

TRAJETÓRIA POLÍTICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM MINAS GERAIS

POLITICAL PATHWAY OF HOME HEALTH CARE IN MINAS GERAIS

TRAYECTORIA POLÍTICA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN MINAS GERAIS

-  Kênia Lara Silva ¹
-  Edna Aparecida Barbosa Castro ²
-  Sandra Trindade Toledo ²
-  Jurema Gonçalves ³
-  Andréia Devislane Ribeiro ⁴

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Juiz de Fora, MG – Brasil.

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Departamento de Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba, MG – Brasil.

⁴ Prefeitura Municipal de Contagem, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Domiciliar. Contagem, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Kênia Lara Silva
E-mail: kenialara17@gmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro, Sandra T. Toledo, Jurema Gonçalves, Andréia D. Ribeiro.
Gerenciamento do Projeto: Kênia L. Silva, Edna A. B. Castro; **Gerenciamento de Recursos:** Kênia L. Silva, Jurema Gonçalves; **Investigação:** Kênia L. Silva, Sandra T. Toledo, Jurema Gonçalves; **Metodologia:** Edna A. B. Castro, Sandra T. Toledo, Jurema Gonçalves. **Redação-Preparação do original:** Edna A. B. Castro, Sandra T. Toledo, Jurema Gonçalves; **Redação-Revisão e Edição:** Edna A. B. Castro, Sandra T. Toledo, Jurema Gonçalves, Andréia D. Ribeiro.

Fomento: FAPEMIG. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – Processo APQ-03332-12 CNPq – Processo 478725/2012-4

Submetido em: 12/09/2017

Aprovado em: 17/12/2018

RESUMO

A atenção domiciliar vem sendo ressignificada no contexto das políticas públicas de saúde brasileiras, ancorando-se em um novo modo de conceber e ofertar o cuidado. A trajetória política, jurídica e ideológica da oferta da atenção domiciliar no país tem instigado a realização de estudos. Analisou-se a trajetória política de implantação e implementação da atenção domiciliar no estado de Minas Gerais, Brasil, discutindo os movimentos provocados pela regulamentação da Política Nacional de Atenção Domiciliar publicada no país em 2011. Pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em 19 serviços de atenção domiciliar ofertados em Minas Gerais, que respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Os dados foram obtidos de entrevista com 22 coordenadores/gestores de serviços e três informantes-chave, e foram submetidos à análise de conteúdo temática. 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.

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

ABSTRACT

Home care has been reinterpreted in the context of Brazilian public health policies, anchored in a new way of conceiving and offering care. The political, juridical and ideological trajectory of the home care offer in the country has instigated studies. It was analyzed the political trajectory of the implementation of Home Care in the state of Minas Gerais, Brazil, discussing the movements evoked by the regulation of the National Policy of Home Care published in the country in 2011. Descriptive-exploratory research, with a qualitative approach, carried out in 19 Home Care Services offered in Minas Gerais, which respected the ethical aspects of research with human beings. The data were obtained from an interview with 22 coordinators/service managers and 03 key informants, and were submitted to the Thematic Content Analysis. The results are organized into two categories: the political configuration of Home Care; the path of implementation of the provision of Home Care in Minas Gerais and effects of the Policy. The findings point to the political configuration of HC in the country, based on federal regulations; and the expansion of services in the state driven by the financial induction of the National Policy. It is concluded that home care is an alternative care that welcomes the demands of the “old” services, but at the same time, it has contributed to advances in the comprehensive care provision and productive restructuring of the health work.

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

Como citar este artigo:

Silva KL, Castro EAB, Toledo ST, Gonçalves J, Ribeiro AD. Trajetória política da Atenção Domiciliar em Minas Gerais. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em _____];23:e-1155. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190002

RESUMEN

La atención domiciliaria asume nuevos significados dentro del contexto de las políticas públicas de salud brasileñas, basada en una manera nueva de pensar y ofrecer cuidados. La trayectoria política, jurídica e ideológica de la oferta de la atención domiciliaria en el país ha fomentado la realización de estudios. Se analizó la trayectoria política de implantación e implementación de la atención domiciliaria en el estado de Minas Gerais, Brasil, y se discuten los movimientos provocados por la reglamentación de la Política Nacional de Atención Domiciliaria publicada en 2011. Investigación exploratoria, descriptiva, de enfoque cualitativo, llevada a cabo en 19 servicios de atención domiciliaria de Minas Gerais, que respetó los aspectos éticos de la investigación con seres humanos. Los datos se recogieron en entrevistas a 22 coordinadores / gestores de servicios y 3 informantes clave y se analizaron según el contenido temático. Los resultados se organizaron en dos categorías: configuración política de la atención domiciliaria, trayectoria de implantación de la oferta de la atención domiciliaria en Minas Gerais y efectos de la política. Los hallazgos muestran la configuración política de la AD en el país a partir de las regulaciones federales y la expansión de los servicios en el estado impulsada por la inducción financiera de la política nacional. Se concluye que la atención domiciliaria es una alternativa asistencial que incluye las demandas de los "antiguos" servicios y que contribuye a los avances en la integralidad de la atención y en la reestructuración productiva del trabajo en salud. Palabras clave: Asistencia Domiciliaria, Servicios de Asistencia Domiciliaria; Políticas de Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil tornou-se um direito da população e um dever do Estado, com a implantação, no início de 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores entre as políticas públicas no âmbito da seguridade social. Garantiu-se o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.¹

As políticas de saúde que sustentam o SUS convergem no sentido de construção de modelos assistenciais e de gestão que deem respostas aos problemas e necessidades de saúde, considerando-se a heterogeneidade e a diversidade política, econômica e cultural do país. Reforçam a necessidade de reconfiguração das práticas sanitárias para a superação do modelo assistencial centrado na doença e nos cuidados prestados no ambiente hospitalar, apostando em novos saberes e práticas que enfoquem a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas, centrando no usuário e nas características fundamentais do cuidado em saúde.²

