

**Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: Reflexão acerca do processo de
organização e gestão**

*Home care in the Unified Health System: Reflection about the organization process and
management*

*Atención domiciliaria el Sistema Único de Salud: Reflexión sobre el proceso de
organización y gestión*

Recebido: 25/06/2020 | Revisado: 01/07/2020 | Aceito: 03/07/2020 | Publicado: 16/07/2020

Naiana Oliveira dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5439-2607>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: naioliveira07@gmail.com

Marta Cocco da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9204-3213>

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Brasil

E-mail: marta.c.c@ufsm.br

Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6956-1549>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: carlakot@yahoo.com.br

Diani de Oliveira Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6149-4073>

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Hospitalizada em Saúde, Brasil

E-mail: dianimachado@hotmail.com

Alice do Carmo Jahn

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7672-4721>

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Brasil

E-mail: jahnalice@gmail.com

Ethel Bastos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6880-7463>

Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Brasil

E-mail: ethelbastos@hotmail.com

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1444-4086>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: paskulin@orion.ufrgs.br

Resumo

O objetivo da pesquisa foi analisar a forma de organização e gestão da atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, representada pelo Programa Melhor em Casa e refletir sobre as potencialidades e desafios desse programa na produção do cuidado. Estudo teórico-reflexivo, baseado na literatura científica e na análise crítica dos autores. A atenção domiciliar é demandada por ações assistenciais de caráter integral e ampliada que vão da promoção à reabilitação em saúde. O Programa Melhor em Casa tem como potencialidade permitir um cuidado integral no domicílio. Como desafio, destaca-se a articulação com os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde. A organização e gestão da atenção domiciliar no Brasil, apresenta avanço de ampliação e qualificação da oferta de serviços no âmbito domiciliar. É premente, a consolidação da atenção domiciliar como uma modalidade de atenção substitutiva com potencialidade para produzir novas formas de cuidar em saúde.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Políticas públicas de saúde; Saúde pública.

Abstract

The research objective was analyze how the organization and management of Home Care of the Unified Health System represented by the Better at Home Program and to reflect on about the opportunities and challenges of this program in care production. Theoretical and reflective study based on literature and critical analysis of the authors. The home care is demanded by assistance actions of full character and extended that go from health promotion to rehabilitation. The Better at Home Program has as potential to allow a integral care at home. As a challenge highlighted the articulation with health services that integrate the Health Care Network. The management of the home care in Brazil has presented a substantial advancement of expansion and qualification the offer services at home. It is urgent the consolidation of the home care as a form of substitute attention and potential to produce new forms of health care.

Keywords: Home care services; Public health policy; Public health.

Resumen

El objetivo de la investigación fue analizar la forma de organización y gestión de la Atención Domiciliaria en el Sistema Único de Salud, representado por el Programa Mejor en Casa y reflejar sobre las potencialidades y desafíos de este programa en la producción de cuidados. Estudio teórico y reflexivo basado en la literatura y análisis crítico de los autores. La atención domiciliaria es demandado por acciones asistenciales de carácter completo y ampliado que van desde la promoción de salud a la rehabilitación. El Programa Mejor en Casa tiene como potencialidad permitir un atención integral en el domicilio. Como un desafío se destaca la articulación con los servicios de salud que componen la Red de Atención de la Salud. La organización y gestión de la atención domiciliaria en Brasil presentó un avance considerable para la extensión y la calificación de la oferta de servicios en el contexto del atención domiciliaria. Es urgente la consolidación del atención domiciliaria como una modalidad de atención sustitutiva y potencial para producir nuevas formas de atención en salud.

Palabras clave: Servicios de atención de salud a domicilio; Políticas públicas de salud; Salud pública.

1. Introdução

A demanda pelo cuidado integral a saúde e melhorias na qualidade da atenção somado ao envelhecimento da população, tem fortalecido a implementação de novas estratégias de cuidados. Neste sentido, destaca-se os serviços de Atenção Domiciliar (AD) (Brasil, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, AD consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se 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, 2016). Ainda, possui o papel de atuar na gestão do cuidado dos usuários e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Com o objetivo de regulamentar a AD de forma integral dentro de diversas modalidades de atenção no âmbito do SUS, a mesma teve sua importância impulsionada com a publicação da Portaria 2.527 de 27 de Outubro de 2011 e com lançamento do Programa Melhor em Casa. Esta portaria propõe que o atendimento, domiciliar seja realizado pela atenção básica (AB) e por serviços específicos de AD conforme a complexidade de cuidado aos usuários (Brasil, 2016). Dessa forma, o domicílio norteia o pacto de trabalho das equipes

com novas práticas de saúde, ou seja, quando o ambiente domiciliar articulado com a rede de atenção em saúde, acaba se configurando como o trabalho vivo em ato.

