobre o assunto. É preciso compreender a real importância que o atendimento à domicílio em articulação com às redes de atenção à saúde é capaz de proporcionar para a vida da população. Entretanto, é necessário que os responsáveis, direta ou indiretamente pela articulação dos serviços de saúde consigam implementá-los em redes inter-relacionadas.
Bôas, Maria Leopoldina de Castro Villas; Shimizu, Helena Eri; Sanchez, Mauro Niskier (2016)	Estudo de acurácia de diagnóstico		Elaborar e validar instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar de um serviço público de saúde.	Estuda a classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar de um serviço público de saúde a fim de elaborar um melhor plano terapêutico. Para o melhor ponto de corte - 21 - com o padrão ouro obteve-se Sensibilidade de 75,5% com os limites do IC (95%) iguais a 68,3% e 82,8% e Especificidade igual a 53,2% com os limites do IC (95%) iguais a 43,8% e 62,7%. O instrumento apresentou evidências de validade e reprodutibilidade, podendo vir a auxiliar na organização do serviço, quer na admissão do paciente, quer na migração de modalidade assistencial e no suporte para elaboração do plano terapêutico.
Borges, Marianne Viana et al (2016)	Estudo exploratório qualitativo		Compreender as implicações simbólicas na organização de um <i>home care</i> em torno das práticas dos cuidadores familiares e da equipe de saúde.	Estuda os símbolos e significados presentes na prática domiciliar a partir da percepção de profissionais de uma rede privada. Os resultados indicam que interpretações de aspectos simbólicos interferem na avaliação e operação do atendimento domiciliar em oposição ao hospitalar. Elas levam à reconstrução social dos simbolismos dos familiares, porque se inserem em um novo contexto adverso (a doença), a despeito de permanecerem em um contexto conhecido (o lar). Nessa reconstrução, as práticas dos atores organizacionais envolvidos se legitimam ou são rejeitadas; portanto, cabe reconhecer tal dinâmica na preparação das equipes de profissionais para atuarem no serviço de home care.
Braga, Patrícia Pinto et al (2016)	Revisão integrativa		Analisar as produções científicas, quanto à configuração das relações entre oferta, demanda e necessidades relacionadas à atenção domiciliar em saúde.	Analisa a oferta e demanda da AD no Brasil, considerando as mudanças do perfil epidemiológico e a necessidade de mudanças no modelo de saúde. Apesar de poucos artigos se aterem a essa questão, há evidências de que as demandas e as necessidades em saúde pouco têm sido levadas em conta para pensar a organização dos serviços de AD, tanto quantitativa, quanto qualitativamente. A análise permite inferir que há um déficit na oferta de serviços de AD no contexto nacional e internacional considerando as demandas por cuidados e necessidades de saúde que se apresentam.
Mariani, Fernanda Elisa Pereira; Duarte, Elysângela Dittz; Manzo, Bruna Figueiredo (2016)	Estudo exploratório descritivo		Identificar o perfil sociodemográfico e clínico de crianças, adolescentes e cuidadores assistidos por um Programa de Atenção Domiciliar.	Estuda o perfil sociodemográfico e clínico de crianças, adolescentes e cuidadores da AD. a população atendida no programa foi predominantemente do sexo masculino (61,9%), menor de 6 anos (59,5%), com diagnóstico de agravos neurológicos (40,0%). A maioria dos pacientes recebeu até dez visitas da equipe multiprofissional (40,5%) e vinculou-se ao Programa de Atenção Domiciliar por 6 meses. Em relação aos dispositivos terapêuticos, 42,9% dos pacientes usavam gastrostomia e 31,0% apresentavam traqueostomia. Quanto aos cuidadores, 95,0% eram mulheres e, destas, 52,4% não exerciam atividade laboral. Conclusão foram identificadas as principais condições de saúde e os cuidados demandados durante a internação pelo programa, os quais exigem preparo dos profissionais para sua realização no domicílio.
Neves, Ana Carolina de Oliveira Jeronymo. et al (2016)	Estudo exploratório		Analisar as necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem e o atendimento pelo Sistema Único de	Análise sobre a necessidade dos cuidados de enfermagem na AD. Evidenciou-se dificuldades vivenciadas pelos pacientes e cuidadores no atendimento de suas necessidades, destacando-se a sobrecarga, a falta de apoio profissional e as dificuldades em atender a demanda por insumos e equipamentos. Conclui-se que a

			Saúde, após a alta, de adultos e idosos dependentes.	implantação efetiva da Atenção Domiciliar é imprescindível para a integralidade do cuidado. Conclui que a implantação efetiva da Atenção Domiciliar é imprescindível para a integralidade do cuidado
Muniz, Emanuel Avelar. et al (2016)	Estudo descritivo	Sobral, Ceará	Conhecer as características sociodemográficas, de saúde e o grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE).	Os cuidadores são de todas as idades, inclusive tendo mais de 60 anos (26,7%); do sexo feminino (90%); portadores de hipertensão (33,3%) e diabetes (16,7%); e apresentam sobrecarga leve (81,7%). Identificou-se a existência de idosos cuidando de idosos e fragilidade nas ações de apoio às famílias, necessitando de novas estratégias de cuidado e do direcionamento de políticas.
Nogueira, Iara Sescon. et al. (2016)	Pesquisa avaliativa ex post	Maringá, Paraná	Avaliar os resultados de intervenções domiciliares de enfermagem na perspectiva da satisfação de idosos.	Emergiram as seguintes categorias temáticas: “Intervenção domiciliar de enfermagem: sinônimo de alegria, distração e formação de vínculos” e ‘Intervenção domiciliar de enfermagem: transformações da saúde e dos hábitos de vida’. Foi considerado que as intervenções domiciliares de enfermagem tiveram resultados positivos que sinalizam qualidade do cuidado prestado.
Gomes, Barbara et al (2016)			Quantificar o efeito dos serviços de cuidados paliativos domiciliares para pacientes adultos com doença avançada e seus cuidadores familiares sobre as chances de os pacientes morrerem em casa.	Estuda os custos da AD no cuidado de pacientes paliativos e a importância deste cuidado no sentido da morte e do morrer e da qualidade de vida do paciente. Identificamos 23 estudos (16 ensaios clínicos randomizados, 6 de alta qualidade), incluindo 37.561 participantes e 4.042 cuidadores familiares, em grande parte com câncer avançado, mas também com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), HIV / AIDS e esclerose múltipla (EM), entre outras condições. A meta-análise mostrou maiores chances de morrer em casa (odds ratio (OR) 2,21, IC 95% 1,31 a 3,71; Z = 2,98, valor P = 0,003; Chi2 = 20,57, graus de liberdade (df) = 6, valor P = 0,002; I2 = 71%; NNTB 5, IC 95% 3 a 14 (sete ensaios com 1222 participantes, três de alta qualidade)). Além disso, a síntese narrativa mostrou evidências de efeitos benéficos pequenos, mas estatisticamente significativos, dos serviços de cuidados paliativos domiciliares em comparação com os cuidados usuais na redução da carga de sintomas para os pacientes (três ensaios, dois de alta qualidade e um CBA com 2.107 participantes) e sem efeito no luto do cuidador (três RCTs, dois de alta qualidade e um CBA com 2113 cuidadores). A evidência de custo-efetividade (seis estudos) é inconclusiva.
Oliveira, Stefanie Griebeler; Kruse, Maria Henriqueta Luce (2016)	Estudo de inspiração genealógica		Problematizar as condições de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliária no início do século XX no Brasil.	Analisa de maneira genealógica e histórica as questões que permitiram o surgimento da AD no Brasil. Foram elaboradas duas categorias: “Vigilância no domicílio: as enfermeiras visitadoras e a tuberculose” e “Registros: o aparelho político e econômico”. A tuberculose, a nova profissão das enfermeiras visitadoras, os registros produzidos pela vigilância e a análise minuciosa das cidades conferiram à atenção domiciliária um caráter de vigilância, inspeção e controle voltado a conduzir as condutas dos indivíduos.
Wachs, Louriele Soares et al (2016)	Estudo transversal	Área urbana de 100 municípios, localizados em 23 estados brasileiros	Avaliar a prevalência e os fatores associados à assistência domiciliar na população idosa brasileira.	Analisa a prevalência de fatores sobre a AD na população brasileira, tendo a população idosa mais vulnerável como mais abrangente. Foram entrevistados 6.624 idosos e a prevalência da assistência domiciliar foi de 11,7%. Após ajuste, a ocorrência foi maior entre as mulheres, nos mais velhos, com menor escolaridade e poder aquisitivo, com diagnóstico de morbidade crônica, história de queda, hospitalização prévia e consulta médica nos últimos três meses. Os resultados destacam a maior utilização da assistência domiciliar por idosos mais vulneráveis. Esse achado indica uma contribuição da assistência domiciliar à promoção da equidade na atenção à saúde no país, principalmente em decorrência da expansão da Estratégia Saúde da Família. Os resultados podem subsidiar a organização do processo de trabalho de profissionais e gestores na atenção básica à saúde.
Medeiros, Leticia dos Santos; Costa, Ana Carla Marques da. (2016)	pesquisa qualitativa		Compreender a importância dada pelos enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde para realização da visita domiciliar no período puerperal.	Pesquisa qualitativa realizada com 38 enfermeiros. a maioria dos entrevistados consideram a visita domiciliar, uma ferramenta que aproxima a unidade de saúde da realidade vivenciada pela puérpera, porém, ainda são muitos os profissionais que omitem certos cuidados frente a esta população. Conclusão: a visita domiciliar é considerada imprescindível, por contribuir para a redução da morbimortalidade da puérpera e recém-nascido, aumentar o vínculo entre unidade e família, e diminuir riscos de complicações pós-parto, no entanto, a atenção voltada a estas mulheres ainda está recoberta de grandes desafios para alcançar uma assistência de fato satisfatória.
Lopes, Gisele Vieira Dourado Oliveira; Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz; Castellanos, Marcelo Eduardo Pfeiffer. (2017)	Estudo qualitativo e documental	Camaçari, Bahia	Estimar o grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1).	Os resultados indicaram grau intermediário de implantação. A atenção ao usuário foi o componente de nível mais avançado, apesar da baixa pontuação das equipes em relação à promoção da saúde e à cogestão do plano de cuidados. Fragilidades na Atenção à Família e Cuidadores e Gestão da Atenção Domiciliar ficaram evidenciadas. Recomenda-se reorganização de aspectos do processo de trabalho das equipes e da gestão municipal da atenção básica mediante investimento no apoio institucional.
Ediane Venturin; Viviane Franceschetto de Menezes (2017)	estudo descritivo, exploratório	Município de Venâncio Aires, no interior do Rio Grande do Sul	Pesquisar as contribuições da VD para o cuidado em saúde dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Contribuições da Visita Domiciliar no cuidado em saúde dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Venâncio Aires, no interior do Rio Grande do Sul. Os resultados indicaram que a VD facilita o fortalecimento de vínculo entre o profissional da saúde e o usuário, proporciona humanização e integralidade das ações, mudança de comportamentos nocivos e melhora na qualidade de vida.
Rafael Gustavo Maluf; Marina de Bittencourt Bandeira;	Estudo qualitativo	Serviços Residenciais Terapêuticos-SRTs de Barbacena-MG	Avaliar a satisfação dos pacientes psiquiátricos nos Serviços Residenciais Terapêuticos-SRTs.	Os resultados indicaram alto grau de satisfação com os serviços, globalmente e nas dimensões competência e compreensão da equipe, acolhida e ajuda recebida, e infraestrutura. O grau de satisfação foi independente da maioria das características sociodemográficas ou

Daniela Carine Ramires de Oliveira (2017)				clínicas dos sujeitos, quando analisadas isoladamente. Análise multivariada indicou maior satisfação para pacientes alfabetizados e que faziam algum tipo de tratamento (e.g. hidroginástica e atividades físicas), além do medicamentoso e da terapia ocupacional. Conclui-se que os SRTs são uma alternativa viável de política de saúde mental, sob a perspectiva dos moradores.
Ribeiro, Bruna Ferreira et al (2017)	Estudo qualitativo	Serviço de atenção domiciliar vinculado a um hospital do Sul do Brasil	Compreender as práticas de si dos cuidadores familiares no contexto da atenção domiciliar.	Estuda a compreensão das práticas de si dos cuidadores familiares no contexto da atenção domiciliar em um hospital no sul do Brasil. Participaram da pesquisa 18 cuidadores familiares de pacientes com doenças crônicas ou terminais vinculados ao serviço de atenção domiciliar de um hospital do sul do Brasil. Duas categorias foram elaboradas: Constituição do sujeito cuidador: quais os discursos que o atravessam? e práticas de si como caminho de resignificação ao cuidado. As práticas de si foram configuradas como modo de acesso a verdade, se caracterizando como fio condutor do cuidado de si, levando os cuidadores, nas suas mais diversas formas de ser, a se subjetivarem e se reconstituírem, através de si e do outro.
Pozzoli, Sandra Maria Luciano; Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira (2017)	Estudo de caso		Evidenciar experiências do cuidar e ser cuidado e apresentar a visão de cuidadores familiares sobre um Serviço de Atenção Domiciliar.	Analisa as experiências dos cuidadores familiares sobre a AD.
Cerezer, Lidiane Glaciél et al (2017)	Estudo quase experimental	Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria	Avaliar a capacidade funcional de pacientes atendidos em um serviço de atenção domiciliar.	Avalia a capacidade funcional de pacientes atendidos em um serviço de atenção domiciliar. Foram incluídos no estudo 150 pacientes internados no serviço de atenção domiciliar, no período de 1/9/2011 a 31/8/2013, com idade média de 65.81 anos, predominantemente do sexo masculino. O tempo de permanência foi de 47.98 dias. Os pacientes foram categorizados em quatro planos de cuidado: prevenção, restauração, suporte e paliativo No plano de restauração houve melhora significativa. Nos planos suporte e paliativo não houve evolução, porém observou-se que os mesmos se mantiveram clinicamente estáveis.
Nogueira Reis, Kamilla Milione et al. 2017	Estudo qualitativo	Instituição filantrópica em um município de Minas Gerais	Analisar a vivência da família no cuidado domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES).	A vivência da família no cuidado domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde. Os resultados sinalizam a complexidade presente nos cuidados realizados com a CRIANES e foi possível identificar uma sobrecarga do cuidador principal.
Silva, Alexandre Ernesto et al (2017)	Estudo qualitativo	16 municípios de Minas Gerais	Analisar as potencialidades e os desafios da atenção domiciliar a partir da perspectiva de gestores e coordenadores destes serviços.	Estuda potencialidades e desafios da AD no SUS a partir da perspectiva dos gestores e coordenadores da área. O reducionismo da gestão da atenção domiciliar à oferta de insumos materiais: desafios do pensar e divergências no fazer. (2) A atenção domiciliar e sua (des) conexão com a rede de atenção à saúde. Os resultados do estudo demonstram que os gestores de saúde dos municípios estudados ainda têm superficial conhecimento sobre as potencialidades da atenção domiciliar, embora demonstrarem conhecimento quanto às políticas implementadas pelo Governo Federal.
Andrade, Angélica Mônica et al (2017)	Revisão de literatura	-	Analisar a produção científica acerca da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar em saúde.	Analisa a existência da produção científica sobre o enfermeiro na AD. analisados 48 artigos, identificou-se que a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar possui complexidade e diversidade de ações com uso de tecnologias leves, leve-duras especialmente, e duras. Destaca-se que desafios relacionados ao processo formativo para a atenção domiciliar estão relatados na literatura. O enfermeiro utiliza conhecimento experiencial e recomendações científicas aliados à reflexão na prática. Conclusão: a atuação do enfermeiro no espaço domiciliar é fundamental e ampla. As ações relacionais e educacionais se destacam, sendo necessárias inclusive nos cuidados técnicos, predominando a necessidade de formação para a atenção domiciliar
Oliveira, Stefanie Griebeler; Kruse, Maria Henriqueta Luce (2019)	Estudo de inspiração genealógica		Problematizar a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva.	analisa a AD como dispositivo de segurança a partir do Melhor em casa. foram elaboradas duas categorias analíticas: "Do hospital para o domicílio" e "atenção domiciliar: segurança para o paciente ou ao Estado?" A atenção domiciliar como dispositivo de segurança constitui a casa como um lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica próximo da família, sem risco de infecção hospitalar, recebendo atendimento de equipe que propiciará a tecnologia necessária.
Silva, Kênia Lara; Sena, Roseni Rosângela de; Castro, Wesley Souza (2017)	Estudo descritivo e exploratório	Hospital público de Minas Gerais	Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde e dos familiares.	Analisa a desospitalização de um paciente a partir de um hospital público de Minas Gerais a partir da visão de gestores e profissionais de saúde. A análise do material empírico permitiu a construção das categorias: Desospitalização: perspectiva da instituição e Organização da família para o processo de desospitalização. Existem fragilidades no processo que envolve questões de implementação, sistematização, reorganização interna e continuidade após a desospitalização. Assim, as estratégias utilizadas para a desospitalização têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.
Weber, Luciana Andressa Feil et al (2017)	Revisão integrativa		Identificar atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para o domicílio a partir de evidências na literatura.	Analisa as atividades desempenhadas pelos enfermeiros no processo de transição do cuidado hospitalar para o domicílio. Os resultados evidenciaram cinco categorias temáticas com as principais atividades dos enfermeiros na transição do cuidado: planejamento de cuidados para a alta; auxílio na reabilitação social; educação em saúde; articulação com os demais serviços; acompanhamento pós-alta. Conclui-se que há

				necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais e organização das atividades dos enfermeiros, promovendo coordenação do cuidado com foco na transição do hospital para o domicílio.
Silva, Kênia Lara et al (2017)	Estudo qualitativo	16 municípios de Minas Gerais	Analisar as perspectivas dos usuários sobre os atendimentos de suas necessidades pelo serviço de atenção domiciliar.	analisar a visão de usuários da AD e as necessidades em saúde deles em município de Minas Gerais. Os resultados indicam que o perfil da população atendida pelos serviços remete a um público idoso. Os motivos de admissão são diversos e remetem à cronicidade. As equipes buscam realizar as atividades considerando as necessidades naturais e radicais de usuários. O atendimento no domicílio é apresentado como melhor, pelo conforto do lar, vínculo e pela superação quanto as barreiras de acesso a outros pontos da rede. Foi possível compreender que na perspectiva de usuários que o cuidar em casa apresenta novas relações que ampliam o acesso, a autonomia e a qualidade de vida do usuário.
Guerra, Heloísa Silva; Almeida, Nilza Alves Marques; Souza, Marta Rovey de. (2017)	Estudo descritivo	Goiânia, Goiás	Conhecer e refletir acerca do perfil de cuidadores da rede pública de assistência domiciliar.	O perfil do cuidador deste estudo corrobora com o descrito na literatura, sendo a maioria do sexo feminino, casado, cônjuge ou filho do usuário do serviço, com problemas de saúde, dedicação de mais de 12 horas ao cuidado e exercício informal desta atividade. Os resultados evidenciam a importância do cuidador familiar no âmbito da atenção domiciliar e remetem à reflexão sobre esse papel na esfera do cuidado, bem como a necessidade de políticas públicas que ofereçam uma rede social de apoio e que estejam afinadas com essa realidade.
Rocha, Kátia Bones; et al (2017)	Revisão de literatura		Realizar uma revisão de literatura acerca desta prática. Além disso, buscaremos analisar de forma aprofundada os artigos em que o psicólogo utiliza a visita domiciliar como uma estratégia de trabalho.	Existe uma escassez de bibliografias sobre a utilização da visita domiciliar como técnica de intervenção, tanto para os profissionais em geral, quanto para psicólogos. Assim, é importante que esta estratégia de cuidado possa ser pensada a partir uma perspectiva crítica e ética. Foram encontrados 1.015 artigos contendo a palavra visita domiciliar no título, resumo ou palavras-chave, mas apenas 489 (48,2%) seguiam os critérios de inclusão iniciais. A visita domiciliar aparece nos artigos sendo utilizada como estratégia de cuidado pelas equipes da atenção primária, como intervenção dirigida a portadores de doenças crônicas e também está associada à coleta de dados para pesquisas. Apenas 8 artigos descreviam a utilização da visita domiciliar por psicólogos e, nestes, a visita domiciliar era utilizada ou como espaço de psicoeducação, como forma de atenção a pacientes e familiares com sofrimento psíquico grave ou como parte de pesquisas-ação.
Bierhals, Carla Cristiane Becker Kottwitz. et al. (2017)	Estudo exploratório	Unidade Básica de Saúde no Sul do Brasil	Identificar as necessidades sentidas e normativas dos cuidadores familiares principais no apoio instrumental a idosos registrados em um Programa de Atenção Domiciliar.	As necessidades sentidas estavam relacionadas a informações sobre atividades de apoio instrumental e aspectos subjetivos do cuidado. Os cuidadores apresentaram maior número de necessidades normativas associadas ao cuidado com as medicações. Compreender as necessidades dos cuidadores permite aos enfermeiros planejar intervenções baseadas em suas particularidades.
Hey, Alvimara. et al (2017)	Pesquisa qualitativa com abordagem descritiva exploratória		Descrever os cuidados paliativos domiciliares realizados pela enfermeira.	Os resultados demonstraram que a participação das enfermeiras nos cuidados paliativos ocorre por meio da identificação das necessidades e reconhecimento do contexto no qual paciente está inserido, realização da assistência de enfermagem com a criação de vínculos com o paciente e família e a vivência de momentos significativos na realização do cuidado. Concluiu-se que a presença do enfermeiro nessa modalidade de cuidado é fundamental, podendo contribuir para a estruturação desse cuidado no Sistema Único de Saúde do Brasil
Wild, Camila Fernandes. et al (2017)	Estudo qualitativo		Identificar como os familiares/cuidadores desenvolvem os cuidados na criança com asma no domicílio.	Pesquisa qualitativa realizada com 15 famílias que conclui que os familiares/cuidadores realizam o processo de cuidado voltado à superproteção da criança, ocasionando a privação social dos filhos e, muitas vezes, de si mesmos. Após a análise dos dados, obtiveram-se as seguintes categorias: A criança com asma e a privação social; Cuidados mediados pelo saber da experiência. Identificou-se que os cuidadores realizam o processo de cuidado atrelado à superproteção da criança. Ademais, devido ao fato de o cuidado ser desenvolvido para evitar a exposição a fatores desencadeantes da doença, ocorre a privação social das crianças. As estratégias de cuidado dos familiares advêm da experiência do cotidiano. Conclusão os familiares/cuidadores realizam o processo de cuidado voltado à superproteção da criança, ocasionando a privação social dos filhos e, muitas vezes, de si mesmos.
Carlos Eduardo Messa et al (2018)	Relato de Experiência	Universidade Federal do Pampa	Relatar a vivência de acadêmicos de enfermagem acerca de visitas domiciliárias no contexto da saúde mental.	A visita domiciliária possibilitou aos discentes o entendimento do cuidado no contexto do transtorno psíquico em sua singularidade, além da importância de fortalecer vínculos afetivos com a família. Relatos de experiência de discentes na visita domiciliar no contexto do transtorno psíquico. Ademais, a partir das visitas domiciliárias, deram-se alguns desdobramentos com o propósito de fortalecer o trabalho da equipe da Estratégia da Saúde da Família para o cuidado domiciliar na situação de transtorno psíquico. Nesse sentido, o caso foi apresentado e discutido em reunião com a finalidade de instrumentalizar a equipe de saúde a dar continuidade as visitas domiciliárias de forma sistemática e qualificada.
Lines LM et al (2018)	Estudo exploratório	-	Explorar as experiências do paciente no atendimento domiciliar. Desenvolver um mapa conceitual dos domínios da experiência do paciente no atendimento domiciliar.	Analisa as experiências dos usuários da atenção domiciliar, podendo ser importante para observar o que os usuários entendem como positivo na implementação de um programa. Os participantes do estudo (n = 35) relataram com mais frequência o domínio mais importante como a equipe que é atenciosa, solidária, paciente, empática, respeitosa e atenciosa (endossado por 29% dos participantes).

Castro, Edna Aparecida Barbosa de et al (2018)	Estudo multicêntrico	12 municípios de Minas Gerais	Compreender os modos de organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde.	Analisa a organização da AD em municípios mineiros que aderiram ao Melhor em Casa, observando elementos de gestão e assistenciais. Obtiveram-se duas categorias de análise: Organização da oferta regulada por demandas político-administrativas, experiências prévias e perfil de saúde local e Modos de organização mediados pelas necessidades dos usuários.
Araújo, Jocelly Ferreira de; Freitas et al (2018)	Estudo observacional descritivo	Município de Cuité, estado da Paraíba, Nordeste do Brasil	Verificar o atendimento das necessidades de saúde na perspectiva de homens usuários do programa de atenção domiciliar Melhor em Casa.	Analisa a experiência e atendimento das necessidades em saúde de homens que utilizam o Melhor em Casa. Emergiram três categorias temáticas: conhecimento dos homens acerca do problema de saúde que o condicionou à assistência domiciliar; percepção masculina quanto às necessidades de saúde apresentadas no domicílio; e percepção dos homens assistidos sobre as facilidades da assistência domiciliar. Constatou-se que os homens não conheciam aspectos importantes de sua atual condição de saúde, inclusive o motivo que os condicionou à utilização do serviço de saúde. Quanto às facilidades do serviço, foram apontadas a agilidade dos profissionais, a eliminação de grandes filas de espera características dos serviços públicos de saúde e a comodidade do ambiente domiciliar.
Bruno Leonardo Soares Nery et al (2018)	Artigo de revisão	-	Identificar características dos serviços de atenção domiciliar brasileiros.	Caracterização dos serviços de AD. O resultado da revisão integrativa foram: nove artigos dos quais foram possíveis identificar três categorias temáticas – “os grupos populacionais prevalentes na assistência domiciliar”, “o perfil dos profissionais e dos cuidadores familiares inseridos nesse contexto” e “características do serviço de atenção domiciliar”.
Fernanda Misawa et al (2018)	Estudo qualitativo	-	Descrever as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas vítimas de acidente vascular encefálico após a alta hospitalar.	Os achados foram organizados em duas categorias temáticas, sendo elas: Descobrir a necessidade de dar continuidade ao tratamento e; O apoio social à família no enfrentamento do adoecimento. A partir da realidade observada, foi possível identificar dificuldades e orientar as famílias no domicílio, auxiliando-as em suas adaptações logo após alta hospitalar, além de promover a recuperação da pessoa adoece e a qualidade de vida do cuidador familiar.
Érica Catarine Ataíde Maia (2018)	Estudo qualitativo	Região Norte do Brasil	Analisar as práticas de cuidado dos profissionais de saúde atuantes na Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/aids.	Os resultados encontrados revelam que a ADT se apresenta como uma inovadora estratégia de assistência integral à pessoa vivendo com HIV/aids, com possibilidades de desenvolver práticas de cuidado na residência dos usuários. O serviço se estrutura a partir da assistência aos pacientes sem condições de mobilidade até Unidade de Referência, seja por questões orgânicas, psicológicas ou sociais, sendo assim a ADT promove resgate de pacientes que desistiram do tratamento, amplia a adesão aos medicamentos e proporciona cuidados paliativos quando necessário. As intervenções realizadas pela equipe multiprofissional proporcionam reabilitação, recuperação e promoção de saúde. A dimensão subjetiva das práticas de cuidado revela-se através dos relatos de maior motivação, esperança e fortalecimento emocional aos pacientes e familiares. Ainda que se reconheça a importância da ADT, a pesquisa apresenta em seus resultados alguns entraves para a maior eficiência do serviço, tais como: disposição de transporte, infraestrutura, materiais e recursos humanos.
Hermann, Ana Paula. et al (2018)	Estudo qualitativo	Universidade Pública do Sul do país	Apontar possibilidades de aprimoramento no processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional.	As estratégias citadas neste estudo permitem aos cursos de graduação em saúde vislumbrar a possibilidade de incorporar ou incrementar o processo de ensinar e aprender o CD. Destacam-se, entre as possibilidades de aprimoramento no processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar, a produção científica na área, utilização de diferentes técnicas de ensino, desenvolvimento de atividades extracurriculares, projetos de extensão, reformulação curricular e simulação em laboratório.
Carvalho, Gleyce Any Freire de Lima. et al (2018)	Pesquisa qualitativa	Três unidades de saúde e em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família da cidade de Natal/RN, Brasil.	Compreender os significados atribuídos por profissionais de saúde à assistência em cuidados paliativos na atenção primária à saúde.	os significados atribuídos aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde envolvem a experiência intersubjetiva dos profissionais de saúde. A partir de práticas de saúde continuadas no processo de interação entre profissionais, rede de atenção à saúde, paciente e família, tendo o contexto domiciliar como uma realidade de cuidado. Compreendeu-se que os profissionais de saúde eram capazes de reconhecer a necessidade do outro, na prática da assistência em cuidados paliativos realizada na atenção primária de saúde. Os significados atribuídos pelos profissionais de saúde envolveram a necessidade de um sistema organizado em rede de atenção à saúde que favorecesse as relações sociais envolvidas na assistência. Isso envolve a resignificação da atitude social pelos profissionais de saúde, no enfrentamento da cultura e modelo da assistência hospitalocêntrica curativista, nos cuidados paliativos na atenção primária à saúde, através da inclusão e conscientização da família.
Fracolli, Lislaine Aparecida. et al. (2018)	Relato de experiência	-	Relatar a experiência de implementação do Programa de visita domiciliar Jovens Mães Cuidadoras.	Relato de experiência de implementação do programa de visita domiciliar Jovens Mães Cuidadoras que conclui que ao adotar a visita domiciliar como ferramenta de cuidado com foco na parentalidade, a experiência de implementação do programa demonstrou ser uma tecnologia inovadora, com grande potencial e relevância para a promoção do cuidado à adolescente e ao desenvolvimento infantil. As visitas realizadas pelas enfermeiras tiveram duração média de 1 hora, nas quais foram abordados junto às adolescentes assuntos referentes aos cuidados com saúde, saúde ambiental, projeto de vida, parentalidade, família e rede social, além das demandas das adolescentes. Evidenciou-se que as enfermeiras encontraram dificuldades na implementação do programa.

Olario, Patrícia da Silva. et al. (2018)	Estudo descritivo retrospectivo	Rio de Janeiro	Conhecer o perfil dos usuários do serviço de desospitalização de uma unidade no Rio de Janeiro.	Perfil do usuário de AD em uma unidade do RJ. N = 655. 50,4% sexo feminino, 75,3% acima dos 60 anos, 91,3% residentes da região metropolitana; 61,9% tem diagnóstico de câncer, demanda prevalente de cuidados técnicos em lesões de pele (22,9%); Se alimentam por via oral 80,6%, por via gástrica 18,7%; Pacientes com estomias somam 27,1% ; 16,1% usam sonda vesical ou cistostomia; 64,7% apresentavam dependência total. Conclusão: o perfil dos usuários é composto predominantemente por idosos, com dependência total e patologia oncológica requerendo implementação de estratégias que visem a condução destes casos.
Assis, Audrey Silva de; Castro-Silva, Carlos Roberto de. (2018)	Estudo qualitativo		Analisar o potencial da visita domiciliar como instrumento de prática de cuidado e fortalecimento de vínculo junto à população idosa em território de alta vulnerabilidade.	Observou-se que a visita domiciliar envolveu dinâmicas de acolhimento e vínculo afetivo construídas cotidianamente, o que fortaleceu as práticas de atenção aos idosos no território, produzindo construções criativas e singulares de cuidado. O ACS ocupava um lugar afetivo-técnico importante na ESF, potencializando ações de promoção à saúde de idosos na comunidade, ainda contribuindo para o incremento de políticas públicas voltadas para essa população.
Maria do Socorro de Sousa (2019)	Artigo de Revisão	-	Revisar a produção científica acerca da política da atenção domiciliar em saúde no Brasil.	Apresenta a AD como ferramenta para reorganização do sistema de saúde e diminuição da desigualdade. As evidências científicas apontam a atenção domiciliar como uma ferramenta a ser utilizada na reorganização do sistema de saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde.
Ana Carolina de Oliveira et al (2019)	Pesquisa documental	-	Descrever o perfil dos usuários e cuidadores atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar; verificar associações e correlações entre as variáveis.	Caracterização da população. Maioria idosa, com idade avançada e baixa escolaridade. Sobre o motivo de inclusão no SAD, 30,43% foram admitidos devido à Doença de Alzheimer (DA), 21,74% por Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguido de 8,7% por fratura de fêmur e/ou outras e 6,52% por doenças oncológicas. Dos 46 usuários, a maioria era idosa, do sexo feminino (71,74%), com renda de até dois salários mínimos (65,22%), dependentes para o autocuidado (89,13%). A variável “grau de dependência” teve associação estatisticamente significativa com o sexo (p=0,025), o motivo de inclusão (p=0,003), especialidade médica (p=0,013), classificação no SAD (p<0,001) e a presença de cuidador familiar (p=0,017). Houve diferença estatisticamente significativa entre os custos e gastos assumidos pelas famílias (p<0,001), o número de equipamentos de saúde (p<0,001) e o número de procedimentos de enfermagem demandados (p<0,001). Sobre os cuidadores, a maioria era do sexo feminino (85,71%), com idade média de 62,3 anos, 50% eram filhos(as) e 23,81% esposos(as). Conclusão: Funções, responsabilidades, custos e gastos são transferidos às famílias.
Sandra Maria Luciano Pozzoli; Luiz Carlos de Oliveira Cecilio (2019)	Estudo de caso	Serviço de Atenção Domiciliar de um município de médio porte no Estado de São Paulo	Conhecer o processo de cuidado no Serviço de Atenção Domiciliar.	Identificaram-se problemas relacionados a gestão; limitações no uso do sistema de informação; isolamento do Serviço de Atenção Domiciliar em relação aos demais serviços da rede de saúde; limitações da Atenção Básica para apoiar efetivamente o serviço; sobrecarga do cuidador; e necessidade de estratégias de apoio.
Kênia Lara Silva et al (2019)	Pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa	19 serviços de atenção domiciliar ofertados em Minas Gerais, Brasil	Analisar a trajetória política de implantação e implementação da atenção domiciliar no estado de Minas Gerais.	Os resultados estão organizados em duas categorias: a configuração política da atenção domiciliar; a trajetória de implantação da oferta da atenção domiciliar em Minas Gerais e efeitos da política. Os achados mostram a conformação política da AD no país a partir das normativas federais; e a expansão dos serviços no estado impulsionada pela indução financeira da política nacional. Concluiu-se que a atenção domiciliar é alternativa assistencial que acolhe as demandas dos “velhos” serviços, mas, ao mesmo tempo, ela tem contribuído com avanços na integralidade do cuidado e reestruturação produtiva do trabalho em saúde.
Procópio, Laiane Claudia Rodrigues et al (2019)	Revisão integrativa	-	Conhecer a produção científica acerca da Atenção Domiciliar no Brasil, discutindo os desafios e as potencialidades dessa modalidade de assistência no âmbito do SUS.	Revisão integrativa sobre a AD no Brasil e a produção científica encontrada relacionada à ela até 2017. Da análise emergiram três categorias: ‘Potencial substitutivo da Atenção Domiciliar e articulação com a rede’; ‘O usuário e sua família na Atenção Domiciliar’; ‘Satisfação dos usuários e a relação com a equipe’. A análise aponta como potencialidades da Atenção Domiciliar a configuração como rede substitutiva de cuidado, o vínculo e as relações horizontais entre equipe, usuários e familiares. Os principais desafios são a fragmentação do cuidado e a falta de articulação com os outros pontos da rede de atenção. A Atenção Domiciliar é um espaço singular da saúde e pode constituir um espaço potente para reinvenção das relações entre usuários, cuidadores e equipes, questionando os modos hegemônicos de se produzir cuidado.
Nishimura, Fábio et al (2019)	Estudo transversal		Verificar se o Programa Melhor em Casa consegue reduzir gastos com as internações hospitalares.	Analisa a efetividade do Melhor em Casa na redução de gastos para o sistema de saúde. Os resultados apontam que o efeito do Programa Melhor em Casa efetivamente reduziu os gastos com internações hospitalares em aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013.
Santana, Vagner Caminhas; Burlandy, Luciene; Mattos, Ruben Araujo de. (2019)	Estudo qualitativo	Município de Montes Claros (MG)	Analisar as práticas de atenção à saúde desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no âmbito da visita domiciliar, com famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF).	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com usuários da ESF e ACS de três equipes, e observadas 20 visitas domiciliares realizadas pelos ACS no ano de 2013. Concluiu-se que as práticas dos ACS assumem, por vezes, características que apontam para a imposição de um saber-poder biomédico e, por outras, que consideram aspectos da subjetividade do indivíduo/comunidade.
Siqueira, Lucíola D’Emery. et al (2019)	Revisão de escopo		Explorar a literatura relacionada às estratégias de avaliação da visita	Os programas de visita domiciliar para a primeira infância utilizam a análise dos cadernos de anotação do visitador, a entrevista com participantes e a aplicação de instrumentos de medida como estratégias para avaliar a visita. A revisão trouxe uma gama de abordagens que podem ser adotadas segundo o objetivo de