Em consequência, observa-se a emergência e a ampliação de espaços de atenção não tradicionais; e a atenção domiciliar (AD), já em expansão no país desde a década de 90, em suas diversas modalidades, destacou-se, exigindo a proposição de políticas públicas que incorporassem a possibilidade da oferta de cuidado domiciliar a quem o demandasse e a regulamentação de seu funcionamento. A AD vem, progressivamente, ocorren-

do no âmbito do SUS, em meio aos abalos sofridos por uma crise econômica e política, reagindo contra as propostas e tentativas de privatizar ou terceirizar a sua gestão; e em meio à relação com as pessoas e com os coletivos organizados, a partir de novas formas de produção do cuidado e de conhecimentos contra-hegemônicos e libertadores.²⁻⁴

Com o atual modelo organizacional da oferta dos serviços de saúde no SUS, a AD se fortalece como um dispositivo com potencial para interlocução entre os pontos assistenciais, instigando trabalhadores da saúde, gestores e formuladores de políticas a investirem nessa perspectiva. Considera-se, ainda, a premissa de que o cuidado em saúde, quando realizado na casa das pessoas, adquire potência para avançar na busca da integralidade, ao possibilitar o conhecimento aprofundado do usuário, de suas necessidades, rotinas, cultura e de sua família.⁵

A AD no Brasil, portanto, vem sendo ressignificada, sobretudo, ao longo das últimas duas décadas por um conjunto de dispositivos normativos, ancorando-se em um novo modo de conceber e ofertar o cuidado no contexto da atenção à saúde ofertada pelo SUS.³ Contudo, apesar da expansão da AD no Brasil, observam-se lacunas na produção científica que demonstrem as efetivas repercussões dessa modalidade de atenção na conformação de novos arranjos de gestão e de cuidado centrados nas necessidades dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no Brasil foi instituída pela Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011⁶, e modificada pelas Portarias nº 2.527 de 27 de outubro de 2011⁷ e nº 1.533, de 16 de julho de 2012⁸ e, a seguir, a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013⁹. Atualmente, a AD é regida pela Portaria nº 825, de 2016.¹⁰

As atualizações e as mudanças normativas têm implicações que precisam ser investigadas. Assim, a trajetória política, jurídica e ideológica sobre a AD no país tem instigado a realização de estudos e pesquisas sobre os movimentos e os efeitos que essa política gerou na demanda e na oferta de serviços de AD no SUS.

Nesse sentido, pressupõe-se que a definição política e a indução financeira dos dispositivos regulamentares contribuiriam sobremaneira para ampliar a oferta dos serviços de AD no país. Contudo, pergunta-se: como se estabelece a trajetória política dos "novos" serviços implantados após a publicação da PNAD? Na trajetória política, em que bases se organizam os "novos" serviços de AD? Eles têm se dirigido à desospitalização e racionalização de custos, demandas tradicionalmente acolhidas na atenção domiciliar, ou têm sido capazes de incorporar, ainda que de forma incipiente, os grupos populacionais com necessidades pouco atendidas no modo tradicional de atenção à saúde?

Frente a essa problemática, o estudo visou analisar a trajetória política de implantação e implementação da AD em Minas Gerais, discutindo os movimentos provocados pela PNAD.

A relevância deste estudo assenta-se na necessidade de ampliar a compreensão sobre os serviços de atenção domiciliar, considerando que essa modalidade está em franca expansão no Brasil. Justifica-se, sobretudo, pelo potencial de essa política pública responder, por meio dos serviços de AD, às demandas do progressivo envelhecimento populacional; às provenientes da tripla carga de doenças que persiste no país, com ênfase no aumento da morbidade por doenças e situações crônicas; e aos elevados custos hospitalares que têm representado para o SUS e para as famílias. Ressalta-se que a AD configura-se como um importante cenário para a atuação da Enfermagem¹¹, como área de conhecimento e prática, que nele assume a centralidade, seja com ações que perpassam a supervisão clínica e administrativa, seja com a assistência mediada por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos.¹²

MÉTODO

Realizou-se estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa no âmbito da pesquisa multicêntrica "Atenção Domiciliar em Saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no estado de Minas Gerais", realizada por grupos de pesquisa de seis universidades do estado.

O estudo teve como cenário os serviços de atenção domiciliar (SAD) de Minas Gerais, em municípios que se encontravam em conformidade com a Portaria MS nº 963 de 2013, vigente à época do início do projeto. Foram contatados, por telefone, 19 municípios com SAD em MG, que aceitaram participar da pesquisa, no período entre fevereiro de 2014 e julho de 2015. E neles foram realizadas entrevistas com os 19 coordenadores dos SADs. Em três municípios, participaram também os gestores municipais das áreas que abrigam os SADs. Além destes, incluíram-se dados de entrevistas com três informantes-chave ligados à gestão federal da PNAD.

Dos 19 coordenadores, 12 se encontram no cargo de coordenador desde a criação do "Programa Melhor em Casa" (PMC); quatro coordenadores eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino; e possuíam as seguintes formações: 10 enfermeiros, três assistentes sociais, duas fisioterapeutas, um médico e três com outras profissões fora da saúde. Quanto aos gestores, dois são do sexo masculino e um do sexo feminino e possuíam as seguintes formações: Medicina, Odontologia e Ciências Contábeis.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado contendo questões sobre a vinculação institucional dos serviços de atenção domiciliar (SAD) na rede; o número, a composição e o perfil de equipes habilitadas; os fluxos de encaminhamentos; e a articulação com os outros serviços. Totalizaram 15 horas, 48 minutos e 15 segundos de gravações, com duração média de 43 minutos/cada entrevista.

