

## **AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR: TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR PACIENTE/DIA NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PERNAMBUCO**

Michely Bezerra (1); Rodrigo G. de Arruda (2); Francisco S. Ramos (3)

*PPGGES-PIMES-UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO,  
michelybezerra@yahoo.com.br*

### **Resumo:**

A utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde expandiu-se nas últimas décadas. Essa tendência verificada em vários países do mundo foi motivada pela necessidade de racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, devido a problemas relativos à ineficiência, ineficácia e um aumento crescente da demanda em cuidados de saúde, acompanhando as mudanças demográficas e epidemiológicas. Nesta perspectiva, este estudo propõe avaliar a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) no tocante ao tempo médio de permanência por paciente/dia na rede de urgência e emergência em Pernambuco entre os anos de 2013 a 2016. A amostra consiste de 15 municípios tratados e 47 serviços de atenção domiciliar implantados no estado. Os resultados obtidos utilizando controle sintético mostram que a PNAD ainda é um processo em construção, evidenciando uma relação frágil, podendo estar relacionada ao "lugar de coadjuvante" que a política de atenção domiciliar assumiu na rede de urgência e emergência no estado. Contudo, o estudo evidencia uma relação positiva quanto à capacidade de racionalização de leitos nos serviços de urgência e emergência, demonstrando a potencialidade para reduzir o tempo médio de permanência e consequente aumento da taxa de rotatividade dos leitos, de forma a permitir um maior aproveitamento de capacidade operacional dos leitos oferecidos pelo SUS no estado.

### **Palavras-chave:**

Assistência domiciliar, avaliação de serviço de saúde, controle sintético, Programa Melhor em Casa, serviço de atenção domiciliar.

### **Introdução**

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

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

Por outro lado, na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular,

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

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

A AD é uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à RAS (BRASIL, 2013c). No Brasil, a organização da oferta da AD vem sendo experimentada, com diversos arranjos, desde a década de 1960, passando por transformações nos últimos anos, a fim de lidar com desafios inerentes ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde - SNS e à crise do modelo médico hegemônico liberal ou modelo da medicina científica hoje praticada (SILVA; ALVES, 2007; BRASIL, 2016b).

Os desafios inerentes ao desenvolvimento do SNS, atualmente, se traduzem em longas filas de espera, decorrente da demanda reprimida, retardando o atendimento e, na maioria dos casos, tornando-os mais complexos e, portanto de maior custo; na limitação de recursos disponíveis; no alto índice de permanência nos leitos hospitalares. Tudo isto, somado à queda do poder aquisitivo da população, promove a migração do atendimento privado para o setor público (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2014; OLIVEIRA; ARISTIDES, 2016.).

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

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

No processo de organização da Rede de Atenção as Urgências e Emergência - RUE, na perspectiva do PMC, o MS, em abril de 2016, lança a Portaria nº 825 que organiza a AD a partir da criação dos Serviços de Atenção Domiciliar – SAD (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016a). É considerado o potencial da AD para a racionalização da utilização dos leitos hospitalares, em especial os leitos de urgência e emergência, entendendo que a crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos a transforma numa das mais problemáticas do SNS (BARROS, 2012; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2016a).

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

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

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

Analisando a implantação do PMC e sua relação com a RAS, em especial com a RUE, é importante destacar seu potencial de conexão com os serviços, com fluxos em todos os sentidos (indicação de internação e de alta) e como dispositivo para aumentar a disponibilidade de leitos e diminuir a permanência hospitalar. Os usuários beneficiários da AD deverão ser identificados a partir de protocolos específicos pactuados localmente, podendo ter três origens: Atenção Básica, Serviço de Atenção às Urgências e Emergências e Hospital. As duas últimas estão mais legitimadas e “visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados” (REHEM; TRAD, 2005).

Nesta mesma lógica, podemos ainda classificar a AD de acordo com o tipo de serviço: Pré-hospitalar -

quando indicada como alternativa à internação hospitalar, as equipes de atenção básica e as equipes que trabalham nas portas de urgência e emergência têm o papel de indicar e acionar a EMAD para a condução do caso; e Pós-hospitalar - quando indicada como alternativa segura e preferível para dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital durante uma internação hospitalar. Neste caso, a equipe que trabalha no hospital tem o papel de indicar e acionar a EMAD para a condução do caso.