			domiciliar nos programas de visitação para a primeira infância.	cada programa e a disponibilidade de recursos. Carecem de estratégias efetividade comprovadas, além de instrumentos e métodos validados.
Xavier, Gabriela Tonon de Oliveira; Nascimento, Vânia Barbosa do; Carneiro Junior, Nivaldo (2019)	Estudo qualitativo	Serviço de Atenção Domiciliar de São Caetano do Sul, São Paulo	Analisar a contribuição da Atenção Domiciliar (AD) para a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) sob a óptica de profissionais e de usuários idosos.	Descrevem o perfil dos sujeitos - seis profissionais que atuam na AD, cinco de nível superior e um de ensino técnico; média de 39 anos; atuando no serviço há aproximadamente dois anos. Nos usuários, predominam faixa etária de 60 a 69 anos; mulheres; ensino fundamental; casados. Os dados estão categorizados em Integralidade dos Cuidados em Saúde; AD e o acesso aos demais serviços de saúde; Equipe interdisciplinar, Capacitação e habilidades em AD. Constatou-se integração entre profissionais, valorizando o contexto biopsicossocial e ações norteadoras do processo do cuidar, promovendo troca de saberes. Foi detectada deficiência na articulação intersetorial.
Franciele Roberta Cordeiro et al (2019)	Artigo de revisão	-	Discutir a inserção do domicílio como um espaço de cuidado nas políticas públicas para o final da vida, no Brasil e na França.	Analisar a inserção do domicílio como um espaço de cuidado nas políticas públicas para o final da vida. Vislumbra-se que a partir dos anos 2000 o domicílio passa a ser elemento central para a efetivação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas que visam organizar o atendimento e o cuidado às pessoas com doenças crônicas e em cuidados paliativos. Trata-se de uma forma menos onerosa em termos econômicos para o Estado e que tende a acolher as expectativas de pacientes e familiares na busca do conforto e de formas menos dolorosas de enfrentar o final da vida.
Sofia Guerra et al (2020)	Estudo qualitativo	Recife	Compreender como diversos sujeitos (n = 14) percebem e interpretam os efeitos de um treinamento ofertado às equipes dos serviços de atenção domiciliar da cidade, utilizando elementos conceituais descritos por Abbad acerca da avaliação de treinamentos.	Avaliar o aperfeiçoamento profissional das equipes dos serviços de atenção domiciliar após um treinamento ofertado em Recife, Pernambuco. indicam que houve poucas mudanças nos serviços, principalmente devido à ausência de multiplicação dos conhecimentos e à insuficiência de suporte psicossocial à aplicação prática dos conteúdos. Destaca a necessidade de formulação de estratégias educacionais e organizacionais que potencializem o cuidado dentro do domicílio.
Rosângela Aparecida Elerati Silva et al (2020)	Estudo qualitativo	-	Compreender a gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos dependentes após a alta hospitalar.	Construíram-se duas categorias: Gerência da multiplicidade de cuidados pelo cuidador e Relação entre cuidador familiar e rede de atenção à saúde. Ações assistenciais e gerenciais realizadas rotineiramente provocam mudanças significativas na vida do cuidador familiar. A gestão do cuidado domiciliar de idosos dependentes após a alta hospitalar é complexa, envolvendo sobrecargas física e emocional, bem como dificuldades em obter o apoio dos serviços de saúde. Requer o planejamento compartilhado entre equipe de saúde e família desde a alta e melhor visibilidade do papel da atenção primária quando o paciente é atendido por serviço de atenção domiciliar.
Angélica Mônica Andrade et al (2020)	Estudo qualitativo	serviços de atenção domiciliar de dois municípios de Minas Gerais	Analisar os padrões de conhecimento que fundamentam as práticas de enfermeiras na atenção domiciliar.	o conhecimento empírico foi revelado como fundamental para o cuidado clínico, gerencial e educacional no domicílio. As adaptações próprias desse ambiente exigem o saber estético. As ações relacionais e educacionais, as decisões responsáveis por beneficiar o indivíduo e sua família, a dúvida e disposição para aprender perante a condução de casos imprevisíveis e a avaliação das condições socioeconômicas da família, representam, respectivamente, os conhecimentos pessoal, ético, desconhecimento e sociopolítico presentes na prática da enfermeira na atenção domiciliar. Reforça-se a necessidade de formação diferenciada para responder a uma complexidade crescente nesse campo.
Rajão, Fabiana Lima; Martins, Mônica (2020)	Estudo exploratório com análise documental	.	Analisar a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde, identificando as modalidades de cuidado e desigualdades no uso.	Estudo sobre a evolução da AD no Brasil e a necessidade de adaptação do sistema de saúde de acordo com o perfil epidemiológico que está em constante mudança no país. . Foram contabilizadas 94.754 internações domiciliares entre 2008-2016 e 4.008.692 de procedimentos domiciliares ambulatoriais entre 2012-2016. A AD ambulatorial mostrou-se mais difundida, enquanto a internação domiciliar concentrou-se em algumas áreas geográficas. A discrepância regional é marcante, desvelando desigualdades na oferta, acesso e uso. Apesar do arcabouço legal, constituição de um programa específico a AD não parece, ainda, efetivamente inserida como um dos vértices da Rede de Atenção à Saúde.
Oliveira, Patrícia Conceição et al (2020)	Estudo exploratório	Município de grande porte na região Centro-Oeste do Brasil	Verificar as percepções da equipe de saúde sobre a cultura de segurança do paciente na atenção domiciliar.	Estudo brasileiro que avalia, por meio de questionário, atitudes de segurança e perfil profissional de profissionais envolvidos com a AD. Avalia também a percepção da equipe sobre a cultura da segurança dos pacientes da AD. Dos 37 profissionais, a maioria era do sexo feminino (n=32, 86,5%), vivia com cônjuge (n=25, 67,6%), trabalhava em regime de trabalho estatutário (n=29; 78,4%) e tinha vínculo empregatício (n=23; 62,2%). Verificaram-se maior escore mediano para satisfação no trabalho (80,0) e menor para percepção da gerência (31,8). Houve uma correlação negativa entre a carga horária semanal e o trabalho em equipe (p=0,02). O clima de segurança foi significativamente maior entre profissionais celetistas nos domínios clima de segurança (p=0,001) e global (p=0,005). Os médicos apresentaram maior percepção do clima no domínio segurança quando comparados aos profissionais de outras categorias (p=0,005). A idade foi positivamente associada ao clima nos domínios de segurança (p=0,002), condições de trabalho (p=0,03) e global (p=0,04).
Marques, Fernanda Pasquetti; Bulgarelli, Alexandre Fávero. (2020)	Estudo qualitativo		Compreender os sentidos da atenção domiciliar no escopo das ações da atenção primária no cuidado a estes	O sentido da atenção domiciliar abarca na reflexão dialógica da representação do humano e da solidariedade no exercício do trabalho no SUS. Acredita-se que este estudo possibilitará um norte para que os gestores da atenção primária reflitam sobre o quão importante, necessário e angustiante é a realização de atenção

			idosos pela perspectiva do profissional da saúde do SUS.	domiciliar nas realidades brasileiras. Compreende-se que a atenção domiciliar ao idoso como algo angustiante, porém efetivo e gerador de processos humanos de confiança e articulações coletivas para o cuidado em respeito a condição outro. O sentido da atenção domiciliar abarca na reflexão dialógica da representação do humano e da solidariedade no exercício do trabalho no SUS.
Martins, Simone Braga. et al (2020)	Estudo qualitativo	-	Conhecer as percepções de cuidadores familiares sobre o uso da hipodermóclise no domicílio.	O acompanhamento por profissionais de saúde pode auxiliar na adaptação dos cuidadores familiares frente ao uso da hipodermóclise no domicílio. Os cuidadores apresentaram medo e receio ao assumirem a responsabilidade pelos cuidados com a hipodermóclise, pois a associaram à morte. Com o transcorrer do tempo, reconheceram essa via como facilitadora do cuidado e conforto.
Anjos, Karla Ferraz dos. Et al (2020)	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório		Apreender o significado da palavra responsabilidade para enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e cuidadores familiares de idosos e identificar as responsabilidades desses profissionais e do familiar pelo cuidado do idoso dependente no domicílio.	As responsabilidades dos profissionais no cuidado ao idoso abrangem acolhimento, acompanhamento, orientação e visita domiciliar. Para os cuidadores envolvem zelo, proteção, acompanhamento e gerenciamento das finanças. As responsabilidades variam, a depender do responsável, tendo relação com dar respostas às necessidades do idoso, ter compromisso, assumir consequências pelas ações e favorecer o bem-estar dos envolvidos.
Santos, Jonas Bastos; Luquetti. et al. (2020)	Estudo exploratório	Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.	Desenvolver e avaliar uma ferramenta para auxiliar no planejamento, execução, registro de dados e avaliação das ações da visita domiciliar farmacêutica na equipe de Estratégia Saúde da Família.	Trabalho desenvolveu uma ferramenta que se mostrou útil ao registro, planejamento e execução da AD. Segundo avaliação expressiva dos participantes, o instrumento foi considerado adequado, claro, efetivo, preciso e exequível para utilização na prática de visita domiciliar; representando importante auxílio ao profissional na realização do cuidado farmacêutico domiciliar naquele município.
Maia, Mariana Almeida. et al (2020)	Revisão integrativa	-	Descrever as práticas de profissionais de saúde em situações de violência nos cuidados da Atenção domiciliar.	O objetivo deste artigo é descrever as práticas de profissionais de saúde em situações de violência nos cuidados da Atenção domiciliar. As práticas dos profissionais na atenção domiciliar focalizam ações de cuidado dos pacientes, buscando minimizar os efeitos da violência. As situações de violência mais encontradas foram abuso em idosos e crianças e violência doméstica em mulheres e crianças. Práticas distintas foram adotadas nas situações de violência contra os pacientes, como intervenções, notificações, orientação, e capacitação profissional. As práticas dos profissionais na atenção domiciliar focalizam ações de cuidado dos pacientes, buscando minimizar os efeitos da violência.
Ana Patrícia Pereira Moraes et al (2021)	Estudo qualitativo	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza, Ceará	Analisar os saberes e as práticas dos profissionais relacionadas à visita domiciliar.	Análise da visita domiciliar na atenção à saúde mental induz a reorganização do processo de trabalho e o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização. Os resultados apontam o reconhecimento do território como espaço social da experiência-sofrimento e de produção do cuidado. A visita domiciliar induz a reorganização do processo de trabalho e o desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização, que potencializam a construção de autonomia e de poder contratual do usuário. Contudo, enfrenta desafios relacionados ao serviço, como equipe mínima e ausência de veículo. A visita domiciliar é imprescindível no CAPS, como estratégia de ruptura com o aparato manicomial.
Alexandre Ernesto Silva et al (2021)	Estudo exploratório	-	Analisar a produção dos cuidados paliativos desenvolvidos por profissionais de saúde a pacientes da atenção domiciliar.	Observou-se, neste estudo, que a equipe compreende a necessidade de orientar atividades práticas que permitam a pessoa viver mais ativamente até sua morte, porém os cuidadores apontam dificultadores para que essa ação aconteça. Diante disso, os profissionais de saúde, munidos de concepções tecnicistas do modelo de atenção biomédico, treinados para cumprir protocolos rígidos, não prosseguem com orientações e estratégias inovadoras que facilitem ações de cuidado paliativo domiciliar.
Giliane Fabíola Martins dos Reis et al (2021)	Estudo transversal	Serviço de AD público de um município paulista	Investigar junto a um Serviço de Atenção Domiciliar, o perfil de pacientes assistidos e os custos relacionados à assistência domiciliar e na ocorrência de internações hospitalares.	Para coleta de dados utilizou-se de três fontes de informações: prontuário do paciente, base de dados eletrônicos do centro de custos e do departamento de regulação e controle da secretaria municipal de saúde, dos pacientes atendidos no Serviço de Atenção Domiciliar, no ano de 2014. Um total de 856 pacientes constituíram a amostra; 791 apenas com Atenção Domiciliar e 95 (12,4%) foram hospitalizados. Houve predomínio de homens; usuários idosos; casados ou viúvos; analfabetos e com origem do setor primário de saúde. O custo médio paciente/dia do atendimento domiciliar foi de R\$ 28,26-dp4,10 (US\$ 12.03 -dp1.74), enquanto o custo médio paciente/dia de internação hospitalar foi de R\$294,46 -dp308,69 (US\$ 125.30 -dp131.36). Caracterização do perfil de um SAD. Custos, total dos pacientes e tempo de permanência foram alguns dos pontos levantados.

Apêndice 4. Grupos temáticos mais frequentemente observados na revisão de literatura.

1. Definição e abrangência da atenção domiciliar:

Segundo a Portaria MS/GM nº 2.527/2011, a **Política Nacional de Atenção Domiciliar** define a **Atenção Domiciliar (AD)** no Sistema Único de Saúde como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (Brasil, 2011; Savassi, 2016). A Atenção Domiciliar Pública no Brasil, é integrada à Rede de Atenção à Saúde, visando principalmente a desospitalização, resultando em humanização da assistência ao usuário e a redução dos custos (Reis et al, 2021).

No Brasil, o cuidado paliativo é operacionalizado em hospitais, ambulatórios especializados e serviços de atendimento domiciliar, porém, com limitações, devido ao número superior de usuários elegíveis em relação ao número de leitos disponíveis para esta modalidade de cuidado (Alves et al, 2015; Silva et al, 2021). Dentre os cenários de serviços que contemplam os cuidados paliativos, destaca-se, a atenção domiciliar (AD) (Silva et al, 2021).

Ademais, o cuidado no domicílio é uma das tarefas das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), em especial as equipes de saúde da família (eSF), que desde sua regulamentação têm entre suas atribuições executar ações de assistência na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade (Brasil, 1997).

2. Perfil dos usuários:

Segundo os resultados do estudo sobre Atenção Domiciliar no Brasil realizado por Reis et al (2021), a predominância de atendimentos AD são para homens; usuários idosos; casados ou viúvos; analfabetos e com origem do setor primário de saúde. Os idosos foram os maiores usuários do serviço. Semelhante ao estudo de Reis et al (2021), o estudo de Neves et al (2019) também mostrou predominância de pessoas idosas como usuário da AD, entretanto do sexo feminino (71,74%), com renda de até dois salários-mínimos (65,22%), dependentes para o autocuidado (89,13%).

Corroborando com os estudos de Reis et al (2021) e Neves e colaboradores (2019), Silva et al. (2017) realizaram um estudo em Minas Gerais, onde após entrevistas com participantes de 19 municípios que ofertaram AD vinculados ao Melhor em Casa, foi traçado um perfil de usuários que consistia em participantes com idades entre 38 e 89 anos. Destes, a maioria era de idosos que moravam em casa própria, havendo apenas um que morava de aluguel. Ainda, observou-se que os pacientes que foram entrevistados no estudo se distribuíam em diversos perfis clínicos, que os colocavam como modalidades AD2 e AD3. Verificou-se também que pacientes do perfil de AD2 normalmente permaneciam por apenas algum tempo, sendo encaminhados à atenção primária após estabilização, enquanto os de perfil AD3 caracterizaram permanência habitualmente contínua devido às demandas clínicas apresentadas.

3. **Níveis de complexidade e critérios de elegibilidade dos pacientes para atendimento domiciliar:**

O estudo de Savassi (2016) discorre que em 2011 o Ministério da Saúde redefine a AD no âmbito do SUS e pela primeira vez enxerga a APS e os SAD como elementos integrados de cuidados, propondo **níveis de complexidade clínica e tecnológica** que delimitem o cuidado entre eles, reconhecendo as ações domiciliares da APS como o nível 1 da Atenção Domiciliar (AD1), que se integram a dois níveis de AD (AD2 e AD3) realizados por Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) destinadas a este fim, sob a necessidade de integração entre níveis (Brasil, 2011; Brasil, 2016; Savassi, 2016).