O material obtido nas entrevistas foi transcrito na íntegra e submetido à análise de conteúdo temática, conforme orientações de Bardin.¹³ A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.¹³

Procedeu-se à análise em três fases: leitura flutuante como primeira aproximação com o material (nesta fase, o material foi submetido a leitura e revisão, excluindo-se expressões repetidas, identificação dos participantes e dos cenários); leitura aprofundada para exploração do material (nesta fase foram identificadas as unidades de registro e as unidades de significação pela repetição frequencial das ideias centrais no texto, originando os temas que, agrupados, conformaram as categorias temáticas: configuração política da atenção domiciliar e trajetória da atenção domiciliar em Minas Gerais e os efeitos da política); e tratamento dos resultados por meio das interpretações e inferência dos autores, confrontando o material empírico e a literatura produzida sobre o tema.

Por razões éticas, os participantes foram designados com códigos alfa numéricos em suas citações, em que M significa município e G gestor, seguidos de números que representaram a ordem das entrevistas. As instituições municipais foram designadas por YY. Informou-se aos participantes sobre os objetivos e as finalidades do estudo e estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo-se aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº CAAE 07698212.7.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a construção de duas categorias empíricas: configuração política da atenção domiciliar no Brasil, por meio da qual se descrevem e analisam os achados referentes à conformação política da AD no país a partir das normativas federais; e trajetória da atenção domiciliar em Minas Gerais e os efeitos da política, cujos achados permitiram a análise da trajetória política de implantação e implementação da AD em Minas Gerais e como se dão os movimentos provocados pela PNAD com a expansão dos serviços no estado, impulsionada pela indução financeira da política nacional e pela necessidade de organização da atenção para desospitalização e redução de custos. A seguir apresenta-se a discussão dessas duas categorias.

CONFIGURAÇÃO POLÍTICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL

A oferta de AD no SUS passou a ser orientada pela PNAD a partir de outubro de 2011, por meio da Portaria GM/MS nº

2.527, a qual criou o PMC.^{6,7} Com o arcabouço político e jurídico desse programa, assumiu-se, ao ofertar a AD no país, a meta de proporcionar o cuidado integral à pessoa, em uma visão ética, compromissada com o respeito à individualidade, pensando no cuidado oferecido em domicílio com o consentimento da família, a participação do usuário, a existência do cuidador e trabalho em equipe interdisciplinar.⁵

A oferta de AD passou a ser organizada por meio de três modalidades: atenção domiciliar tipo 1 (AD1), atenção domiciliar tipo 2 (AD2) e atenção domiciliar tipo 3 (AD3), conforme a complexidade e densidade tecnológica demanda pelas necessidades de cuidados do usuário, as características do seu quadro de saúde, bem como a frequência de atendimento para ele demandada.⁷

À avaliação inicial sobre a criação da PNAD identificou-se a necessidade de revisão, a fim de ampliar o acesso dos usuários com demandas para esses serviços, resguardando-se os princípios do SUS. Com isso, o grupo de municípios elegíveis, que antes englobava os de até 100 mil habitantes, passou, inicialmente, ainda em 2011, a abranger todos os acima de 40 mil, chegando-se à revisão final dessa portaria em 2013. A primeira versão, datada de 2011, era restritiva e, com as versões subsequentes, foi-se ampliando a possibilidade de adesão dos municípios, destacando-se que as alterações ocorreram por pressão, tanto dos municípios quanto dos serviços já existentes no país.

E ela foi [...] restritiva! [...] A gente tinha a restrição de ser um município acima de 100 mil habitantes, né? [...] A segunda portaria, que já era uma, esse movimento da escuta, [...] a gente teve “uma grita”, eu me lembro: uma “grita” danada [...] Todo mundo falando: “mas, pô, meu município tem 40 mil e eu não posso?” (Informante-chave 1).

Assim, pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013⁹, estendeu-se a possibilidade de adesão aos municípios acima de 20 mil habitantes, com possibilidade de habilitação de uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) de modo independente ou por grupo de municípios, regionalmente.

Fortalece-se a concepção de AD como uma modalidade de atenção à saúde, com caráter substitutivo e complementar que mantém as premissas da promoção da saúde, de prevenção, tratamento de doenças e agravos e reabilitação da saúde por meio do cuidado domiciliar, ofertado de modo integrado com serviços de diferentes densidades tecnológicas, fortalecendo-se e tornando efetivas as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Evidencia-se, com isso, um dos objetivos da AD, que é o da reorganização do “processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar”. A expectativa imediata desse investimento é 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”.⁴

As novas versões ampliaram a capacidade indutiva da política, em especial a Portaria nº 963, de 2013, que alargou a possibilidade de os municípios aderirem ao programa por meio do rebaixamento do porte populacional, construção de consórcio e conformação de diferentes modelagens de equipes. Além disso, houve revisão do financiamento, com a ampliação do aporte de recursos, a fim de que fossem contempladas as realidades locais, passando de R\$ 34.560,00 para R\$ 50.000,00 para a equipe tipo 1, conforme esclarece um informante-chave da pesquisa:

Por um dos problemas que eles traziam [os gestores municipais] ficou claro que era o problema do recurso financeiro. [...] O recurso financeiro do custeio da equipe foi calculado por esse GT [grupo de trabalho] como o custeio ideal pra uma equipe desse tamanho, para fazer tais atributos que estão na portaria. [...] Dava em torno de 42 mil reais por mês. Aí o Ministério da Saúde, na pactuação, disse: “nós vamos bancar 80% disso, que deu R\$ 34.560,00. [...] A gente fez tabela de salário médio dos profissionais, por categoria, gasolina, aluguel de carro e insumo baseado nos cálculos que o GT tinha produzido com os municípios, que estão no GT”. E aí ficou isso. Só que isso dava... muitos lugares pagavam mesmo a conta, tranquilo, e outros lugares não pagavam a conta, porque dependia do salário praticado, principalmente do médico, dependia de quanto ele conseguia baixar o preço em licitação, dependia do mercado, dependia de várias coisas. E dependia da clientela que aquele SAD conseguia naquele momento. Então, alguns SAD estavam com pacientes mais complexos, e ficava mais caros mesmo e outros tinham muitos pacientes AD1 e ficavam muito baratos, então, isso varia, né? Só que ficou claro que R\$ 34.560,00 [...] ele não era, por si só, um fator estimulador para os gestores, porque ele tinha que fazer contas, botar na ponta do lápis. E aí isso apareceu muito, a gente levou para o Padilha [Ministro de Saúde à época]. Padilha disse: “Aumenta o recurso do “Melhor em Casa”. Aí, saiu de R\$ 34.560,00 pra R\$ 50.000,00. Então, as adequações foram no campo do critério da adesão e também no campo do financiamento (Informante-chave 2).