Atualmente, pode-se afirmar que a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em pleno processo de expansão, qualificação e consolidação e, por isso tem-se os desafios de sua implementação. Por se tratar de uma configuração recente no SUS o número de produções nacionais sobre o tema ainda é restrito. Diante disso, artigos de reflexão sobre a temática podem contribuir no planejamento da AD em todos os níveis de atenção. Considerando que os enfermeiros fazem parte tanto das equipes de saúde da (AB) quanto dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e ainda ocupam cargos de gestão, produções científicas neste tema podem apoiar as suas ações.

Assim, este artigo, teve como objetivo analisar a forma de organização e gestão da AD no âmbito do SUS, representada pelo Programa Melhor em Casa e refletir sobre as potencialidades e desafios desse programa na produção do cuidado.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de cunho teórico-reflexivo, com base na construção teórica sobre o pensar reflexivo (Souza, 2012). Cujas fundamentação, baseia-se na formulação discursiva acerca da temática, sustentado na literatura científica nacional e internacional e análise crítica dos autores. Foram abordados aspectos conceituais da organização e gestão da AD no Brasil e discutidos potencialidades e desafios dessa modalidade de atenção à saúde.

3. Resultados e Discussão

A implementação e o processo de gestão do programa melhor em casa

A AD foi estabelecida como modalidade de atendimento no SUS em 2002 (Brasil, 2012). Apesar de a AD já estar presente em diversos serviços de saúde o estabelecimento legal oficializa a mesma como parte das ações do SUS, fato que exige resoluções e diretrizes que unifiquem e orientem o atendimento realizado pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi lançada em 2006, com intuito de orientar a estruturação e o funcionamento dos serviços que prestavam AD (Brasil, 2012).

Com o objetivo de regulamentar e reorganizar a AD de forma integral dentro de diversas modalidades de atenção no âmbito do SUS, no início de 2011, o MS lançou o Programa Melhor em Casa (PMC) (Brasil, 2012). Ressalta-se que foram publicadas três normativas que tratavam da AD, em um processo sucessivo de substituição, sendo a Portaria nº 825, de abril de 2016, que a redefina e está em vigor até o momento (Brasil, 2016).

Dessa forma, a Política Nacional de AD do SUS reordena a AD e propõe três modalidades: AD 1, AD 2 e AD 3 (Brasil, 2016). As modalidades contemplam desde o atendimento domiciliar realizado pela equipe da atenção básica aos usuários clinicamente estáveis com menor necessidade de recursos de saúde e impossibilitados de ir à Unidade de Saúde (AD1), o atendimento prestado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) aos usuários com problemas de saúde que necessitem de acompanhamento contínuo (AD 2). E, ainda, os usuários que necessitam de um cuidado de maior complexidade, como a utilização de oxigenioterapia, suporte ventilatório, diálise peritoneal e paracentese (AD 3) (Brasil, 2016). A reordenação em modalidades de atendimento permite a transição do cuidado dos usuários entre os diferentes serviços de acordo com a sua situação de saúde, permitindo que o SAD trabalhe em conjunto com a rede de atenção à saúde, uma vez que após a estabilização do quadro clínico dos usuários e a estruturação dos cuidados no domicílio esse pode ser acompanhado pelo serviço de Atenção Primária.

De acordo com a Portaria, os SAD são responsáveis pelo gerenciamento e pela operacionalização da EMAD e EMAP. A EMAD é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social. Cada EMAP necessita de, pelo menos, três profissionais, entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, dentista, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (Brasil, 2016).

Para a implantação do PMC, o município deve aderir ao programa e possuir população igual ou superior a 20 mil habitantes. Municípios vizinhos podem se unir para atingir a população mínima. Instituições hospitalares vinculadas ao SOS Emergências também podem implantar o PMC (Brasil, 2016).

As equipes do SAD são organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em AD para uma população definida, devendo relacionar-se com os demais serviços de saúde, em especial com a atenção básica (Brasil, 2012; Brasil, 2016). Para que a cobertura exigida da AD seja possível, há de se considerar o princípio da equidade para a elegibilidade da clientela à qual se destinarão suas ações. Na AD, ainda na literatura não existe um fluxograma acerca da prioridade da origem do encaminhamento dos usuários à essa modalidade, e a

predominância da demanda espontânea pode sinalizar uma fragilidade de comunicação entre a rede de atenção à saúde (Pinheiro et al., 2020).