Em ambas as situações, é essencial a articulação estreita entre os pontos de atenção. Esta articulação é mediada por várias questões e ferramentas, tais quais a regulação estruturada, o estabelecimento de protocolos clínicos que ajudem a definir a indicação da AD e a modalidade na qual o paciente estará inserido, além da capacidade de comunicação entre as equipes e os serviços, de modo a dar respostas em tempo oportuno, de forma qualificada, resolutiva e responsável (BRASIL, 2013b, BRASIL, 2016b).

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

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

O Brasil perdeu 23.565 leitos na rede pública do SUS entre 2010 - 2015 para pacientes que precisam permanecer no hospital por mais de 24 horas. Segundo levantamento divulgado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), este número passou de 335.482 para 311.917, representando uma redução é de 7% (dados obtidos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES do Brasil, do MS). Em Pernambuco a quantidade total de leitos de uso exclusivo do SUS passou de 17.921 para 17.262, no mesmo período. Para a entidade, a insuficiência de leitos é um dos fatores que aumenta o tempo de permanência dos pacientes nas emergências, fazendo com que o usuário acabe "internado" nos prontos-socorros à espera do devido encaminhamento, sendo esta uma das principais causa da superlotação.

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

Estudos apontam um potencial da PNAD em permitir o uso mais racional de recursos, aumentando a disponibilidade de leitos ao diminuir a permanência hospitalar (MENDES, 2000;

ANDREAZZI; BAPTISTA, 2017). Confirmado pelos cálculos da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar - CGAD do MS, demonstra-se que o PMC representou uma racionalização de  $\cong$  1,3 milhão de leitos no SUS, entre maio de 2012 e maio de 2014, corroborando com a relevância do estudo.

Estes dados são resutados das 922 equipes de SAD implantados no Brasil conforme portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Essas equipes estão distribuídas em 24 unidades federativas. Dentre os entes federados destacamos Pernambuco, por ser nosso objeto de estudo, com 15 municípios habilitados com SAD conforme a última portaria, a 825, de 25 de abril de 2016.

Partindo-se desde cenário foi formulada uma questão norteadora a fim de saber como a PNAD impactou na racionalização dos leitos hospitalares, no tocante ao tempo médio de permanência deste usuário, nos leitos urgência e emergência no estado de Pernambuco. A resposta a essa questão pretende lançar um olhar de valor ao PNAD de modo a considerá-la um avanço para o SUS no que diz respeito a uma maior racionalização dos leitos hospitalares.

## Metodologia

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

A estratégia empírica empregada foi o método de controle sintético através da construção de uma contrafactual, desenvolvido por Abadie e Gardeazabal (2003). O método é útil para estimar efeitos sobre uma unidade que sofreu algum tipo de tratamento, mesmo com amostras reduzidas e com apenas uma ou poucas unidades tratadas. Trata-se do caso de Pernambuco, onde se tem apenas 15 municípios com SAD's implantados até a publicação da Portaria MS nº 825, de 25 de abril de 2016.

O período pesquisado é de 2013 a 2016. Este período justifica-se pelo fato do ano de 2013 coincidir com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 963, de 27 de maio de 2013, que "*Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*" e o ano de 2016 por estarem incluídos neste estudo apenas os municípios que estavam habilitados em Pernambuco até a publicação da Portaria MS nº 825, de 25 de abril de 2016.

TABELA 1 - SAD habilitados e implantados em Pernambuco até 25 de abril de 2016.

Código do IBGE	Município	Habitantes	EMAD tipo I	EMAD tipo II	EMAP
260005	Abreu e Lima	98.201	1	0	1
260050	Águas Belas	42.291	1	0	1

260290	Cabo de St°. Agostinho	95.979	1	0	1
260410	Caruaru	277.982	3	0	1
260620	Goiana	78.618	1	0	1
260760	Ilha de Itamaracá	24.888	0	1	1
260775	Itapissuma	25.798	0	1	1
260790	Jaboatão dos Guararapes	335.371	5	0	2
260880	Lajedo	39.240	0	1	0
261110	Petrolina	217.093	3	0	1
261160	Recife	1.538.000	9	0	3
261300	São Bento do Uma	47.230	1	0	0
261310	São Caetano	36.859	0	1	1
261330	São Joaquim do monte	21.215	0	1	1
261640	Vitória de St° Antão	11.541	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>2.890.306</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

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

**Nota:**

\* Informações trabalhadas pelo autor.