Em abril de 2016, a PNAD passou por uma nova revisão, com a promulgação da Portaria nº 825 pelo Ministério da Saúde (MS)¹⁰, a qual reafirma os aspectos conceituais de AD, porém alterou o perfil de usuários a serem contemplados pela PNAD, nas diferentes modalidades de AD, e ampliou o acesso dos usuários, ao expandir o rol de condições elegíveis à admissão no SAD, possibilitando a definição, o compartilhamento e

a corresponsabilidade pelo cuidado no âmbito da rede. A exigência do cuidador familiar passou, desde então, a ser flexibilizada considerando a condição funcional e clínica do usuário.¹⁰

É importante destacar que, para além da expansão da possibilidade de elegibilidade e inclusão de usuários, a partir da Portaria nº 825/2016, identifica-se um redirecionamento no enfoque definidor das responsabilidades dos serviços, que transitam de uma perspectiva centrada nos procedimentos para uma orientação centrada no cuidado. Nesse sentido, passa a ser considerada, na avaliação dos usuários, a condição de adoecimento (aguda, crônica ou agudizada) e são incorporadas tecnologias, tal como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que contribui para uma AD centrada nas necessidades do usuário e para a transformação de práticas de saúde.¹⁰

TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM MINAS GERAIS E OS EFEITOS DA POLÍTICA

À análise da trajetória da AD em MG identifica-se uma cronologia que demarca momentos históricos relevantes no campo das políticas públicas. Reconhecem-se as modalidades assistenciais de AD existentes anteriormente à implantação do SUS, desenvolvidas, de maneira assistemática, na interface entre famílias e serviços de saúde, de modo pontual, fora do escopo de diretrizes técnico-administrativas e assistenciais de políticas públicas. Todavia, os dados da pesquisa possibilitaram a construção de uma linha histórica de implantação dos SADs em Minas Gerais, mostrando um incremento com a implantação do SUS seguindo-se o curso das políticas de saúde.

Os entrevistados relataram o momento e o contexto de início dos serviços nos seus municípios, em alguns deles ocorrido na década de 1990 e noutros desde o começo dos anos 2000.

1994 é... o hospital ainda era um pronto atendimento, mas já tinha uma superlotação porque a carência de leitos na região ela sempre existiu [...] Nesse contexto, surgiu a proposta da internação domiciliar (M7G1).

Quando começou, ele começou com o Programa de Internação Domiciliar (PID), isso em 2000 já havia essa discussão, né, que para atender pacientes somente para curativos, ah... em 2001 para 2002 aí já vem a discussão de pacientes de longa permanência (M17G1).

Bom, surgiu por volta de 1996 como Programa de Atenção Domiciliar, o PAD, com intenção de tirar alguns pacientes crônicos com assistência ventilatória de dentro do hospital e recorrente muita infecção, né? Então eles foram pra casa e foi bem aceito, a família aceitou. Então

começou nessa época. Agora, quando saiu a portaria em 2011 a gente mandou projeto... (M14G1).

No bojo do processo de implantação do SUS, ao longo da década de 1990 um conjunto de políticas para consolidação do sistema foi disparado pelo Ministério da Saúde e entre elas se identificam as primeiras normativas no sentido de criação e regulamentação da assistência domiciliar no Brasil. Ressaltam-se as Portaria nº 1892¹⁴, publicada no Diário Oficial em 22 de dezembro de 1997, Portaria nº 2.416¹⁵, de 23 de março de 1998, e a Lei nº 10.424¹⁶, de 15 de abril de 2002.

Esses dispositivos legais criaram e forneciam critérios para a assistência domiciliar, destacando-se a internação domiciliar, que representavam a base normativa dos primeiros serviços criados nesse período em MG. Naquela época, a política surgiu como um dispositivo para apoio à atenção básica, proporcionando diretrizes e critérios para a internação e assistência em domicílio; e os serviços criados, de internação domiciliar, tinham por foco a desospitalização de usuários considerados como de “longa permanência” ou com demandas de suporte ventilatório. Destacavam-se, nas normativas, as orientações para a assistência multiprofissional, indicação médica com base em critérios clínicos. Outras condições também eram incluídas relativas ao estado de saúde do usuário e ao âmbito familiar.³

Entretanto, a maior parte dos serviços foi implantada a partir da indução realizada pela publicação das normativas federais com o “Programa Melhor em Casa”:

No final de 2011 e começo de 2012, né [...] o serviço já tava funcionando, tanto é que o nosso, o nosso lançamento foi 3 de maio, mas a gente já tava funcionando já (M4G1).

Na verdade o melhor em casa foi criado em meados de setembro de 2013. Então a gente pegou todas as normatizações, todas as leis e com a ajuda da informante-chave, que era a coordenadora do “Melhor em Casa” no âmbito nacional na época, e ela nos ajudou imensamente (M1G1).

A sistematização desses achados está representada na Figura 1. Para a análise, comparou-se essa linha com os marcos normativos e regulatórios do PMC; com a Lei nº 10.424 e as Portarias nº 2.416, 2.029, 2.527, 963 e 825 e com as publicações que a precederam no campo da AD como política pública.^{16,14,6,7,8,9,10.}

Os serviços analisados apresentam uma trajetória de implantação de, aproximadamente, 20 anos, sendo o primeiro iniciado em 1994. Nessa trajetória, os serviços foram se reconfigurando, modelando-se conforme os dispositivos normativos e as necessidades dos serviços e da população.