No que se refere às condições definidas como critérios de admissão no SAD estão a dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; presença de cuidador identificado, caso o usuário seja dependente funcionalmente e, residir em território pré-pactuado (Brasil, 2012). Destaca-se, que a condição dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde não é apresentada explicitamente como critério de admissão na normativa, mas consta na descrição dos tipos de usuários que devem ser incluídos em cada modalidade de AD.

Por ser uma área que está em expansão, a AD necessita da atuação de gestores em saúde. Estes, são profissionais com determinadas atribuições e competências para sua atuação, como, apoiar as equipes de AD no planejamento e organização do processo de trabalho, acompanhar, avaliar a estruturação da AD e garantir a interlocução com todos os serviços de saúde da rede assistência (Brasil, 2012).

Além disso, faz-se necessária uma organização administrativa em torno da AD que envolva o fluxo de prestação de serviços com a avaliação funcional do usuário, classificação na modalidade de cuidado adequada, que proporcionem medidas de recuperação, reabilitação, educação e promoção da saúde (Dias et al., 2017). Deslumbra-se que o PMC prevê a atenção básica como coordenadora do cuidado e da ação territorial. Para tanto, a AD é incorporada ao sistema de regulação e articula-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda (Brasil, 2016). A realização por parte do gestor de atividades que envolvam os diferentes serviços da rede a fim de que os serviços entendam seu papel no cuidado ao usuário e estabeleçam melhor comunicação entre si, permite um atendimento integral ao usuário.

Corroborando a isso, o fato que a AD é demandada por ações assistenciais de caráter integral e ampliada. Esses aspectos permitem ações de cuidado mais próximas à integralidade, e ao permitir a continuidade dos cuidados no domicílio reduz o risco de infecções hospitalares, e tem o usuário junto de seus familiares como pilares centrais no processo de cuidado (Oliveira et al., 2016). Nesse cenário de cuidado, deve-se ter o planejamento das ações e organização do serviço, com a utilização de ferramentas apropriadas e avaliação constante (Castro et al., 2018).

Potencialidades e desafios do programa melhor em casa na produção do cuidado

Observando a necessidade de uma intervenção qualificada e especializada a usuários que dependiam de uma AD mais intensa, o PMC veio com a proposta de permitir um cuidado integral no domicílio. Essa modalidade também potencializa o uso mais racional de recursos de saúde, como por exemplo, o aumento da disponibilidade de leitos, a redução do tempo de permanência hospitalar e a oferta de cuidado domiciliar.

Trata-se de uma modalidade que beneficia aqueles que têm uma condição de saúde difícil e que demanda dificuldade ao usuário e a família para lidar com uma nova condição de vida. Busca a preservação dos vínculos familiares e ampliação da autonomia dos pacientes, para o cuidado à saúde com o auxílio de uma equipe de cuidado multidisciplinar.

Dessa maneira, a AD serve como importante ferramenta de acompanhamento do cuidado e vínculo com as famílias. Nesse cenário de cuidado o profissional conhece as condições de vida dos usuários e tem maior compreensão das relações existentes no cenário domiciliar (Oliveira & Kruse, 2017). A potencialidade da AD se dá pela maior permeabilidade das equipes de saúde aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado vivo que ocorre no âmbito domiciliar.

Nesse contexto, o domicílio apresenta-se como um espaço fortalecedor de mudanças no processo de cuidado no sentido da integralidade. Isso permite que as dimensões afetivas e sociais sejam agregadas e que a prática clínica seja reinventada a partir de modos que reconhecem o usuário em suas múltiplas relações. Assim, o trabalho no espaço domiciliar pode ser substitutivo, ao possibilitar a produção de autonomia e de alternativas coletivas do cuidado, permitindo a criação de vínculo, o conhecimento da realidade dos sujeitos e da experimentação na construção dos projetos de cuidado junto ao usuário e a família (Andrade et al., 2017). Cabe destacar que a principal característica da AD é o distanciamento do contexto institucional de cuidado, sendo realizada em ambiente de domínio dos usuários, o domicílio. Essa realidade é um dos maiores desafios para os profissionais, principalmente para a equipe de enfermagem, à qual cabe a tarefa de construir o plano de cuidados de maneira compartilhada com o paciente e os cuidadores.

As modalidades de assistência propostas pelo MS, por meio do PMC, tem também como desafio a articulação com os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2012). Lidar com as mais diversas situações que ocorrem num ambiente que é do usuário e sua família, permeado por outros fatores decisivos à produção do cuidado, como a vulnerabilidade social e a expansão da cobertura das equipes de AD, são alguns dos fatores

que também não podem ser desconsiderados quando a AD se propõe a ser uma modalidade de atenção substitutiva e/ou complementar as já existentes. Isso implica na construção de conexões e arranjos com outros serviços de saúde e com os profissionais, onde a AD pode ser pensada tanto como substitutiva para a mudança do modelo de atenção hospitalar, como uma estratégia para criação e compartilhamento de corresponsabilidade na produção do cuidado ao paciente e sua família. O fato do PMC ser recente no país exige, além de uma articulação com a RAS, uma divulgação a respeito do SAD, critérios de elegibilidade para acompanhamento e objetivos dos serviços diante da assistência à saúde.