4. **Vantagens do Programa Melhor em Casa:**

A AD surge como alternativa ao cuidado hospitalar, possibilitando a retomada do lar como espaço para produção de cuidado, fundamentada nos princípios da humanização e da clínica ampliada, evitando hospitalizações desnecessárias e possibilitando um uso mais adequado dos recursos disponíveis (Galassi et al, 2014). Assim, a AD contribui para a redução da sobrecarga hospitalar, desinstitucionalização, redução de gastos hospitalares, humanização e integralidade do cuidado (Guerra et al, 2020). Já a Visita Domiciliar (VD) facilita o fortalecimento de vínculo entre o profissional da saúde e o usuário, proporciona humanização e integralidade das ações, mudança de comportamentos nocivos e melhora na qualidade de vida (Venturin; Menezes, 2017). A Atenção Domiciliar Terapêutica (ADT) promove resgate de pacientes que desistiram do tratamento, amplia a adesão aos medicamentos e proporciona cuidados paliativos quando necessário visto que O serviço se estrutura a partir da assistência aos pacientes sem condições de mobilidade até Unidade de Referência, seja por questões orgânicas, psicológicas ou sociais (Maia, 2018).

Para Pereira (2014), a AD pode ser um importante dispositivo para análise das tensões, apostas e desafios que emergem na prática dos serviços de saúde, bem como dar a visibilidade aos vazios assistenciais na rede. Assim, observou-se que a AD pode ser uma modelagem substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, ao mesmo tempo que pode ser uma estratégia ao enfrentamento de dificuldades que a atenção básica sofre, o que pode orientar a construção de arranjos mais permeáveis à realidade brasileira. A AD pode ser um dispositivo fundamental para dar visibilidade aos vazios de atenção e para aprofundar a discussão sobre a rede e dispositivos de gestão do cuidado.

Presente no trabalho realizado por Stefanon (2010), o estudo de Laham (2003, p. 74) descreveu que com a implementação da AD, 80% dos cuidadores relataram melhorias referentes às orientações recebidas, à diminuição de gastos pelo não deslocamento até ao hospital, ao carinho da equipe com melhora do ânimo e estado de saúde o paciente, além de outros motivos. Outros aspectos positivos na opinião dos cuidadores é a atenção dispensada pelos profissionais de saúde no domicílio, que é maior do que no hospital, além de estarem em contato em tempo integral com a família, em ambiente conhecido, com controle e decisão maiores nas situações, pois, não precisam seguir horários e regras estabelecidas nos hospitais (Laham,

2003, p. 116). Identificou-se um nível elevado de satisfação das cuidadoras com a atenção prestada pelas equipes dos diferentes locais, hospitalar e domiciliar, com preferência explícita e unânime pelo domiciliar.

Para Silva e colaboradores (2017), a AD ainda proporciona uma atuação que permite o afeto, a formação de laços e o respeito, sendo extremamente importante para que o cuidado continuado seja assegurado. Essa continuidade se dá por meio de orientações, treinamentos, sendo elementos que ajudam a formar um vínculo terapêutico que atende as necessidades em saúde dos usuários da AD e se torna algo positivo para o desempenho dos profissionais e do tratamento.

5. Principais dificuldades e problemas descritos para o programa:

Quando se trata das dificuldades que a Política de Atenção Domiciliar enfrenta, Oliveira (2012) descreve em seu estudo que a implementação da AD como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a humanização, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde.

Para Silva et al (2021) percebe-se a necessidade de avanços na implementação de políticas governamentais no Brasil que insiram os cuidados paliativos na Rede de Atenção à Saúde por meio de ações educacionais, gerenciais e assistenciais que assegurem a dignidade humana, permitindo desenvolver essas e outras intervenções de cuidados paliativos. Já de acordo com a pesquisa de Pozzoli e Cecilio (2019), no processo de cuidado no Serviço de AD, identificaram-se problemas relacionados a gestão; limitações no uso do sistema de informação; isolamento do Serviço de Atenção Domiciliar em relação aos demais serviços da rede de saúde; limitações da Atenção Básica para apoiar efetivamente o serviço; sobrecarga do cuidador; e necessidade de estratégias de apoio.

Descrito pelos usuários, a VD necessita de maior organização e planejamento. Depreende-se que a VD amplia a interatividade entre o serviço de saúde e o usuário e se desenvolve conforme os princípios da humanização. No entanto, deve-se atentar à importância de um contínuo aperfeiçoamento no planejamento e na implementação das visitas domiciliárias (Marin, 2011).

6. Avaliação do programa na perspectiva de cuidadores, pacientes e profissionais:

O estudo de Stefanon (2010) traz a pesquisa de Albuquerque (2003, p. 116), realizada com trinta pacientes idosos atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar do Núcleo de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar – NADI, do Hospital das Clínicas de São Paulo/SP, em que as famílias relataram **dificuldades econômicas**, pois, apesar de o tratamento ser gratuito, precisavam adquirir alguns itens como: artigos de higiene, remédios não fornecidos pelo hospital, dietas especiais prescritas pelas nutricionistas e recorriam a outros membros da família ou a recursos na comunidade para complementação. Entretanto, ainda nesse estudo (Stefanon, 2010), as pesquisas realizadas por Perroca e Ek (2004, p. 857) afirmam haver controvérsias

sobre a relação custo-efetividade nos programas de Internação Domiciliar. As autoras encontraram pesquisas que indicam a Internação Domiciliar como **sendo menos dispendiosa, igual ou mais dispendiosa que a internação hospitalar**. Ressaltam que a avaliação dos custos dos Programas de Internação Domiciliar é frequentemente subestimada por não considerarem os custos dos cuidadores informais, que perdem o emprego remunerado e a vida social em virtude da atividade de cuidar.

Silva et al (2020), em seu estudo, relata que a gestão do cuidado domiciliar de idosos dependentes após a alta hospitalar é complexa, envolvendo sobrecargas física e emocional, bem como dificuldades em obter o apoio dos serviços de saúde. Requer o planejamento compartilhado entre equipe de saúde e família desde a alta e melhor visibilidade do papel da atenção primária quando o paciente é atendido por serviço de atenção domiciliar. Quanto aos aspectos negativos sobre AD, os cuidadores relataram: o stress, o acúmulo de tarefas, a sobrecarga, a dedicação exclusiva e a autocobrança. Concluindo, Laham (2003) afirma que, para a maioria dos cuidadores, havia mais desvantagens pessoais na execução da tarefa do que para os pacientes (Stefanon, 2010).

Além disso, Misawa et al. (2018) retratam em seu estudo (realizado com familiares e cuidadores de usuários do AD) que as famílias também relataram sentir insegurança quanto aos horários, doses, reações adversas, indicações e cuidado na administração dos medicamentos prescritos. Também foi possível observar a preocupação e o medo do cuidador em relação algumas sequelas do AVE, como por exemplo, a disfagia. Identificou-se que algumas famílias se encontravam em isolamento social, devido a dificuldades de sair de casa por falta de tempo do cuidador para atividades de lazer, ou até mesmo, pelo medo de amigos e familiares em interferir nos cuidados. Todos os cuidadores referiram se sentirem isolados pelas demandas de cuidado ao familiar. Assim, observou-se dúvidas, angústias e dificuldades enfrentadas pelos familiares.

Paiva e colaboradores (2011), buscaram avaliar a satisfação do profissional da enfermagem na modalidade de cuidado da atenção domiciliar. O índice de satisfação do profissional (ISP) encontrado no estudo foi de 13,19. Esse valor foi baixo, considerando a possível variação de 0,9 a 37,1, embora tenha sido superior aos índices de satisfação encontrados em outras pesquisas envolvendo enfermeiros.

Sena (2014) reforça que a ideia de que a atenção domiciliar amplia possibilidades do cuidado continuado e reforça os desafios na educação e qualificação de profissionais para a Atenção Domiciliar.

Os achados apontam a urgente necessidade de avanços na criação e implementação de políticas governamentais no Brasil para inserção dos cuidados paliativos na RAS. Além disso, é necessário que esta política apoie ações educacionais, seja por meio da inserção do ensino dos cuidados paliativos nos diversos níveis de formação dos profissionais de saúde ou por meio de ações de educação permanente em saúde, favorecendo a qualidade de vida (Silva et al, 2021).

7. Avaliação de custos e impacto do Programa Melhor em Casa:

Rajão e Martins (2020) reiteram o lançamento do Programa Melhor em Casa em novembro de 2011, que permitiu a incorporação da AD ao Sistema Único de Saúde como um dos integrantes das Redes de Atenção à Urgência e Emergência, estando inserida também nas Redes de Atenção à Saúde. Assim, segundo os autores, a AD acaba se tornando uma forma de atenção à saúde que age de maneira complementar com suas ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, entre outros serviços que são prestados em domicílio a fim de promover um cuidado contínuo e ampliado.

O trabalho de Nishimura, Carrara e Freitas (2019) busca entender como o cuidado domiciliar ajudou a reduzir os custos das internações hospitalares. Como modo de análise, os pesquisadores obtiveram os dados da variável dependente, despesas ou gastos com internações domiciliares a partir do Departamento de Informática do SUS (Datasus), contando com o auxílio de microdados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) do período de 2010 a 2013. A partir dos dados, observou-se que em 2011, onde havia a existência do programa, os gastos médios por paciente/dia foram de R\$ 38,67, enquanto em 2013 o gasto aumentou para R\$ 42,78. Quando observados municípios onde o programa não atuava, a média de gastos era de R\$ 30,83 por paciente/dia em 2011 e de R\$ 33,51 em 2013. Com base nestes dados, os autores verificaram a necessidade e motivação da implantação do programa em locais em que o gasto com a internação é maior. Ainda, observou-se através dos dados que em 2011 o programa contemplava apenas 23 municípios brasileiros, saltando para 90 em 2012 e 184 municípios no ano de 2013. Fundamentando-se na análise, verificou-se que o Melhor em Casa se mostrou efetivo em relação à redução das despesas com internações hospitalares com reduções de aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012 e 10,2% em 2013. É válido ressaltar que esta redução se mostra eficaz mesmo em casos de pacientes que demandam mais cuidado, como mulheres grávidas e idosos, apesar do maior dispêndio para cuidados específicos, além de responderem igualmente a casos de internações eletivas, principalmente em grupos com comportamento de risco e maior vulnerabilidade.

Castro e colaboradores (2018) buscam, em sua obra, compreender como a AD se organiza em relação ao contexto da atenção à saúde em municípios que aderiram ao Melhor em Casa em Minas Gerais. Para a realização do estudo, foram coletados dados de 12 municípios mineiros entre 2014 e 2015, por meio de entrevistas com coordenadores da AD e 6 gestores. Os autores ressaltam que a discussão de formas de planejamento, além da compreensão de interfaces que se relacionam com a organização da AD e seus aspectos acaba sendo algo fundamental para que o programa e as ações de oferta da AD ocorram de maneira efetiva. Com base na análise das entrevistas, verificou-se a existência de modos diversos de organização dos serviços prestados que são regulados pelas demandas político-administrativas, por experiências da oferta da AD e pelo perfil de saúde local e necessidades assistenciais dos usuários, os quais são extremamente importantes e contribuem para o campo da Enfermagem principalmente relacionada à AD. Logo, os autores encontram como ponto positivo para o sucesso da AD a integração entre elementos assistenciais e de gestão no modo de organização. Assim, concluem que a Política de AD é valorizada com

um potencial substitutivo, podendo contribuir para a efetividade dos serviços, resolução de necessidades em saúde e redução da fragmentação do sistema. Ademais, é colocado como lacuna a não-realização da pesquisa junto a usuários, profissionais e cuidadores que fazem parte do programa, demonstrando a necessidade de uma verificação sob essa ótica, com o intuito de avaliar a efetividade deste modelo assistencial.

8. Cuidados paliativos e atenção domiciliar:

Os significados atribuídos aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde envolvem a experiência intersubjetiva dos profissionais de saúde. A partir de práticas de saúde continuadas no processo de interação entre profissionais, rede de atenção à saúde, paciente e família, tendo o contexto domiciliar como uma realidade de cuidado (Carvalho et al., 2018).

Nietsche e colaboradores (2013), em estudo exploratório descritivo realizado com 5 profissionais de saúde e 4 familiares de pacientes terminais, reforçam que o domicílio é percebido como o local ideal à realização do cuidado de doentes terminais, por propiciar maior conforto e proximidade familiar. As ações educativas são fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado prestado. Contudo, a melhor compreensão acerca da morte pode contribuir na implementação de ações humanizadas que visem uma melhor qualidade de vida àqueles que morrem.

Em estudo de Olário et al. (2018), o perfil dos pacientes desospitalizados com acompanhamento domiciliar em cuidados paliativos, em uma unidade do Rio de Janeiro, era de maioria do sexo feminino, acima dos 60 anos, residente da região metropolitana; 61,9% tem diagnóstico de câncer; demanda prevalente de cuidados técnicos em lesões de pele (22,9%); se alimentam por via oral 80,6%, por via gástrica 18,7%; pacientes com estomias somam 27,1% ; 16,1% usam sonda vesical ou cistostomia; 64,7% apresentavam dependência total. Concluindo-se que o perfil dos usuários é composto predominantemente por idosos, com dependência total e patologia oncológica requerendo implementação de estratégias que visem a condução destes casos. Simão e colaboradores (2016), avaliando o cuidado domiciliar e paliativo na América Latina - Brasil, Argentina e Uruguai - mostram pequena disponibilidade da mulher latina para o trabalho de cuidado na família e o reforço dessa modalidade de atenção às iniquidades em saúde.

Oliveira e colaboradores (2012) concluem a importância da comunicação no contexto dos cuidados paliativos na atenção domiciliar. Em estudo qualitativo sobre o cuidado com o paciente terminal na esfera domiciliar, percebe-se a necessidade de comunicação adequada entre o ser cuidado (paciente) e os cuidadores (cuidadores familiares e equipe de saúde). Nesse contexto, Ribeiro e colaboradores (2014) em pesquisa qualitativa, afirmam que o acompanhamento em saúde domiciliar emanou à família e paciente apoio e segurança para lidar com as preocupações que o câncer proporcionou em suas vidas. Lacerda et al. (2017) afirma que a presença do enfermeiro nessa modalidade de cuidado é fundamental, podendo

contribuir para a estruturação desse cuidado no Sistema Único de Saúde do Brasil. Assis e colaboradores (2018), observaram que a visita domiciliar envolve dinâmicas de acolhimento e vínculo afetivo construídas cotidianamente, o que fortalece as práticas de atenção aos idosos no território, produzindo construções criativas e singulares de cuidado. O ACS ocupava um lugar afetivo-técnico importante na ESF, potencializando ações de promoção à saúde de idosos na comunidade, ainda contribuindo para o incremento de políticas públicas voltadas para essa população.

Dias et al (2020) pela perspectiva de uma médica de Família e Comunidade, relata uma experiência de um atendimento domiciliar para emissão de declaração de óbito. A partir dessa narrativa, discutiu-se sobre como a visita para declaração de óbito nos convida a entrar em um território repleto de subjetividades, que nos evoca muitas reflexões sobre o processo de morte e o morrer, provocando transformações em nossa vida pessoal e profissional.

Apêndice 5. Instrumento de alinhamento de causas.

Neste instrumento estão descritas as causas levantadas no documento do IPEA (destacadas em azul) e aquelas identificadas durante a revisão de literatura (destacadas em roxo).