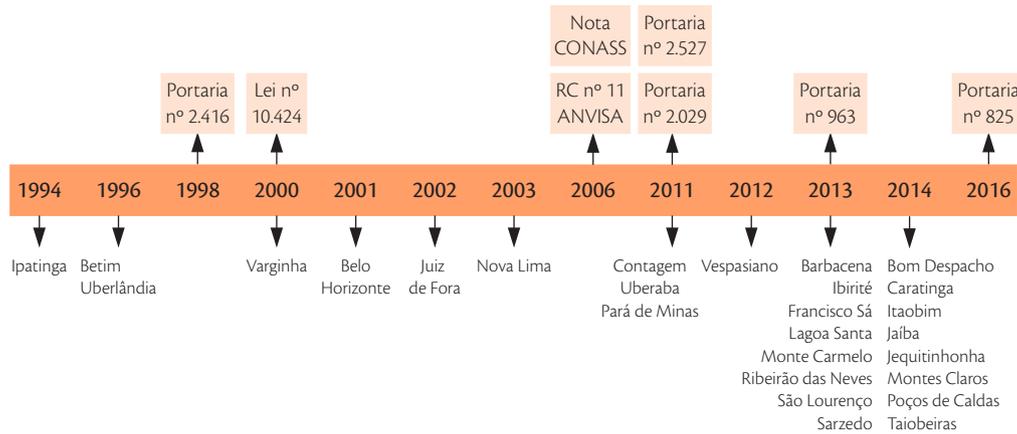


Figura 1 - Linha histórica de implantação dos serviços de AD em Minas Gerais, Brasil.
Fonte: dados da pesquisa..

*E aí, na época, esse grupo que era composto por mim e por um médico, que, aliás, é o médico do serviço até hoje, fomos construindo o projeto. Visitamos YY, [...] que começou com um trabalho mais direcionado para a Oncologia, depois para a AIDS e, depois, abriu para tudo, fomos lá, visitamos os serviços e voltamos e fizemos o projeto para YY. E aí, foi aprovado pela Prefeitura e, depois, foi de alguma maneira, também, aprovado nas outras instâncias: **CIB [Comissão Intergestora Bipartite] – instância deliberativa entre municípios e estado e Ministério [...].** E começou-se o trabalho. Mas começou tudo, [...] duas pessoas trabalhando num primeiro momento! Nós fazíamos visitas nos nossos veículos, não tínhamos nem carro próprio para isso. E aí, eu já trabalhava aqui no hospital YY e [...] a gente tinha um trânsito muito bom aqui dentro. Aí, a gente foi pegando as coisas do hospital e separando [...] o que era do **PID [Programa de Internação Domiciliar]** e, agora, isso aqui é do PID! Isso aqui é PID! Isso aqui é do PID! “Puf”, punha lá e tal [...] (M7G1).*

Os gestores e coordenadores de SAD participantes desta pesquisa informaram que os principais motivos para implantação dos SADs foram a carência de leitos e a necessidade de desospitalização de pacientes, especialmente aqueles de longa permanência. Neste sentido, os municípios implantaram diferentes modelagens de serviços.

No hospital YY, surgiu como um pronto-atendimento e foi à força se transformando em um hospital porque atendia, fazia o primeiro atendimento, não tinha para onde mandar, então foi canalizando e foi se criando estruturas quase que improvisadas para dar respostas à internação. Nesse contexto, surgiu a proposta da internação domiciliar (M7G1).

Então, começa lá [no município M4] essa discussão e, quando eu fui implantar em M4, foi porque era um sonho nosso [...] do hospital de implantar, porque a gente via a necessidade de desospitalizar o paciente (M11G2).

Começou dentro do YY, porque ele [o paciente] ia e voltava, ia e voltava, ficava um dia em casa e voltava para fazer curativo... com uma condição em casa péssima! A gente foi vendo que esses pacientes de longa permanência precisavam sair de dentro do hospital, [...] então, o que a gente [...] [fez]: levantou a necessidade de estar levando esses pacientes de longa permanência para casa para que eles se sentissem realmente como cidadãos (M17G10).

Aí, a intenção é desospitalizar, né? Aqueles pacientes que têm condição de ficar em casa e a gente conseguir fazer a atenção domiciliar. Então, foi nesse sentido que a gente foi buscar também essa alternativa, buscar o financiamento novo, também é importante, e dar atenção ao paciente. Muito melhor a recuperação do paciente em casa do que no ambiente hospitalar (M14G1).

A carência de leitos foi indicada, sobretudo, como a condição que impulsionou a discussão no sentido de criar outras possibilidades de oferta de serviços, antes mesmo da PNAD. A esta se soma a necessidade de desospitalização como demanda, para se revisar o modelo de atenção em saúde com suas ofertas assistenciais. Nessa perspectiva, a AD mostra-se oportuna aos gestores.

Nesse contexto, surgiu a proposta da internação domiciliar [...], e, aí, começou um grupo [...] Que começou a estudar isso, a pensar nessa possibilidade, desde o primei-

ro momento, com o intuito de dar algum tipo de assistência ao paciente, que não tivesse a necessidade absoluta de estar no hospital e estava lá ocupando leito, porque a carência de leitos era grande (M7G1).

A necessidade, também, da desospitalização. Ah! Questão dos leitos... [a questão em que] se encontram os leitos hospitalares hoje, [...] esse foi um dos nossos [...] grandes desafios (M12G1).

A partir da implementação: aí, nós começamos a trabalhar juntos, né, o município começou a trabalhar junto com a equipe do hospital, que antes era de interesse do hospital para desospitalizar pacientes que ficavam aqui reservando leito, né? Impedindo [atender] novos pacientes. Tá? Agora [...] já tem o interesse do município, né? De atender mesmo, fazer a atenção domiciliar e tal, porque entendemos que é melhor, né? Tanto para o paciente quanto para a própria equipe de saúde (M14G1).

As internações de longa permanência e a necessidade de assegurar a continuidade do cuidado aparecem também como motivos para implantação dos SADs, em especial para manejo de cuidado a populações idosas.