A construção de protocolos clínicos de atendimento em AD também deve ser considerada pelos gestores, uma vez que a AD nos moldes no PMC é recente no país. A produção de manuais pelo SAD e orientações aos cuidadores além de favorecer a segurança do usuário, tranquiliza os cuidadores e proporciona maior qualidade do cuidado domiciliar, uma vez que a equipe do SAD normalmente realiza visitas semanais aos pacientes e, no restante dos dias, o cuidado é prestado exclusivamente pelo cuidador.

Outro aspecto que surge no dia-a-dia da AD é o suporte aos cuidadores dos usuários dependentes de cuidado. Iniciativas como grupo de apoio aos cuidadores, podem ser adotadas pelo serviço como maneira de qualificar o cuidado através de atividades que influenciem na sua qualidade de vida e na efetividade do cuidado prestado. Assim, gerir o serviço de modo a garantir a segurança do paciente no domicílio também é um dos desafios da gestão em AD (Savassi, 2016).

4. Considerações Finais

A AD tenciona gestores e trabalhadores de saúde a voltar o olhar para uma alternativa de alta qualificada do hospital para casa, reduzindo o tempo das internações e diminuindo índices de infecção hospitalar. Em outras palavras, urge uma nova estrutura de atenção à saúde da população com a implantação do PMC, demarcada pelo papel da atenção básica na articulação e fortalecimento da AD que devem trabalhar em parceria com o SAD.

É inegável a contribuição da AD como uma ferramenta que potencializa a efetivação de novas formas de produção do cuidado e de atuação atrelada às RAS, com foco nas necessidades de saúde dos usuários, porém, o acesso a esta modalidade de atendimento no país dentro do SUS ainda é insuficiente. É fundamental que sejam implementadas estratégias inovadoras para ampliar o acesso dos usuários ao PMC, inserindo esta modalidade de atenção na agenda dos gestores, trabalhadores de saúde e sociedade.

As bases legais e normativas da AD representada pelo PMC já foram estabelecidas. No entanto, ainda existem muitos desafios para sua consolidação como modalidade de atenção substitutiva, com potência para adquirir experiência operacional, com sustentabilidade política e econômica para produzir novas formas de cuidar em saúde.

Ressalta-se a necessidade de mais estudos abordando informações no que se refere ao processo de organização, gestão e implementação, levando em conta as limitações e os desafios dessa modalidade de cuidado.

Referências

Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 210-219. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília. Recuperado de: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Castro, E. A. B., Leone, D. R. R., Santos, C. M., Gonçalves, Neta, F. C. C., Gonçalves, J. R. L., Contim, D., & Silva, K. L. (2018). Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Rev. Gaúcha Enferm*, 39. Recuperado de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79526>.

Dias, J. F., Grossi, J. B., Costa, L. A., Furtado, S. R. C., Mancini, M. C., & Sampaio, R. F. (2017). Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 28 (2), 206-213. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/128436>.

Oliveira, S. G., Quintana, A. M., Budó, M. L. D., Kruse, M. H. L., García, R. P., Wünsch, S., & Sartor, A. F. (2016). Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. *Aquichan*, 16 (3). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5727292.pdf>

Oliveira, S. G., & Kruse, M. H. L. (2017). Melhor em Casa: dispositivo de segurança. *Texto Contexto Enferm*, 26 (1), 1-9. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e2660015.pdf.

Pinheiro, D. S., Santo, F. H. E.; Santana, R.F., Rodrigues, M. A., Bitencourt, G. R. Perfil de usuários, cuidadores e ações de enfermagem na atenção domiciliar do SUS: estudo descritivo. *Research, Society and Development*, 9(8). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5294>

Savassi, L. C. M. (2016). 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*, 11(38), 1-12. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1259)

Souza, R. A. (2012). The foundations of pedagogy by John Dewey: a reflection on pragmatist epistemology. *Rev Contrap Eletr*.12(2), 227-33.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Naiana Oliveira dos Santos – 30%

Marta Cocco da Costa – 20%

Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals – 10%

Diani de Oliveira Machado – 10%

Alice do Carmo Jahn – 10%

Ethel Bastos da Silva – 10%

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin – 10%