DOMÍNIO	CAUSA	PROPOSTA				Observações
		MANTER	INCLUIR	EXCLUIR	REVER	
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/IPEA:						
Definição de Atenção Domiciliar	NSA		X			N/A
Transversal Definição de Atenção Domiciliar	NSA		X			N/A
Observação. Justificativa global: A inexistência de um modelo lógico validado para o programa contribui para limitar as ações e dificulta avaliação da eficiência do PMC e seu impacto na promoção do cuidado domiciliar.						
Definição de Atenção Domiciliar	Inexistência ou não explicitação da teoria do programa;		X			Brasil, 2011; Savassi, 2016; Reis et al, 2021
Definição de Atenção Domiciliar	Inexistência de um modelo lógico com validação dos Estado e Municípios e com a validação dos âmbitos superiores;		X			Não identificado modelo lógico para o programa
Definição de Atenção Domiciliar	Fragilidade da sistematização dos fundamentos do programa, resultados esperados e processo avaliativo;		X			Paulo Adão de Medeiros et al (2012) Silva et al., 2017
Definição de Atenção Domiciliar	Falta de parâmetros estabelecidos que possam ser adaptados às diversas realidade brasileiras;		X			Pereira, 2014
Definição de Atenção Domiciliar	Frágil embasamento científico no campo de AD;		X			Weykamp et al., 2016; Andrade et al., 2017; Procópio et al., 2019
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ IPEA:						
Avaliação de custos e impacto do PMC	N/A		X			N/A
Observações. Justificativa global: Invisibilidade de indicadores e dificuldade de planejamento e acesso aos usuários; Custeio das ações para acesso ao PMC, com prejuízo para o acesso do usuário.						
Avaliação de custos e impacto do PMC	Sistema de informação inadequado e incompleto, o que limita o monitoramento e a capacidade de avaliação de resultados do PMC		X			Pozzoli; Cecilio, 2019
Avaliação de custos e impacto do PMC	No sistema atual, o levantamento de informações é complexo e a maioria das informações estão relacionadas a atenção básica.		X			Pozzoli; Cecilio, 2019

Avaliação de custos e impacto do PMC	Ausência de uma estrutura de custo abrangente e atualizada que permita avaliar sua eficiência no território.		X			N/A
Avaliação de custos e impacto do PMC	O ponto relacionado a eficiência ainda é desconhecido, devido à dificuldade em levantar os custos do cuidado domiciliar e hospitalar, sendo muitas as variáveis relacionadas.		X			Pozzoli; Cecilio, 2019
Avaliação de custos e impacto do PMC	Acompanhamento e monitoramento não são sistemáticos.		X			Verdi, 2019
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ IPEA:						
Gestão do programa	Financiamento de estabelecimento no SUS com base em procedimento;	X				N/A
Gestão do programa	Remuneração por procedimentos interessa aos gestores hospitalares;	X				N/A
: Observações. Justificativa global: a proposta do PMC não é a oferta de leitos domiciliares, sendo essa uma consequência das ações do programa. O objetivo é redução do uso desnecessário do leito hospitalar, e as metas devem manter relação com esse objetivo.						
Gestão do programa	Modelo lógico sem validação do centro de decisões;		X			Observação. Ponto mencionado no primeiro domínio (Definição de AD)
Gestão do programa	Ineficiência de sistema de informações para o dimensionamento de metas realísticas		X			Observação. Ponto mencionado no segundo domínio (Avaliação de custos e impacto do PMC); Pozzoli; Cecilio, 2019
Gestão do programa	Disponibilização dos serviços com base na expansão da oferta, ampliação da cobertura e do acesso ao programa, em lugar da referência em termos da diminuição da superlotação hospitalar e suas consequências, gerando dificuldade em dimensionar metas.		X			Verdi, 2019
Gestão do programa	Ausência de ações continuadas de pesquisa de satisfação junto aos usuários, profissionais e cuidadores		X			Castro et al., 2018
Gestão do programa	Restrições orçamentárias que impactaram na divulgação do programa, restringindo as oficinas de difusão para o conhecimento nacional do programa		X			N/A
Gestão do programa	Agravamento da situação orçamentária, ainda mais deteriorada desde 2017 com a perda da identificação de ação orçamentária para o programa. Enquanto a atividade perde a identificação de recurso específico e permanece com dotações anuais estáveis, o que significa perda de valores reais, observa-se nas respectivas Programações Anuais de Saúde a expansão da meta a cada ano.		X			N/A

Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ MS: PMC e cuidados paliativos						
PMC e Cuidados paliativos	N/A		X			N/A
PMC e Cuidados paliativos	N/A		X			N/A
Obs. Justificativa global: Qualificar a oferta de serviços e apoiar a AP para a demanda reprimida existente de pacientes com necessidade de cuidados paliativos no domicílio.						
PMC e Cuidados Paliativos	Limitações da estrutura do programa, inclusive de profissionais, para atender pacientes em cuidados paliativos.		X			Silva et al., 2021
PMC e Cuidados Paliativos	Capacidade de atendimento menor do que a demanda existente, resultando em direcionamento dos pacientes para outros pontos da rede.		X			Braga et al., 2016
PMC e Cuidados Paliativos	Insuficiência de capacitações e fragilidade na formação para o atendimento ao paciente em cuidados paliativos.		X			Silva et al., 2021
PMC e Cuidados Paliativos	Apoio ao desenvolvimento de um programa específico de cuidados paliativos no âmbito da atenção primária, como forma de desafogar o sistema		X			Silva et al., 2021
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/IPEA: Avaliação do programa na perspectiva dos usuários						
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Profissionais do ambiente hospitalar desvalorizam procedimentos fora do hospital.	X				N/A
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Cultura centrada no médico/procedimento/hospital.	X				N/A
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Interesses econômicos e políticos poderosos induzem tecnologias duras e desprezam tecnologias leves.				X	Priorização das tecnologias duras em detrimento do próprio processo de cuidado; priorização da tecnologia dura em detrimento da adequação da formação dos profissionais para atuar no cuidado domiciliar.
Observações. Justificativa global: Necessário reformular a formação dos profissionais para permitir melhorias no cuidado prestado ao usuário e nas orientações ofertadas ao cuidador.						
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Fragilidade de ações educacionais contínuas: formação de profissionais e ações permanentes de educação em saúde no âmbito do cuidado domiciliar.		X			Oliveira Neto; Borges, 2014; Silva et al., 2021
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Questões culturais que acabam resultando em uma desconfiança na capacidade de atendimento de certos grupos de pacientes, especialmente aqueles que demandam cuidados mais complexos. Necessidade de adaptar as práticas hospitalares na casa do paciente e posicionamento dos profissionais nesse contexto.		X			N/A
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Necessidade de revisão na formação com relação aos cuidados que podem ser prestados no domicílio.		X			Observação. Este item está diretamente relacionado ao item 1. Silva et al., 2020
Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Insegurança dos cuidadores quanto a horários, doses, reações adversas, indicações e cuidados na administração dos medicamentos pela fragilidade de ações de educação em saúde. Os cuidadores relatam acúmulo de stress e tarefas com a sobrecarga da dedicação exclusiva;		X			Maldonado, 2019 Andrade et al., 2017

Avaliação do programa na perspectiva do usuário	Uso da tecnologia leve/dura no domicílio, negociação do como cuidar com os familiares, ambiente externo ao domicílio.		X			Misawa et al., 2018; Almeida et al., 2012; Carvalho et al., 2015; Savassi, 2016; Neves, 2019; Nogueira Reis, 2017; Maldonado, 2019; Pozzoli & Cecilio, 2019; Silva et al., 2020;
Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ IPEA:						
Perfil do usuário	Cuidado inadequado para condições crônicas	X				
Perfil do usuário	Mudança no perfil epidemiológico				X	Mudança no perfil de doenças infectocontagiosas para doenças degenerativas;
Perfil do usuário	Aumento nas condições crônicas e incapacitantes	X				N/A
Perfil do usuário	Aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional	X				N/A
Perfil do usuário	Mudanças de hábito e condições de vida (sedentarismo, violência)	X				N/A
: Observação 1. Domínio com descrição detalhada dos itens para escolha da equipe Observação 2. Justificativa global: Necessário estabelecer um melhor delineamento do perfil do programa, que consiga alcançar os diversos perfis de pacientes que podem demandar o atendimento domiciliar. Estabelecer os critérios de forma mais clara que auxilie na identificação adequada dos pacientes, na prestação do cuidado e na resolução dos problemas relacionados ao mau uso do leito hospitalar.						
Perfil do usuário	Delineamento insuficiente do perfil dos usuários em cuidados paliativos e inserção mais clara desse perfil no programa, com consequente necessidade de estruturação e capacitação para atendimento desse perfil de pacientes;		X			Obs. Item tem relação com o que foi descrito no domínio PMC e cuidados paliativos.
Perfil do usuário	No contexto da pandemia, houve aumento de pacientes com necessidade de oxigenoterapia domiciliar, além de outras condições (AVC, diabetes, entre outras); esses pacientes não estão assistidos pelo PMC;		X			N/A
Perfil do usuário	Ausência de descrição clara no PMC do cuidado de pacientes pediátricos com necessidade de atendimento domiciliar, gerando uma lacuna para esse grupo de pacientes;		X			N/A
Perfil do usuário	Necessidade de uma melhor descrição do perfil atendido pelo programa, que não deve estar focado em um grupo etário, mas assistir as necessidades dos pacientes independentemente da idade, atendendo a todos os ciclos de vida.		X			Braga et al., 2016; Borges Júnior, 2018; Rajão; Martins, 2020
Perfil do usuário	Necessidade de melhor delineamento do nível de complexidade do atendimento, de acordo com as mudanças do perfil epidemiológico e ciclo de vida da população.		X			Meloni, 2015

Causas presentes na Árvore de Problema do documento/ IPEA						
Crítérios de elegibilidade	Dificuldade de interlocução e integração da rede de atenção à saúde	X				
Crítérios de elegibilidade	Cobertura insuficiente da Atenção Básica				X	Obs. Proposta de revisão abaixo;

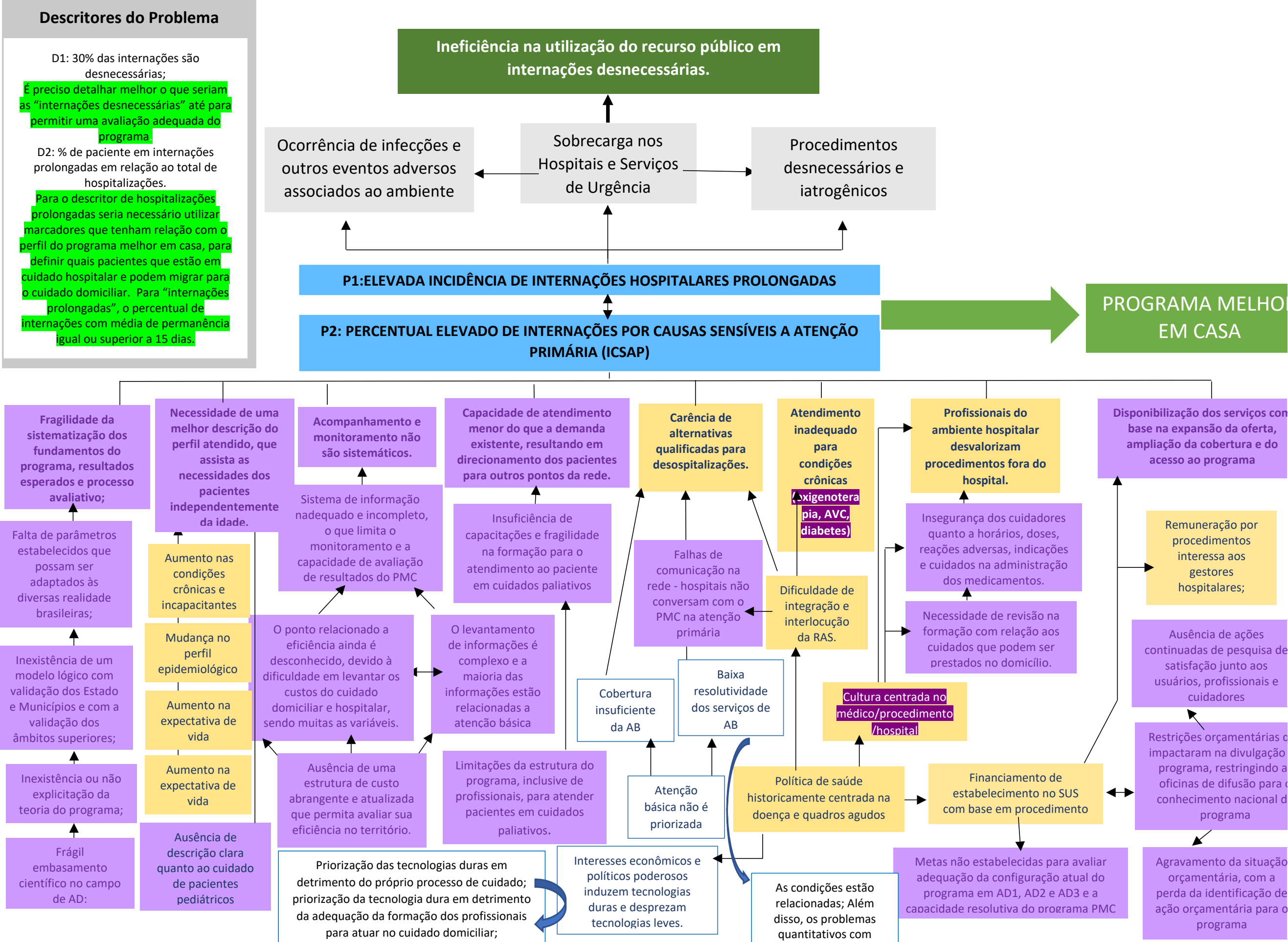
Critérios de elegibilidade	Atenção básica não é priorizada				X	As condições estão relacionadas; além disso, os problemas quantitativos com relação ao número de profissionais disponíveis e qualitativos, com relação às deficiências na formação, impactam na eficiência do programa.
Critérios de elegibilidade	Baixa resolutividade dos serviços de Atenção Básica				X	Observação. Proposta de revisão acima;
: Obs. Justificativa global: A rede desarticulada impacta diretamente no problema central do programa;						
Critérios de elegibilidade	Falha na conformação da rede de atendimento, gerando um modelo hospitalocêntrico.		X			Carvalho et al., 2018
Critérios de elegibilidade	Falhas de comunicação na rede - hospitais não conversam com o PMC na atenção primária – sendo necessário regulação que converse com o hospital e a atenção básica, para permitir a identificar os pontos de atenção para aquele paciente que se inclua nos critérios de cuidado domiciliar; A rede desarticulada impacta diretamente no problema central do programa.		X			Oliveira et al., 2012;
Critérios de elegibilidade	Metas não estabelecidas para avaliar adequação da configuração atual do programa em AD1, AD2 e AD3 e a capacidade resolutiva do programa, entretanto há uma dificuldade importante em estabelecer essas metas, que se deve em parte ao diversificado perfil de pacientes atendidos, e a dificuldade de estabelecer e coletar indicadores que possibilitem a avaliação.		X			Oliveira et al., 2012;

Apêndice 6. Modificações no problema central e em seus descritores

PROBLEMA	Proposta			Comentários, justificativas, proposta de nova redação (Quando a proposta for rever, incluir a nova proposta de redação OU assinalar X nas já apresentadas se concordar)
	Incluir	Manter	Rever	
Internações hospitalares prolongadas e/ou internações hospitalares desnecessárias			x	Internações hospitalares prolongadas e internações hospitalares desnecessárias () Obs: Desmembrar o problema em duas categorias de análise e fazer as análises separadas de acordo com essas categorias, com focos e operacionalizações distintas. Desmembrados os dois problemas na tentativa de termos, no modelo lógico planejado, ações, produtos e resultados intermediários distintos. SIM () NÃO (x)
CONSEQUÊNCIAS				
Sobrecarga nos hospitais e urgências		X		
Ineficiência do uso de recursos com atendimentos hospitalares indevidos		X		
Procedimentos hospitalares desnecessários e iatrogênicos		X		
Ocorrência de infecções e outros eventos adversos associados aos cuidados hospitalares		X		
EVIDÊNCIAS				Obs: As evidências são ou não os descritores do problema? SIM (x) NÃO ()
D1: 30% das internações são desnecessárias;			x	D1: Os descritores D1 e D2 são genéricos. É preciso detalhar melhor o que seriam as “internações desnecessárias” até para permitir uma avaliação adequada do programa. Proposto para descritor “Internações desnecessárias” o percentual de ICSAP sobre todas as internações realizadas em um mesmo período. SIM (x) NÃO ()
D2: % de paciente em internações prolongadas em relação ao total de hospitalizações;			x	D2: Para o descritor de hospitalizações prolongadas seria necessário utilizar marcadores que tenham relação com o perfil do Programa Melhor em Casa, para definir quais pacientes que estão em cuidado hospitalar e podem migrar para o cuidado domiciliar. Para “internações

				prolongadas”, o percentual de internações com média de permanência igual ou superior a 15 dias. SIM (x) NÃO () Obs. Necessário definir quais as situações que perfazem o perfil do PMC, para melhor definir esse indicador, estabelecendo dessa forma um filtro que possibilite identificar as internações prolongadas que poderiam ser suscetíveis de desospitalização.
--	--	--	--	---

Modelo 1



As causas em laranja foram retiradas da árvore de problemas elaborada pelo IPEA (2018). **As causas destacadas em roxo** foram levantadas a partir da revisão de literatura. Para as causas **destacadas em quadros** brancos foram sugeridas modificações de texto.

Principais sugestões presentes na primeira versão da árvore de problemas:

1. Separação do problema principal em dois problemas, sendo eles:

P1: Elevada incidência de internações hospitalares com permanência prolongada;

P2: Percentual elevado de internações por causas sensíveis a atenção primária (ICSAP).