A necessidade de fazer o projeto foi [...] para diminuir mesmo a taxa de internação, melhorar a assistência de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, que a equipe de saúde da família realmente não dava conta. [...] Pacientes que demandavam uma continuidade maior de visita domiciliar (M6P1).

Hoje, basicamente, são duas as razões principais para se implantar: primeiro que o paciente vai ser cuidado junto com sua família e segundo que o paciente tratado em casa já diminui muito o nosso custo. Então, eu acho que essas duas razões por si só já justificam o investimento que a gente faz (M8G1).

A promulgação da PNAD e a instituição do PMC produziram necessidades de adequações nos serviços existentes, tornando-os aptos para a habilitação no MS.

E, em 2013, a portaria do "Programa Melhor em Casa", o município de M16 reuniu com a direção do Hospital YY para poder organizar como é que seria a divisão dos programas de atenção domiciliar. M16 era contemplado por sete equipes. [...] A cada 100 mil habitantes a gente conseguia cadastrar uma equipe. Então, o município nessa organização assumiu cinco equipes, eles contra-

taram... E... [nomes de dois profissionais] e eu subsidiar essas equipes, né?! E o Hospital YY ficou com duas equipes. Então, nós dividimos dessa forma (M16G1).

Na época, foi criada essa equipe de apoio às UBSs, onde nós não tínhamos um acompanhamento médico e de Enfermagem na residência. Então, essa equipe funcionou bastante tempo, cinco anos nesse modelo, né? E, atendendo naqueles locais aonde nós não tínhamos o médico em casa. Aí, com a chegada da possibilidade [...] do nosso credenciamento, nós aproveitamos. Nós tínhamos um médico, um enfermeiro e um técnico e começamos [...]. O credenciamento nosso ocorreu em outubro de 2014, né? E, o que que aconteceu? Nós tivemos que iniciar o SAD, né? Respeitando a portaria e manter, ainda, esse atendimento desse paciente que não tem [...] nenhum local, assim... a quem recorrer. Então, assim nós estamos num momento de... [mudança] e "trocando a roda e o carro andando" (M12G1).

Alguns municípios optaram, inicialmente, em concentrar os esforços, em maior escala, na prevenção das hospitalizações, alocando as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) do tipo 2 (AD2) e as de AD3 nas unidades de pronto atendimento (UPAs). Outros as alocaram em hospitais, visando apressar o processo de desospitalização e houve, ainda, os que preferiram a alocação no âmbito da atenção primária, visando atender áreas descobertas e prevenir as reinternações.

O apoio financeiro foi citado como sendo um importante indutor para a implantação e avanços da AD nos municípios. Junto com o apoio financeiro foi discutida e implementada a ampliação de equipes e do espaço e das ações até então ofertadas.

A atenção domiciliar municipal, ela sempre foi meio assim... Não era tida como uma política importante no município. Tanto que é assim, que, desde o início, ela não tinha financiamento nenhum do MS, por exemplo, embora já existisse a possibilidade de tê-lo. Então, ela era custeada pelo recurso do próprio tesouro municipal, isso onerava muito a gestão. [...] E, a partir do ano passado, de 2013, nós organizamos a equipe, como é recomendado pelo Ministério da Saúde, e agora nossas equipes são credenciadas, completas, com todos os profissionais exigidos e com financiamento do MS (M8G1).

A implantação do PMC trouxe outra identidade para os serviços que, na maioria, alteraram seus "nomes" e mudaram o perfil, adequando-se à normativa. Nota-se, ao implantar o "novo" serviço, com as orientações do PMC, que as denominações dos serviços anteriores, como, por exemplo, PID, Depart-

mento de Internação Domiciliar (DID) ou Programa de Atenção Domiciliar (PAD), vão cedendo lugar para o PMC, identidade em construção na AD.

É [...] o programa de internação já existia, né? Há 14 anos. Hoje, completando 15 anos, e a gente está nessa fase de implantação, para ser o SAD, o "Melhor em Casa". Com a Portaria aprovada desde outubro de 2013 [...] estamos aguardando a implantação de duas equipes... (M7G2).

[...] Antes deste processo, desta mudança, por mais que nós tivemos esta certa dificuldade, mas com coerência, porque, você pegar um serviço que já existe há 12 anos, que aquela família que já tem um atendimento, que já tem um acompanhamento, a gente teve um complicador. Mas nada que seria assim dificultador para o Programa de Saúde da Família (PSF). Só para você ter ideia, antes de começar a evolução do "Melhor em Casa" (M11G1).

A implantação do PMC mudou o perfil dos serviços: complexificou o perfil de cuidado dos pacientes, com exceção da inclusão de pacientes em ventilação mecânica; ampliou as equipes em número e em especialidades profissionais. Essa foi uma indução política considerada fundamental para reestruturar os serviços.

Construiu uma estrutura por aí, e fomos também [...] Aí, com o passar do tempo, as coisas foram agregando, né? Novos profissionais, é [...] o veículo, o material próprio, estruturação própria, e foi, em alguns momentos, com uma baixa de apoio, em outros momentos, com um apoio mais efetivo da prefeitura, isso já tem 20 anos, né? É [...] O ano passado, com as equipes em consonância com a nova portaria, nós conseguimos a aprovação de um novo projeto com duas equipes de EMAD e uma de Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), e estamos trabalhando neste sentido (M7G1).

A principal mudança relatada na implantação do PMC foi a restrição dos serviços aos pacientes classificados como AD1, que deveriam ser atendidos na atenção básica. Desse modo, os dados permitem reconhecer que os SADs, por vezes, incluem no atendimento os usuários que necessitam de cuidados de menor densidade tecnológica, possíveis de ser efetuados, principalmente por residirem em áreas consideradas pelos gestores como "descobertas", ou seja, que não se incluem como território adscrito a uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS).