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

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

A coleta de dados consistiu na base de informações disponibilizadas pelo DATASUS, disponível para download através do programa *Tab* para *Windows – TabWin*<sup>1</sup>, vindo a facilitar o trabalho de tabulação e tratamento dos dados, bem como a Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE do Ministério da Saúde e informações relevantes do IBGE. Tais fontes foram selecionadas devido à cobertura de informações para balizar este estudo.

## Resultados

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

Dentro desse contexto, a AD entra com a proposta de otimizar o processo de “alta hospitalar”, considerando a eficiência desse leito, conforme problemas de saúde apresentado, isto é, a elegibilidade para ser absorvido pelas equipes de AD. Sendo assim, o leito logo

<sup>1</sup> Ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DATASUS.

ficaria disponível para internação de outro paciente. Portanto, a liberação agilizada beneficia a gestão dos leitos hospitalares, refletindo a rotatividade do leito operacional (BRASIL, 2014).

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

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

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

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

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

**Tabela 2** – Demonstrativo de leitos ofertados, número de internações e (%) de racionalização.

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

Fonte: DATASUS/TabWin, 2013 a 2016.

**Nota:**

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

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

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

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

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

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

## **Discussão**

O foco deste trabalho é analisar o impacto da política de atenção domiciliar no estado de Pernambuco, em especial nos municípios da amostra. De acordo com Fogel (2012), vários modelos de uma forma ou de outra podem responder a esta questão, entre os quais o modelo de resultados potenciais, de aleatorização, de diferenças em diferenças, pareamento, variáveis instrumentais e regressão descontínua. Todos estes métodos se baseiam na comparação entre um grupo que receberá os efeitos do programa e um grupo similar, mas que não participará deste. Ao primeiro dá-se o nome de “grupo de tratamento”, já o segundo recebe a nomenclatura “grupo de controle” ou contrafactual do grupo tratado. Por impacto entende-se a diferença entre a situação dos participantes após terem participado do tratamento e a situação em que estariam, caso não tivessem tido acesso a eles. O Método de Abadie utilizado neste estudo, considera a lógica contrafactual proposta, e busca uma aproximação de resposta à questão: o que teria acontecido com municípios similares, caso tivesse sido implantada a política?

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

O desempenho da Média de Permanência para as unidades tratadas e de controle, ao longo do corte da amostra, demonstra que o contrafactual coincidiu bem com a unidade tratada no período de pré-tratamento, e o efeito estimado não foi tendencioso, provendo um



ajustamento que pode ser considerado bom entre o grupo de tratamento e o grupo de controle.

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

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

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

## Conclusões

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

A utilização de controle sintético permitiu evidenciar a relação positiva no que se refere à capacidade de racionalização de leitos na rede de urgência e emergência, demonstrando a potencialidade para reduzir o tempo médio de permanência desses usuários nos serviços de urgência e emergência, com o conseqüente aumento da taxa de rotatividade dos leitos. Dessa forma, se obtém um maior aproveitamento da capacidade operacional dos leitos oferecidos pelo SUS no estado.

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

## Referências

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_.(b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa.** Brasília: Ministério da Saúde. p.50. 2012. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.

BRASIL.(a) Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

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

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

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

BRASIL. (a) Ministério da Saúde. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html) >. Acesso em: 12 dez. 2016.

\_\_\_\_\_.(b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, p.48 2016. Disponível em: < [bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_monitoramento\\_avaliacao\\_programa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf) >.

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

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

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

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

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

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

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

OLIVEIRA; Neto; ARISTIDES, Vitorino. **Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. Disponível em: <

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)

<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4651> >. Acesso em: 26 abr. 2017.

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

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

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

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

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

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

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