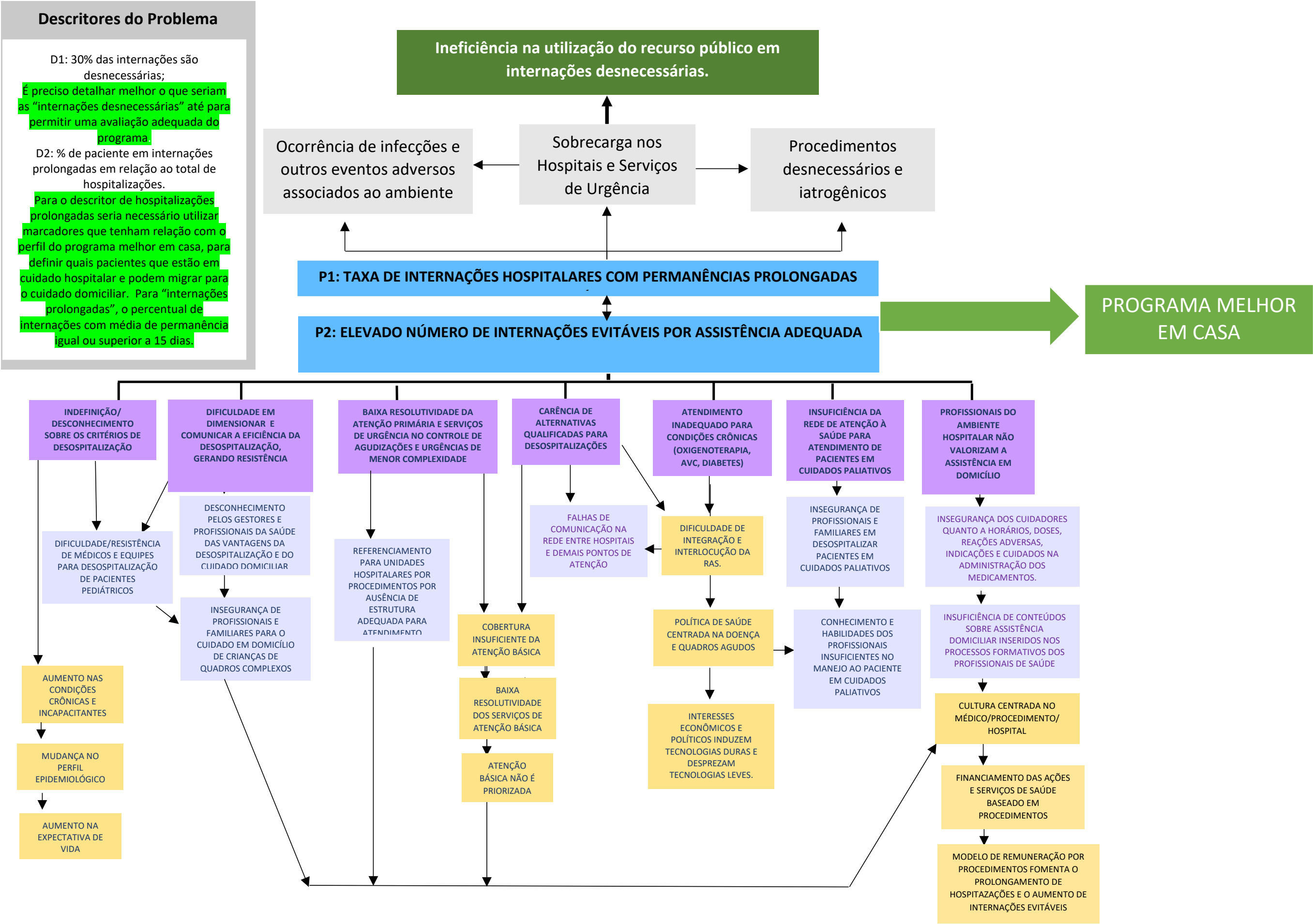
Essa sugestão teve o objetivo de conferir maior capacidade resolutiva para cada um dos problemas;

2. Modificação nos descritores do programa, para dar maior clareza e especificidade;

3. Mudanças na redação dos problemas principais, a saber:

P1: Elevada incidência de internações hospitalares com permanência prolongada à Taxa de internações hospitalares com permanências prolongadas;

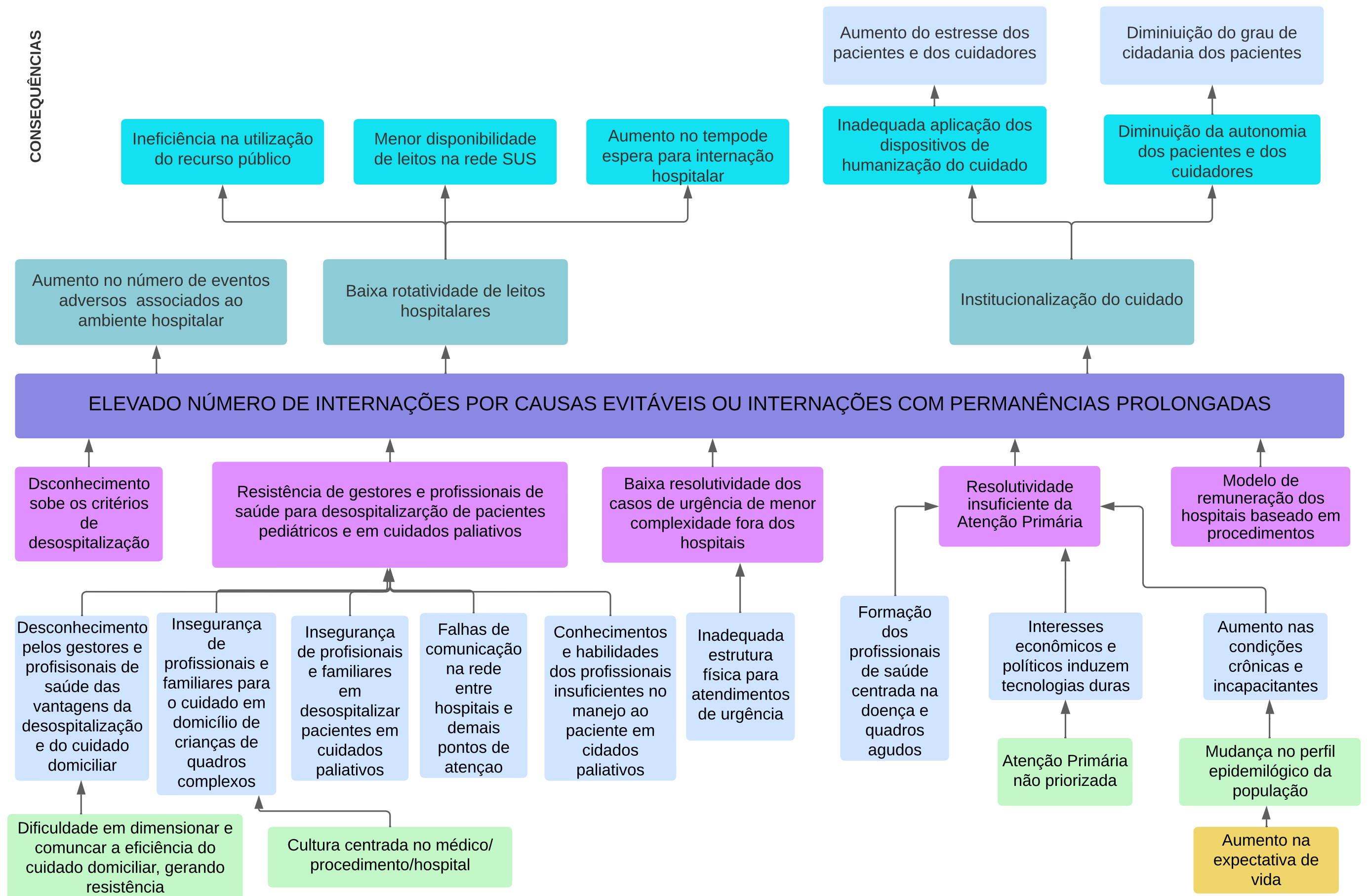
P2: Percentual elevado de internações por causas sensíveis a atenção primária (ICSAP) à Elevado número de internações evitáveis por assistência adequada;



As modificações solicitadas que levaram a construção deste segundo modelo estão descritas abaixo:

1. Reorganização dos problemas principais em um problema único, conforme as orientações do documento norteador de avaliações de políticas *ex post* (2018);
2. Reorganização da ordem de encadeamento das setas.

ÁRVORE DE PROBLEMAS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA



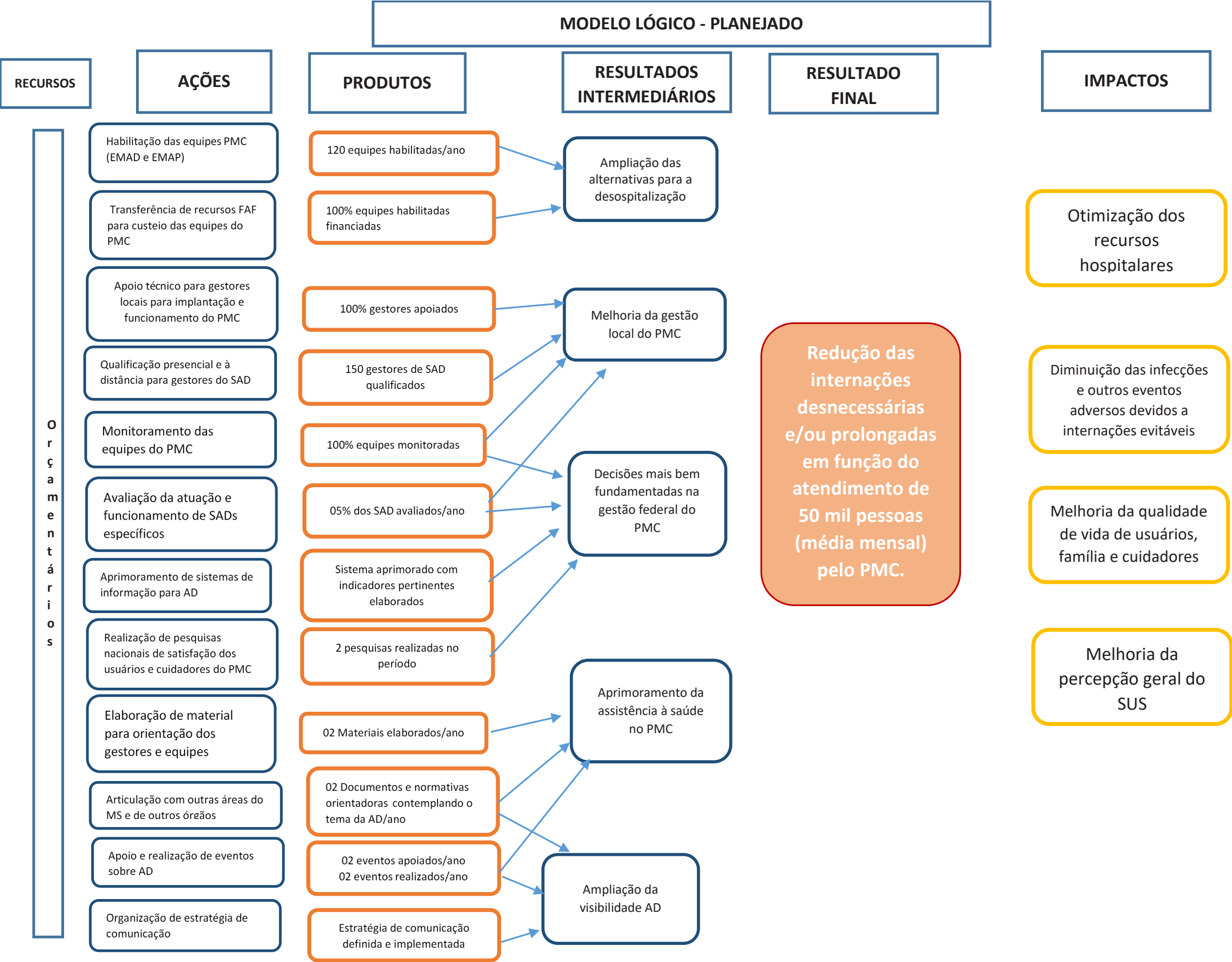
Principais considerações que resultaram no 3º modelo da árvore de problemas:

1. Realizada uma realocação de causas;
2. Realizadas modificações na escrita de algumas causas;
3. Reorganização de uma das causas como causa primária;
4. Adição de consequências relacionadas ao problema principal.

Algumas causas presentes na terceira versão do documento não apareceram correlacionadas às demais causas na árvore após a revisão da área técnica do MS, a saber:

- **ATENDIMENTO INADEQUADO PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS (OXIGENOTERAPIA, AVC, DIABETES)** – Anteriormente descrita como causa primária;
- **PROFISSIONAIS DO AMBIENTE HOSPITALAR NÃO VALORIZAM A ASSISTÊNCIA EM DOMICÍLIO** - Anteriormente descrita como causa primária;
- **INSUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS** - Anteriormente descrita como causa primária;
- **CARÊNCIA DE ALTERNATIVAS QUALIFICADAS PARA DESOSPITALIZAÇÕES** - Anteriormente descrita como causa primária;
- **INSEGURANÇA DOS CUIDADORES QUANTO A HORÁRIOS, DOSES, REAÇÕES ADVERSAS, INDICAÇÕES E CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS** – Anteriormente descrita como causa secundária;
- **FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADO EM PROCEDIMENTOS** - Anteriormente descrita como causa secundária;
- **DIFICULDADE DE INTEGRAÇÃO E INTERLOCUÇÃO DA RAS** - Anteriormente descrita como causa secundária;

Apêndice 8. Modelos lógicos prévios (IPEA 2018 e MS 2019)



Fonte: IPEA, 2018

PROGRAMA MELHOR EM CASA

PROBLEMA

Elevada incidência de internações hospitalares prolongadas e/ou desnecessárias

OBJETIVO

Redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência dos usuários internados



PÁG. 86/90

	CAUSAS	RECURSOS	AÇÕES	PRODUTOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
1.	Carência de alternativa qualificada para desospitalização	• Orçamentários	Habilitação das equipes PMC (EMAD e EMAP) Transferência de recursos FAF para custeio das equipes do PMC	Equipes PMC (EMAD e EMAP) habilitadas Equipes habilitadas custeadas	Ampliação das alternativas de desospitalização	REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES DESNECESSÁRIAS E/OU PROLONGADAS EM FUNÇÃO DO ATENDIMENTO DE 50 MIL PESSOAS (MÉDIA MENSAL) PELO PMC
2.	Profissionais do ambiente hospitalar desvalorizam atendimento fora do hospital	• Orçamentários	Apoio técnico para gestores locais para implantação e funcionamento do PMC Qualificação presencial e à distância para gestores do SAD	Gestores locais para implantação e funcionamento do PMC apoiados Gestores do SAD qualificados	Melhoria da gestão local do PMC	
3.	Modelo de financiamento do SUS e gestão do PMC	• Orçamentários	Avaliação da atuação e funcionamento de SAD específicos Equipes do PMC monitoradas Aprimoramento de Sistemas de Informação para AD Realização de pesquisas nacionais de satisfação dos usuários e cuidadores do PMC	SAD avaliados % das equipes monitoradas Sistema implementado com indicadores adequados elaborados Sistema de informações para AD implementado com indicadores elaborados	Decisões mais bem fundamentadas na gestão federal do PMC	
4.	Cuidado inadequado para condições crônicas	• Orçamentários	Elaboração de material para orientação de gestores e profissionais das equipes Articulação com outras áreas do Ministério e outros órgãos	Materiais para orientação de gestores e profissionais das equipes elaborados Documentos e normativas orientadores contemplando o tema de atendimento domiciliar	Aprimoramento da assistência à Saúde no PMC	
5.	Carência de alternativa qualificada para desospitalização	• Orçamentários	Apoio e realização de eventos sobre AD Organização da estratégia de comunicação	Eventos sobre AD realizados e apoiados Estratégia de Comunicação definida e implementada	Ampliação da visibilidade do AD	

Fonte: Ministério da Saúde, 2019

OBJETIVO: Redução da demanda por atendimento hospitalar

CAUSAS

- 1. BAIXA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO CONTROLE DE AGUDIZAÇÕES E URGÊNCIAS DE MENOR COMPLEXIDADE;
- 2. CARÊNCIA DE ALTERNATIVAS QUALIFICADAS PARA DESOSPITALIZAÇÕES;
- 3. ATENDIMENTO INADEQUADO PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS (OXIGENOTERAPIA, AVC, DIABETES);
- 4. INSUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.

INSUMOS	PROCESSOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
SAD, EMAD e EMAP Recursos orçamentários	Estimular a habilitação de equipes EMAP e EMAD	Aumento na oferta de alternativa qualificada para desospitalizações;	Redução de internações por causas sensíveis a atenção primária;
	Ampliar o apoio técnico para gestores para implantação e manutenção do funcionamento do PMC	Qualificação da gestão municipal do Programa Melhor em Casa;	
	Promover atividades de matriciamento para qualificação dos gestores	Qualificação da gestão municipal do Programa Melhor em Casa;	
	Fomentar a capacitação de profissionais e a adequação da formação para atuação no domicílio	Capacitação da rede para atendimento domiciliar;	
	Fornecer apoio matricial e realizar reuniões conjuntas para maior resolutividade da AB	Fortalecer a atenção primária e aumentar a resolutividade no controle de agudizações e urgências de menor complexidade;	
	Monitorar a transferência de recursos FAF para custeio das equipes e outras despesas	Manutenção das equipes.	

OBJETIVO: Redução do período de permanência de usuários internados

CAUSAS:

- 1. INDEFINIÇÃO/DESCONHECIMENTO SOBRE OS CRITÉRIOS DE DESOSPITALIZAÇÃO;
- 2. DIFICULDADE EM DIMENSIONAR E COMUNICAR A EFICIÊNCIA DA DESOSPITALIZAÇÃO, GERANDO RESISTÊNCIA;
- 3. CARÊNCIA DE ALTERNATIVAS QUALIFICADAS PARA DESOSPITALIZAÇÕES;
- 4. ATENDIMENTO INADEQUADO PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS (OXIGENOTERAPIA, AVC, DIABETES);
- 5. INSUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS;
- 6. PROFISSIONAIS DO AMBIENTE HOSPITALAR NÃO VALORIZAM A ASSISTÊNCIA EM DOMICÍLIO.

INSUMOS	RECURSOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
Módulo/fluxo/sistema de Regulação	Fortalecer a comunicação entre os pontos de atenção da RAS e o SAD através de um fluxo regulatório	Melhor direcionamentos dos pacientes elegíveis para o SAD dentro da RAS	Redução das internações hospitalares prolongadas;
	Fortalecer divulgação na RAS do perfil de pacientes elegíveis pelo PMC	Ampliação da visibilidade do melhor em casa;	
	Elaborar material informativo sobre os SAD para divulgação nas unidades hospitalares	Maior conhecimento do programa;	
	Capacitar profissionais e cuidadores para o cuidado de pacientes crônicos, incluindo em cuidados paliativos, no domicílio	Qualificação de cuidados a pacientes crônicos e em cuidados paliativos;	
	Criação de equipe de busca ativa de acordo com o perfil elegível	Identificação de pacientes elegíveis para os SAD nos serviços hospitalares	
Recursos orçamentários			

OBJETIVO: Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários

CAUSAS

- 1. DIFICULDADE EM DIMENSIONAR E COMUNICAR A EFICIÊNCIA DA DESHOSPITALIZAÇÃO, GERANDO RESISTÊNCIA;
- 2. INSUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS;
- 3. PROFISSIONAIS DO AMBIENTE HOSPITALAR NÃO VALORIZAM A ASSISTÊNCIA EM DOMICÍLIO.