O AD2 fica com a gente, AD1 é posto de saúde e aí a gente entra Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o Centro de Reabilitação (CREAB) aí ou junto com AD1, AD2 é a gente e o paciente fica em torno de 30 e 60 dias.

Depois a gente [...] tem essa reunião, também, uma vez por mês, entre SAD, NASF e CREAB para "passar" esses pacientes. Justamente para o paciente não perder essa continuidade do atendimento. Então, ele já sai de mim e vai indo para outro serviço [...] (M9P1).

[...] O perfil [...] O que o programa determina que o SAD, no caso o "Melhor em Casa" atende são pacientes de AD2 e AD3. AD1 num determinado momento se ele agudiza mais. O que a gente vê, até pela questão da atenção básica, é que a gente tem muitos pacientes AD1, de áreas que não são cobertas de PSF e que poderiam estar sendo atendidos ou pela policlínica do bairro ou pela equipe de PSF (M18P1).

Os participantes relataram, ainda, as repercussões que o SAD provocou na ampliação da oferta, reorganização da demanda e atenção às necessidades da população. Analisaram que criam táticas e estratégias para escapar das regras impostas pelas normativas, adequando os serviços à realidade local e às necessidades de saúde da população.

A gente segue as orientações do Ministério e da Secretaria Estadual [...] mas vai disponibilizando, por exemplo, ambulância para transporte da pessoa quando precisa, porque nada disso tá previsto nas políticas oficiais (M8G1).

Portanto, a iniciativa de implantação da AD apoiou-se em quatro frentes de demandas de cuidados, de diferentes densidades tecnológicas, todavia, fronteiriças: a desospitalização de usuários retidos em internações de longa permanência; a assistência a outros "fora de possibilidades terapêuticas", em cuidados paliativos; a resolução de problemas agudos ou agudizações de usuários que convivem com condições crônicas que buscam atendimentos em unidades de urgência; e, ainda, os que requerem a continuidade do cuidado domiciliar, cujas necessidades de cuidados extrapolam a competência das equipes de saúde da família. Assim, a trajetória de implantação e expansão da AD em Minas Gerais vem respondendo às necessidades de saúde da população, ao mesmo tempo em que é proposta como uma solução para os desafios do SUS.

A necessidade de desospitalização, a carência de leitos e o reconhecimento de que, nos casos elegíveis, o cuidado domiciliar oferece menos risco de infecção em relação ao ofertado nas instituições hospitalares constituem-se nos principais motivos para a ampliação da oferta dos serviços de AD no estado. Estes estão em consonância com as propostas difundidas pela literatura, que registra que as razões para a implantação de serviços de AD são de natureza técnica e política, estabelecendo-se a oferta tanto para atender às necessidades de cuidados do usuário na família quanto para a diminuição dos custos com internações hospitalares.^{2,5,11}

A internação hospitalar vem sendo reorientada por diferentes sistemas de saúde do mundo com ênfase na racionalização da oferta e modernização da gestão, segundo a premissa de que os pacientes devem permanecer nas instituições hospitalares por curtos períodos, retornando o mais cedo possível para seu ritmo habitual de vida. Entre os pilares que sustentam essa mudança, ressalta-se a insegurança relacionada ao ambiente hospitalar e, ainda, a necessidade de desconcentrar a prestação do serviço de saúde conforme outras modalidades assistenciais disponíveis, como a AD, o hospital-dia, a cirurgia ambulatorial ou mesmo os centros de Enfermagem.^{2,3}

Entre estas, a assistência no domicílio vem, progressivamente, constituindo-se em uma modalidade de oferta do cuidado de saúde que permite melhorar a qualidade dos atendimentos, desconcentrar os procedimentos de maior densidade tecnológica para a residência, além de aliviar a carência de leitos hospitalares. Vistos os benefícios mútuos para os prestadores de serviços e, também, para os usuários, com atuação dinâmica e atenciosa das equipes do SAD, permeadas pelo diálogo e orientações aos cuidadores e pacientes¹⁷, a desospitalização, como uma tendência mundial, contribui para a organização da oferta dos serviços de saúde.^{2,3}

Para a desospitalização, entre outros aspectos, deve-se considerar a programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população. Esta se configura como uma tarefa complexa para os gestores, pois, além de se pautarem nos índices de utilização, nos recursos e tecnologia disponíveis para a oferta, precisam levar em conta a demanda, representada pelas necessidades de assistência. No Brasil, os parâmetros para distribuição de leitos hospitalares e internações consideram o modelo de organização da Redes de Atenção à Saúde (RAS), sua estrutura e o rendimento da capacidade instalada e da produção dos hospitais e dos leitos disponíveis. Uma das variáveis é o tempo médio de permanência do usuário, que oscila conforme a faixa etária e a especialidade.¹⁸

No atual cenário da gestão dos leitos hospitalares, registram-se redução no número de leitos, tempos de permanência que ultrapassam 30 dias e internações de usuários com potencial para o tratamento por meio de outras modalidades de atenção¹⁸. Além das realidades locais, estudos têm subsidiado a busca de novas estratégias pelos gestores, entre as quais o tratamento de saúde por meio da AD, visando, além de qualificar a atenção após a alta hospitalar, reduzir o tempo de hospitalização e as reinternações.¹⁹

Na organização da atenção à saúde no SUS, as normativas têm assumido papel de grande destaque, pelo forte poder de indução na definição de política setorial²⁰. O crescimento dos serviços de AD evidenciados a partir de 2011, com mais força a partir de 2013, revela a potência indutora da PNAD.

A formulação de políticas no Brasil, tradicionalmente, segue um modelo *top-down*, ou seja, as decisões são tomadas por autoridades que têm certo controle do processo e decidem quais políticas serão implementadas e como isso será fei-

to. Nem sempre esse modelo produz o efeito desejado na indução que se espera das normativas.²⁰

No caso da PNAD, é possível analisar que a regulamentação e o componente financeiro tiveram capacidade de indução limitada. Em parte, os limites para o crescimento do número de serviços e de equipes se devem à falta de profissionais e à dificuldade da gestão em aderir às propostas por ela definidas.