INSUMOS	PROCESSOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
Ampliação e aperfeiçoamento dos RH Educação Continuada Recursos Orçamentários	Capacitar profissionais e cuidadores quanto habilidades e competências para atuação em ambiente domiciliar	Qualificação do cuidado aos pacientes.	Melhorar a qualidade da Assistência domiciliar e ampliar a satisfação dos usuários atendidos por esses serviços.
	Fomentar a inclusão de conteúdos sobre o cuidado domiciliar em curso de graduação da área de Saúde	Readequação do modelo de Atenção à saúde, com priorização dos cuidados domiciliares.	
	Intensificar a realização de estudos e pesquisas de satisfação	Obter dados para dimensionar eficiência dos SAD	

OBJETIVO: Desinstitucionalização (descentralização/redirecionamento /realocação) e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS

CAUSAS:

- 1. DIFICULDADE EM DIMENSIONAR E COMUNICAR A EFICIÊNCIA DA DESOSPITALIZAÇÃO, GERANDO RESISTÊNCIA
- 2. BAIXA RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SERVIÇOS DE URGÊNCIA NO CONTROLE DE AGUDIZAÇÕES E URGÊNCIAS DE MENOR COMPLEXIDADE
- 3. CARÊNCIA DE ALTERNATIVAS QUALIFICADAS PARA DESOSPITALIZAÇÕES
- 4. ATENDIMENTO INADEQUADO PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS (OXIGENOTERAPIA, AVC, DIABETES)
- 5. INSUFICIÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

INSUMOS	PROCESSOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADOS FINAIS
Sistema de informação Recursos Orçamentário	Revisar as funcionalidades do sistema de informação vigente de modo a facilitar a alimentação do sistema pelas equipes EMAP e EMAD;	Ampliação da capacidade de levantamento de dados e análise de resultados; Avaliação da eficiência do programa;	Melhorias no PMC e na capacidade de dimensionar sua resolutividade;
	Remodelar o sistema de informação vigente, para permitir análise de custos e eficiência;	Possibilidade de estabelecer novos indicadores e corrigir problemas no PMC.	

Figura 1. Modelo lógico do Programa Melhor em casa, 2022.

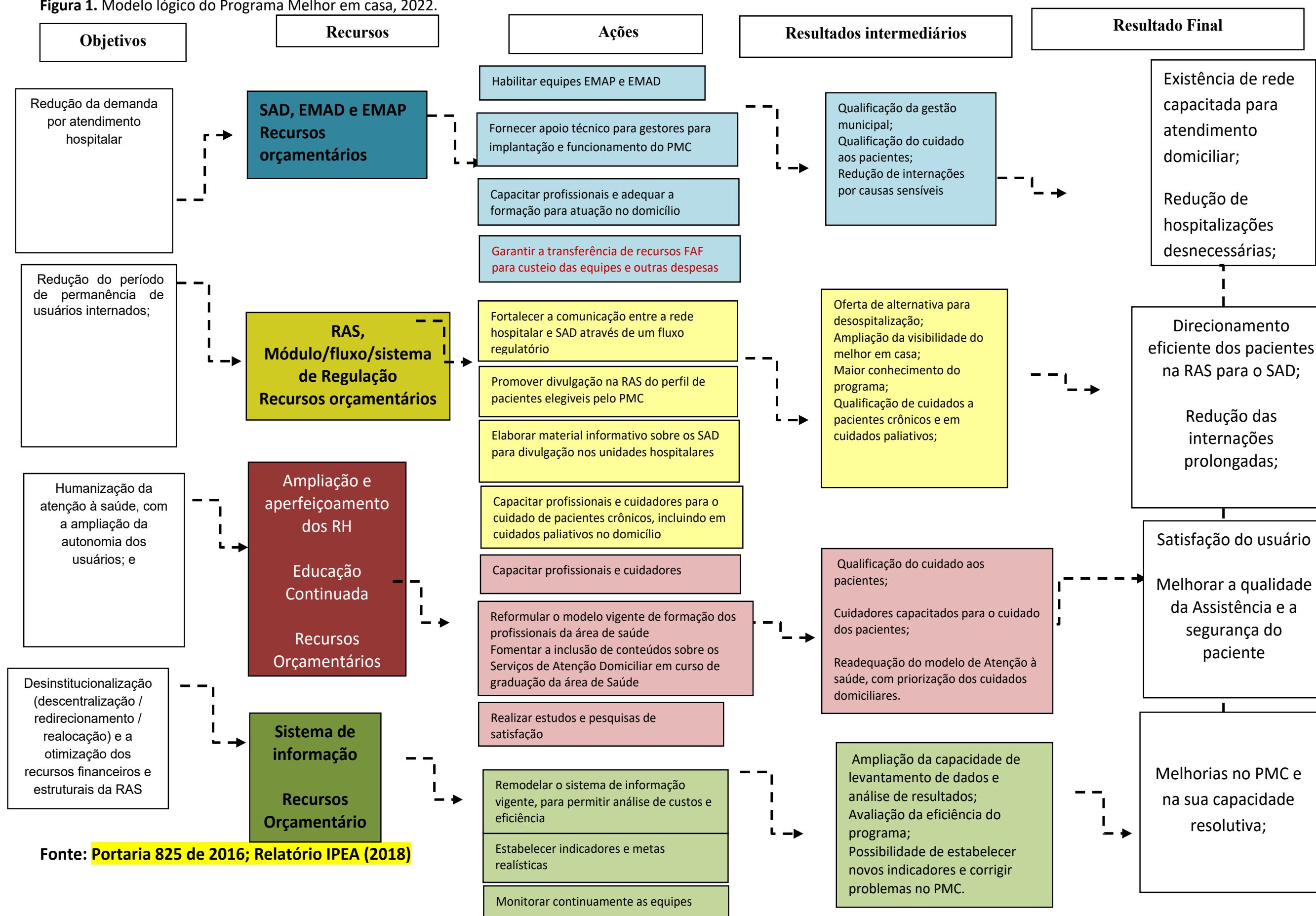
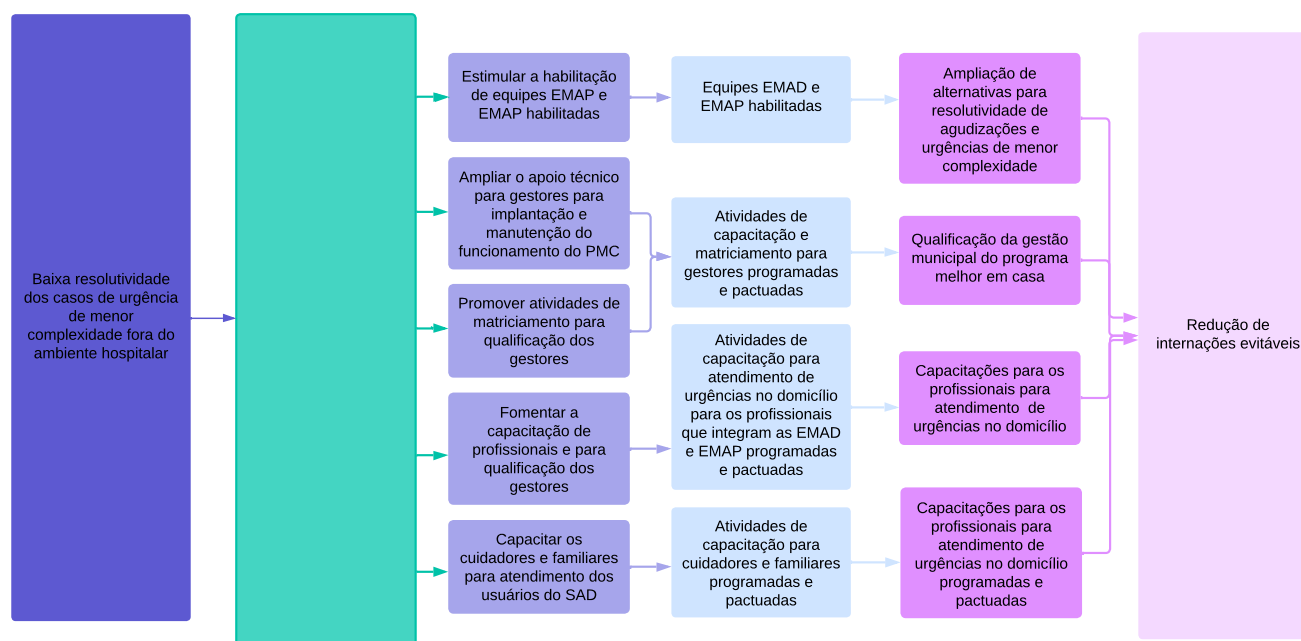
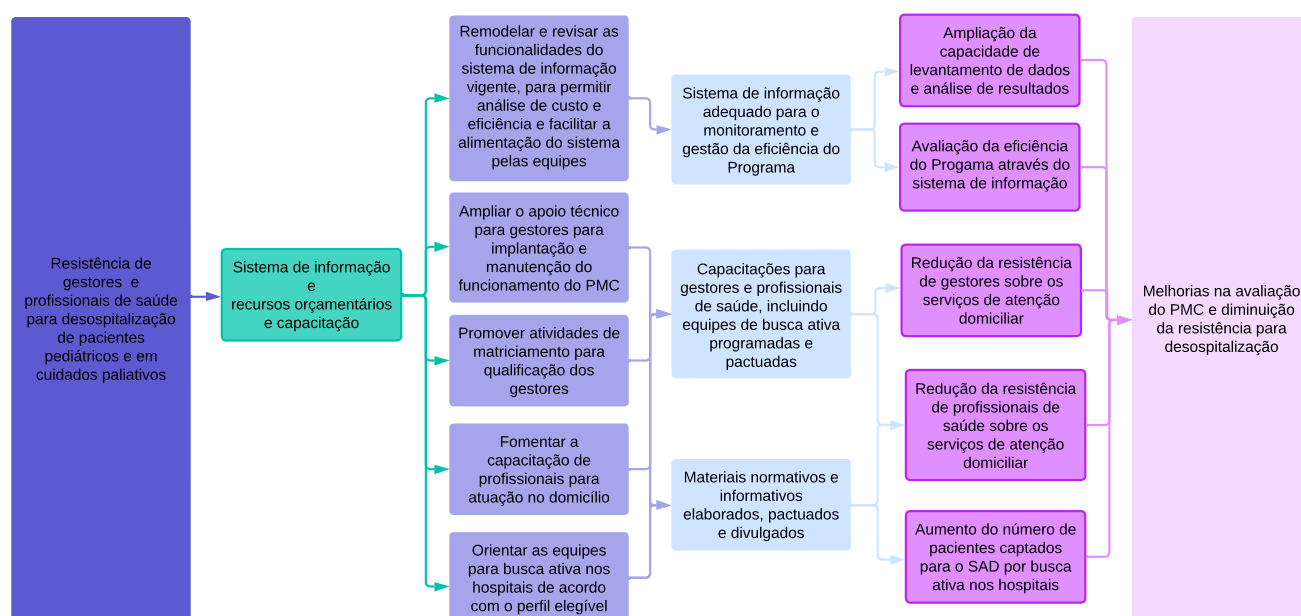
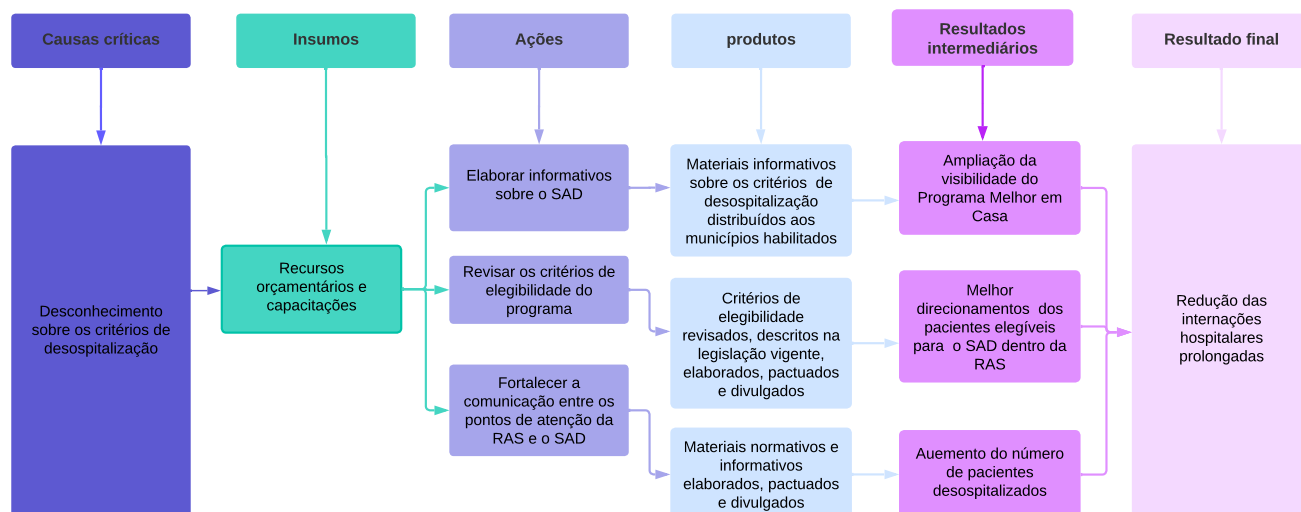
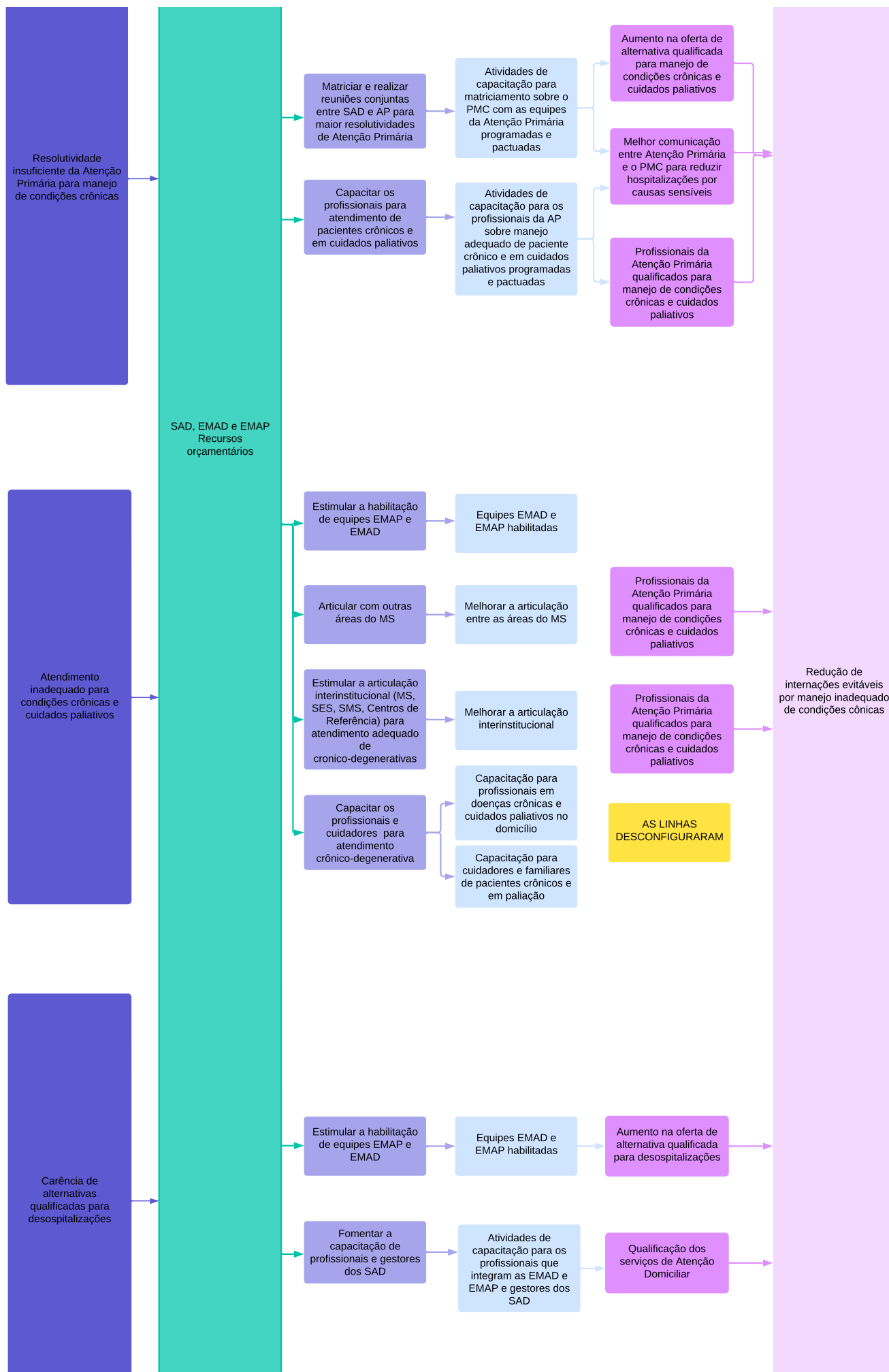


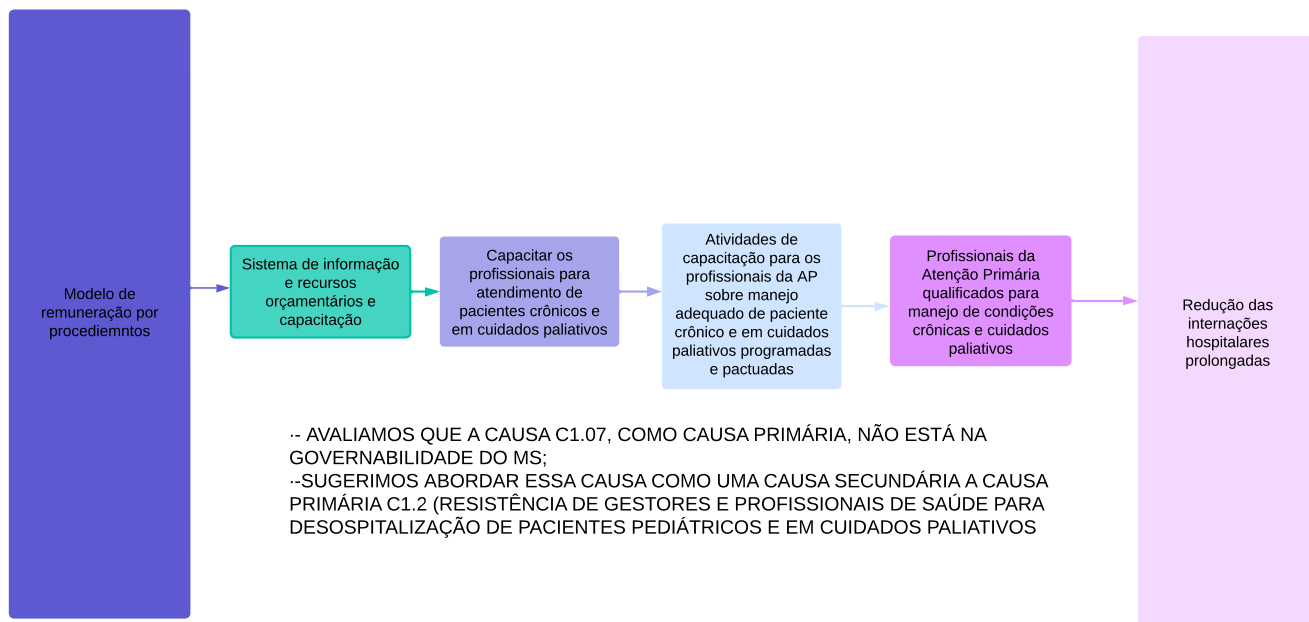
Figura 4. Modelo lógico do Programa Melhor em casa, 2022.