A AD exige perfil profissional com competências clínicas e gerenciais próprias para um serviço de saúde, mas com capacidade de atuar no domicílio.^{11,12} Esses profissionais ainda não estão disponíveis no campo do trabalho, na quantidade e na qualidade necessárias para uma expansão em grande escala da AD. Soma-se a isso o desafio da gestão, em especial nos pequenos municípios, para elaborar projetos de habilitação de novos serviços.

É importante analisar que a adoção de critérios de inclusão, exclusão e elegibilidade organizada por níveis de complexidade e a exigência do cuidador para a inclusão nos serviços acabaram por tornar os serviços de AD restritivos, principalmente para aqueles usuários que, antes do “Melhor em Casa”, eram atendidos nos múltiplos arranjos existentes nos municípios.²¹ Esse limite mencionado nas normativas regulamentadoras da AD parece ter sido, em parte, superado com a Portaria GM/MS nº 825 de 2016. Destaca-se o esforço expresso por essa normativa para superar o modelo procedimento-centrado e construir uma lógica de cuidado usuário-centrado.

Na AD, as ações devem ser permeadas pelas variáveis sociodemográficas, psicossociais, clínicas e do grau de dependência do usuário, as quais favorecem a identificação do tipo de AD a ser executada.²² Estas podem subsidiar a tomada de decisão da equipe sobre as prioridades e necessidades de saúde pautadas na territorialização e nas microferramentas de organização dos serviços de saúde, tais como as linhas de cuidado, a coordenação da clínica, dos casos, das condições de saúde e das listas de espera, permitindo um olhar contextualizado e a valorização das especificidades locais regionais.

Contudo, destaca-se a relevância para o atendimento das necessidades do usuário não somente na capacitação da equipe, mas também na revisão do processo de trabalho, atrelado às necessidades de desenvolvimento de ações mais complexas, como no caso de atendimento a pessoas que requerem cuidados paliativos, o que vai além das tecnologias leve-duras e duras, exigindo uma reorganização e articulação das ações.^{3,4}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu concluir que há uma trajetória de implantação da atenção domiciliar em Minas Gerais num período de aproximadamente 20 anos. Os serviços foram se reconfigurando, modelando-se conforme as disposições legais e as necessidades destes e da população.

Mesmo reconhecendo os limites, pode-se afirmar que a PNAD teve importante papel na reordenação dos serviços com mudanças no perfil, ampliação e qualificação de equipes e complexificação de cuidados. A ampliação da oferta de procedimentos de saúde no domicílio, que representa o contexto da vida privada do usuário, colocou à mostra a complexidade do processo de cuidar, sinalizando a necessidade de transformação tanto na maneira de atuação dos profissionais como nos modelos de organização dos serviços e do trabalho em saúde, pautada nas demandas de ações de maiores complexidade e densidade tecnológica.

Assim, retomando as questões que abrem este estudo, concluiu-se que a AD é alternativa assistencial que acolhe as demandas dos “velhos” serviços, mas, ao mesmo tempo, tem contribuído para melhor compreensão sobre a reestruturação produtiva em saúde. Por meio dela, os grupos populacionais com necessidades pouco atendidas no modo tradicional de atenção à saúde ganham visibilidade, haja vista o potencial dessa modalidade assistencial conformar novos arranjos centrados nas necessidades desses usuários.

Reconhecem-se as limitações do estudo, que não incluiu, nessa etapa da pesquisa, a perspectiva dos profissionais das equipes e dos usuários, mostrando-se relevante uma investigação sob o ponto de vista destes. Assim, indica-se a continuidade de estudos nesta temática. Os resultados carregam restrições quanto ao âmbito no qual o estudo foi desenvolvido, limitado ao estado de Minas Gerais. Ainda assim, os achados indicam a necessidade de novas pesquisas que permitam aprofundar a compreensão da trajetória política da AD em cenários diversificados para possível comparação com outros contextos nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

1. Congresso Nacional (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016[citado em 2018 jan. 12];21(3):903-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Castro EAB, Leone DRR, Santos CM, Neta FCCG, Gonçalves JRL, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018[citado em 2018 jan. 12];39:e2016-0002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf>
5. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. *Divulg Saúde Debate*. 2014[citado em 2018 jan. 12];51:58-71. Disponível em: <https://blog.atencao-basica.org.br/2015/06/09/atencao-domiciliar-no-sistema-unico-de-saude-sus-o-que-representou-o-programa-melhor-em-casa/>
6. Brasil. Portaria 2029, de 24 de Agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2018 jan. 12] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html
7. Brasil. Portaria 2527, de 27 de Outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2018 jan. 12] [acessado 2017 Set. 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2018 jan. 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2018 jan. 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p.33.
11. Favero L, Lacerda MR, Mazza VA, Hermann AP. Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da Enfermagem brasileira. *REME - Rev Min Enferm*. 2009[citado em 2018 jan. 12];13(4):585-91. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/227>.
12. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2018 jan. 12];70(1):199-208. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1892, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 22 de dezembro de 1997.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p. 106.
16. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002. p.1.
17. Pozzoli SML, Cecilio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde Debate*. 2017[citado em 2018 jan. 12];41(115):1116-29. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssp/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1116.pdf
18. Negri AF, Barbosa Z, Yonekura T. Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. São Paulo: HCor; 2012. 101 p.
19. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017[citado em 2018 jan. 12];38(4):e67762. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e67762.pdf>
20. Baptista TWF. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007[citado em 2018 jan. 12];23(3):615-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000300020&script=sci_abstract&tlng=pt
21. Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva K. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Prom Saúde*. 2016[citado em 2018 jan. 12];29(2):244-52. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40848190013.pdf>
22. Pires MRGM, Duarte EC, Göttems LBD, Figueiredo NVF, Spagnol CA. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP*. 2013[citado em 2018 jan. 12];47(3):648-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v47n3/0080-6234-reusp-47-3-00648.pdf>