MODELO LÓGICO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

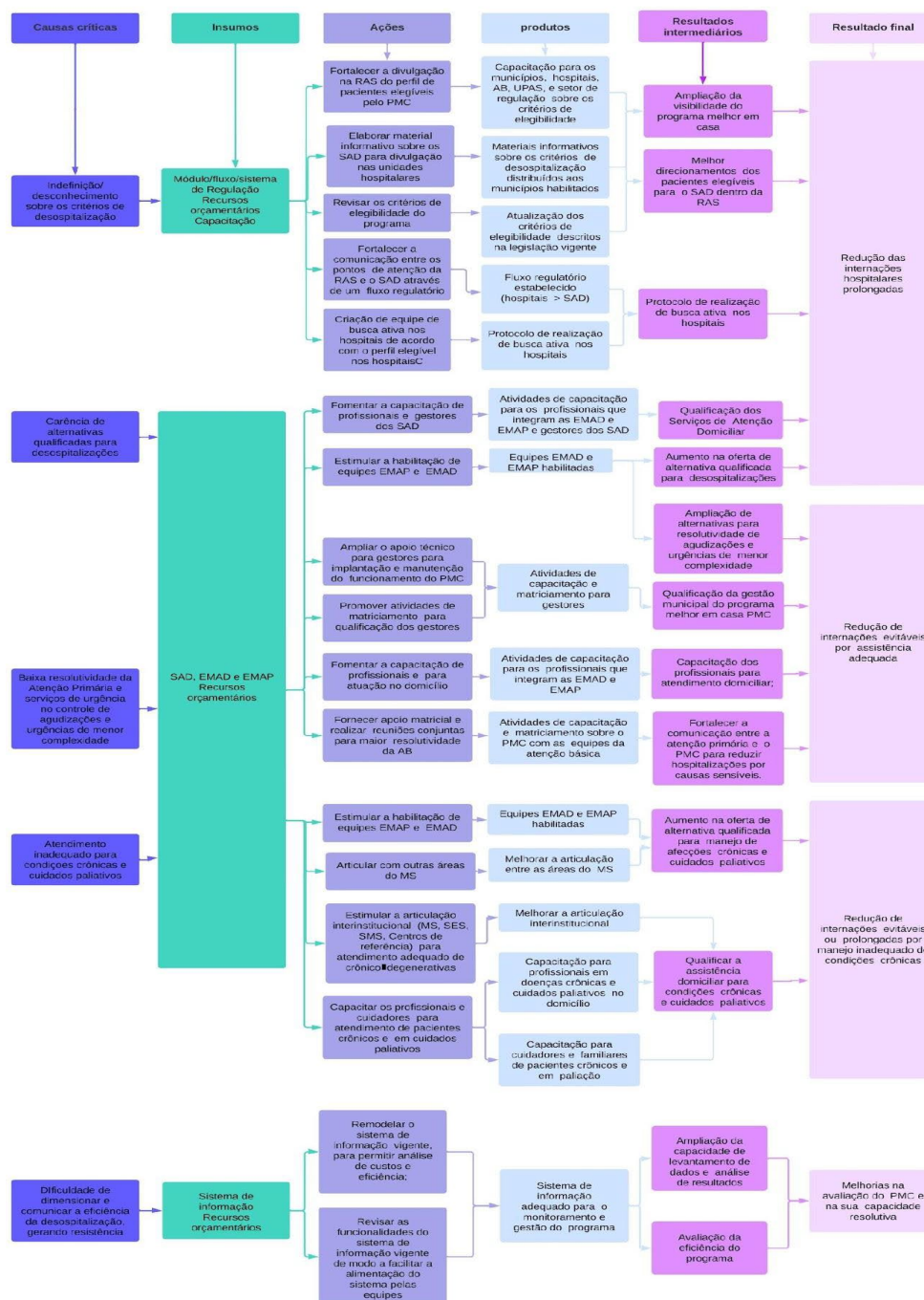






FONTE: Elaboração própria, 2022.

MODELO LÓGICO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA



FONTE: Elaboração própria, 2022.

Apêndice 10. Indicadores sugeridos para os quais não havia viabilidade de monitoramento

INDICADORES DE PRODUTO	
Indicador	Critério para remoção
Número de publicações com orientações sobre realização de busca ativa nos hospitais	Não está sob gerência da gestão do programa.
Número de oficinas de capacitação e matriciamento para gestores do SAD	Não está sob gerência da gestão do programa.
% de equipes que realizaram atividades de capacitação para cuidadores e familiares no período	Necessário reformulação do sistema para atender ao indicador.
% de SAD que realizaram atividades de matriciamento com a APS	Necessário reformulação do sistema para atender ao indicador.
Tempo de permanência do usuário no SAD	Necessário reformulação do sistema para atender ao indicador.
INDICADOR DE RESULTADO INTERMEDIÁRIO	
% de equipes de SAD monitoradas quanto aos critérios de desempenho semestralmente obtidas através do SISAB-AD	Não há viabilidade ou não está sob a gestão do programa.
% de equipes de SAD monitoradas quanto aos critérios de desempenho semestralmente obtidas através do SISAB-AD	Não há viabilidade ou não está sob a gestão do programa.
% de SAD com resultado de Pesquisa de Satisfação do Usuário informado mensalmente no Sistema de Informação	Não há viabilidade ou não está sob a gestão do programa.
% de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviço de urgência por grupo de CID;	Necessário reformulação do sistema para atender ao indicador.
% de admissão de pacientes em AD em condições crônicas e cuidados paliativos no período	Necessário reformulação do sistema para atender ao indicador.
INDICADORES DE RESULTADO FINAL	
% de pesquisas de avaliação da qualidade do sistema com avaliação satisfatória realizadas com as equipes e com a gestão do programa	Não há viabilidade ou não está sob gerência da gestão do programa.
Redução da média de permanência hospitalar por agravo dos usuários admitidos no SAD no período	Não há viabilidade ou não está sob gerência da gestão do programa.
% de internações hospitalares por causas evitáveis de residentes em municípios com SAD implantados	Necessitam de uma melhor definição de quais seriam as causas consideradas evitáveis e o que seria o manejo inadequado de condições crônicas para então direcionar o monitoramento.
% de internações hospitalares evitáveis por manejo inadequado de condições crônicas	Necessitam de uma melhor definição de quais seriam as causas consideradas evitáveis e o que seria o manejo inadequado de condições crônicas para então direcionar o monitoramento.

Apêndice 11. Roteiro para entrevista semiestruturada sobre o Programa Melhor em Casa

Relação com o programa

Questão 1. Descreva sua relação com o Programa Melhor em Casa (em uma perspectiva histórica).

Objetivos e ações do programa

Questão 2. Dos problemas que o Programa Melhor em Casa visava resolver, em sua experiência, quais considera que houve melhores resultados?

Possíveis elementos a serem explorados:

- Sobrecarga nos Hospitais e Serviços de Urgência;
- Percentual elevado de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária;
- Cuidado na APS Inadequado para o manejo das Condições Crônicas;
- Elevada Incidência de Internações Hospitalares prolongadas;
- Inexistência de modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;
- Cultura centrada no médico/procedimento/hospital;
- Fragmentação da assistência sem garantia da continuidade dos cuidados entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Questão 3. Das estratégias centrais do PMC, em sua experiência, quais você considerou que foram melhor implementadas?

Possíveis elementos a serem explorados:

- Compor a Rede de Atenção às Urgências, estruturado de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde;
- Contribuir com a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários;
- Estar incorporado ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- Estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário reduzindo a fragmentação da assistência;
- Contribuir para a humanização da atenção;
- Desenvolver um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio;

- Adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador;
- Reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar.

Estruturação do programa

Questão 4: Durante a sua experiência no PMC, com relação a estruturação do programa, o que você considerava necessário alterar?

Possíveis elementos a serem explorados:

- Critério para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em municípios com mais de 20.000 habitantes;
- Possibilidade de agrupamento de municípios para atingir ao critério populacional mínimo;
- Municípios com mais de 40.000 habitantes obrigatoriamente devem dispor de a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferente do SAMU 192;
- Composição profissional e carga horária mínima de EMAD e EMAP;
- N° de usuários de referência para o funcionamento da EMAD Tipo 1 (60) e EMAD Tipo 2 (30);
- Abrangência de cada EMAD- 100 mil habitantes;
- Critérios para acesso às modalidades AD1, AD2 e AD3;
- Horário de funcionamento das 07 as 19 horas com escala de plantão para finais de semana;
- É possível a inclusão de usuários em ventilação mecânica contínua?
- Obrigatoriedade de visita semanal a 100% dos usuários;
- Há dificuldades para dispor de procedimentos previstos para AD3 em função do porte do município?

Questão 5: Durante o período de atuação no PMC havia articulação entre os entes federados objetivando a efetividade desse programa?

Questão 8: Da mesma forma, existia co-financiamento estadual e/ou municipal para o custeio dos serviços de atenção domiciliar?

Monitoramento

Questão 10: Durante o período em que atuou no PMC, como era realizado o monitoramento do programa no âmbito federal? Como se dava o monitoramento das metas? quem fazia e como?

Questão 12: Você conhece algum estudo de custo comparativo entre o SAD e a atenção hospitalar? Conhece comparativos de custo que demonstrem a eficiência dos SAD?



ALVES, R. F., et al. Cuidados paliativos: desafios dos cuidadores e profissionais de saúde. *Fractal: Rev Psicol.* 2015;27(2):165-76. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/943>

ASSIS A. S, CASTRO-SILVA C.R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. *Physis* 28 (03), 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 247, de 22 dez. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. p.11-13.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 208, de 28 out. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Decreto No.11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2022/decreto-11098-20-junho-2022-792849-publicacaooriginal-165561-pe.html> Consultado em 12 de novembro de 2022.

_____. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Relatório final da elaboração do modelo lógico do Programa Melhor em Casa. 2018.

_____. Lei No. 13.971, de 27 de dezembro de 2019, Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. Disponível em <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/Lein13.971de27dedezembrode2019.pdf>. Consultado em 13 de setembro de 2022.

_____. Ministério da Fazenda. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 825 de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016.

_____. Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal – SIOP. 2019.

CARVALHO G. A. F. L., et al. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. *Texto contexto - enferm.* 27 (2) , 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005740016>

CASTRO, E. A. B. de et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 39, 2018.

DIAS, A. P. M; VIEIRA, E. F; GOMES, E. R. Declaração de óbito domiciliar na Atenção Primária à Saúde: acolhendo a morte no lar. *Interface* 24, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190873>

FUNCIA, F. (DES) Financiamento do SUS: o que fazer? Artigos e Entrevistas. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2022.

GALLASSI, Caio Vaciski et al. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. *ABCS Health Sciences*, v. 39, n. 3, 2014.

GUERRA, Sofia et al. Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

HEY, A; HERMANN, A.P; MERCÊS, N. N. A; LACERDA, M. R. Participação da enfermeira nos cuidados paliativos domiciliares. **Remex: Revista Mineira de Enfermagem**, 2017. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170010>.

MAIA, Érica Catarine Ataíde. **Práticas de cuidado dos profissionais de saúde na Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids**. 2018.

MALDONADO, T. C. P. **“Melhor em Casa?” A resiliência do profissional frente a prática do atendimento domiciliar**. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, p. 67. 2019.

MARIN, Maria José Sanches et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4357-4365, 2011.

MARINHO, A., OCKÉ-REIS, C.O. SUS: O debate em torno da eficiência. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2022.

MELONI, Diego Roberto. Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. [Dissertação]. 158p.

MISAWA, F. et al. Necessidades dos cuidadores de pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018.

NEVES, A. C. O. J, et al. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

NIETSCH E. A., et al. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. **Revista de Enfermagem Referência**, 2013. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12137>

NISHIMURA, F.; CARRARA, A. F.; FREITAS, C. E. Effect of the Melhor em Casa program on hospital costs. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 104, 2019.

OLARIO P. S, et al. Desospitalização em cuidados paliativos: Perfil dos usuários de uma unidade no Rio de Janeiro/ Brasil. **Cogitare Enferm.** (23)2: e53787, 2018 <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53787>.

OLIVEIRA NETO, A. V; BORGES DIAS, M. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. N. 51, Rio de Janeiro, outubro de 2014.

OLIVEIRA NETO, A. V. **Análise do Programa Melhor em Casa: Um olhar sobre a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, p. 161. 2016.

OLIVEIRA NETO, A. V.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Revista: Divulg. saúde debate**. Rio de Janeiro, n. 51, Outubro de 2014.

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. **Texto contexto - enferm.** 21 (3), Set 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300014>.

OLIVEIRA, R. S. M. **Os processos de trabalho do programa de atenção domiciliar (PAD) da região centro sul em Belo Horizonte**. 2012.

PAIVA, F. F. S.; ROCHA, A. M.; CARDOSO, L. D. F.. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1452-1458, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600025>

PEREIRA, P. B. A. **Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PIOLA, S.F., BENEVIDES, R.P., VIEIRA, F.S. Consolidação do Gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde: Trajetória e Percalços no Período de 2003 a 2017. Textos para Discussão 2.439, Ipea, Brasília, 2018.

POZZOLI, S. M. L.; CECILIO, L. C. O.. Cartografia de um serviço de atenção domiciliar e seus planos de visibilidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1863-1877, 2020.

REIS, G. F. M. et al. Análise de custos de um serviço de atenção domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. **Ciênc. cuid. saúde**, p. e58959-e58959, 2021.

RIBEIRO A.L, et al. A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. **Rev Rene**, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000300015

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

SENA, R. R. Atenção domiciliar: oportunidades e desafio para a enfermagem. **REME rev. min. enferm**, p. 268-269, 2014. Editorial.

SILVA, A. E. et al. A produção de cuidados paliativos por profissionais de saúde no contexto da assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.

SILVA, A. E. et al. Desafios nos modos de pensar e fazer gestão na atenção domiciliar em Minas Gerais/Challenges in ways of thinking and doing home care management in Minas Gerais< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 1, 2017.

SILVA, E. A. **A produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar** [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. 169p.

SILVA, R. A. E. et al. Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R.C.T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde debate** 40 (108), Jan-Mar 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080013>

Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP). Disponível em <https://www1.siop.planejamento.gov.br/acessopublico/?pp=acessopublico&ex=0&fp=inicio>. Consultado em 15 de setembro

STEFANON, L. C. et al. A internação domiciliar no Hospital Antônio Bezerra de Faria: uma nova alternativa de atenção humanizada e suas consequências, sob a perspectiva dos cuidadores. 2010.

STEFANON, Luciana Ceolin. **A internação domiciliar no Hospital Antônio Bezerra de Faria: uma nova alternativa de atenção humanizada e suas consequências, sob a perspectiva dos cuidadores**. Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<https://www.bdt.uerj.br:8443/bitstream/1/3972/1/LucianaStefanon.pdf>

VENTURIN, E.; MENEZES, V. F.. Cuidado em saúde a partir da prática da visita domiciliar na estratégia de saúde da família no município de Venâncio Aires (RS). **Boletim da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 31-43, 2017.

VERDI, D. S. **Entre padronização e flexibilidade na implementação local de programa com diretrizes federais: O caso do Melhor em Casa**. Dissertação (Mestrado Governança e Desenvolvimento) - Programa de Mestrado profissional em governança e desenvolvimento, Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, p. 98. 2019.



**Instituto de
Saúde Coletiva**
Universidade Federal da Bahia



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

