

O Programa Melhor em Casa em Teresina: análise da concordância entre prática e normativas na assistência domiciliar

The Melhor em Casa Program in Teresina: an analysis of the agreement between practice and regulations in home care

Kézia Magna Martins Costa

Universidade Federal do Piauí

keziacosta@ufpi.edu.br

Iracilda Alves Braga

Universidade Federal do Piauí

iracildabraga@ufpi.edu.br

Resumo

A expansão da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde tem sido apresentada como estratégia para qualificar o cuidado e reduzir a demanda hospitalar; contudo, persistem questionamentos acerca da adequação entre o desenho normativo das políticas públicas e sua implementação nos territórios. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a concordância entre as normativas do Programa Melhor em Casa e a configuração das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Teresina, Piauí. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem documental e quantitativa, fundamentada na avaliação de implementação, com utilização de dados secundários provenientes do DATASUS, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e de estimativas populacionais do IBGE, no período de 2014 a 2024. A análise considerou a proporção entre o número de equipes implantadas e o contingente populacional, bem como a composição profissional e a carga horária das equipes EMAD e EMAP em relação aos parâmetros normativos vigentes. Os resultados indicam que, embora as equipes atendam aos requisitos mínimos de composição e carga horária estabelecidos nas portarias ministeriais, a expansão do programa no município ocorreu de forma lenta e não acompanhou o crescimento populacional, o que evidencia um déficit de cobertura assistencial. Conclui-se que a conformidade normativa formal não garante, isoladamente, capacidade institucional suficiente para atender às demandas locais, o que indica a necessidade de aprofundar a avaliação da implementação da atenção domiciliar em contextos urbanos de grande porte.

Palavras-chave: avaliação. Programa Melhor em Casa. Atenção domiciliar.

Abstract

The expansion of home care within the Brazilian Unified Health System (SUS) has been presented as a strategy to improve care and reduce hospital demand; however, questions persist regarding the adequacy between the normative design of public policies and their implementation in the territories. In this context, the present study aimed to evaluate the agreement between the Better in Home Program regulations and the configuration of the Home Care Service teams in the municipality of Teresina, Piauí. This is an evaluative, documentary, and quantitative study, based on implementation evaluation, using secondary data from DATASUS, the National Registry of Health Establishments, and population estimates from IBGE, for the period from 2014 to 2024. The analysis considered the ratio of implemented teams to the population contingent, as well as the professional composition and workload of the EMAD and EMAP teams relative to the current normative parameters. The results indicate that although the teams meet the minimum composition and workload requirements established in ministerial regulations, the program's expansion in the municipality progressed slowly and did not keep pace with population growth, highlighting a deficit in healthcare coverage. It is concluded that formal regulatory compliance alone does not guarantee sufficient institutional capacity to meet local demands, indicating the need for further evaluation of the implementation of home-based care in large urban contexts.

Keywords: assessment. Better in Home Program. Home care.

1. Introdução

No Brasil, a atenção domiciliar tem se consolidado como uma estratégia relevante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante da necessidade de reorganização dos serviços de assistência, da redução de internações hospitalares, devido aos custos de recursos humanos, financeiros e materiais, e da ampliação da continuidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, o Programa Melhor em Casa configura-se como uma estratégia, no âmbito das políticas públicas, voltada à oferta de cuidados multiprofissionais no domicílio, articulada às Redes de Atenção à Saúde e orientada por normativas federais.

Com base nisso, o presente artigo consiste em uma avaliação do Programa Melhor em Casa em Teresina, Piauí. O propósito do estudo é avaliar a conformidade do PMeC com as normativas que o regem. Para tanto, foram realizados um levantamento de produções acadêmico-científicas em bases de dados selecionadas e a coleta de dados em bases nacionais de informação em saúde.

A questão norteadora do estudo é: a quantidade e a composição das equipes de atenção domiciliar que operacionalizam o Programa Melhor em Casa em Teresina/PI estão de acordo com a normativa do programa? A relevância deste estudo fundamenta-se na necessidade de compreender em que medida a implementação local do programa atende às exigências institucionais previstas nas normativas federais, especialmente em um município de grande porte populacional e de relevância regional no atendimento à saúde.

O objetivo geral do presente estudo é avaliar a concordância entre as normativas que regulamentam o Programa Melhor em Casa e a configuração das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Teresina, Piauí, considerando a proporção de equipes implantadas, sua composição profissional e a carga horária de trabalho em relação aos parâmetros estabelecidos pelas portarias ministeriais vigentes.

Quanto aos objetivos específicos tem-se que correspondem a identificar o quantitativo de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP) implantadas no município de Teresina no período de 2014 a 2024, verificar a adequação entre o número de equipes implantadas e o contingente populacional do município, conforme os critérios normativos do Programa Melhor em Casa e, por fim, analisar a composição profissional das equipes EMAD e EMAP a partir dos dados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Examinar a carga horária semanal dos profissionais integrantes das equipes, confrontando-a com os requisitos mínimos definidos na regulamentação do Serviço de Atenção Domiciliar.

2 Marco Teórico / Resultados

Com base na observação do ciclo das políticas públicas, a avaliação pretendida está associada à etapa de implementação, a qual, segundo Jannuzzi (2011, p. 262), diz respeito à etapa em que a política pública começa a ser executada e em que os recursos alocados começam a se transformar em ações capazes de agir e mudar certa realidade”. Em definição, a avaliação de implementação ou avaliação de processos objetiva:

[...] avaliar se a política é executada conforme o seu desenho, identificando se os elos entre os insumos, os processos e os produtos estão condizentes com o esperado ou se podem ser aprimorados (BRASIL, 2018, p. 157).

Nesse contexto, com base na abordagem de Figueiredo e Figueiredo (1986, p. 110-111), a avaliação está pautada na aferição da eficácia: “se o programa está sendo (ou foi) implementado de acordo com as diretrizes concebidas para a sua execução e se o seu produto atingirá (ou atingiu) as metas desejadas”. Busca-se observar, especificamente, se as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar, por meio do Programa Melhor em Casa em Teresina/PI, foram implantadas de acordo com o disposto nas Portarias nº 825, de 25 de abril de 2016, e nº GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, no que tange à composição e proporção em relação ao contingente populacional do município.

Esse objetivo pode ser relacionado à motivação instrumental e ao critério da eficácia funcional delineados por Figueiredo e Figueiredo, pois o estudo visa “aferir se os meios e a metodologia de implantação do programa estão sendo empregados de acordo com as estratégias previamente definidas” (FIGUEIREDO E FIGUEIREDO, 1986, p. 112). Assim, busca-se verificar se a quantidade de equipes implantadas no período de 2014, ano de início das atividades da primeira equipe, a 2024, ano de início do presente estudo, correspondia ao porte populacional do município de Teresina/PI.

Segundo a Portaria Nº 983, de 27 de maio de 2013, a atenção domiciliar é “caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013). Com isso, torna-se possível inferir que a atenção domiciliar abrange a concepção de um serviço transversal integrado às Redes de Atenção à Saúde (RAS), que oferece ações de cuidado à saúde e ao bem-estar de usuários/as que necessitam de um aparato mais próximo ao cotidiano, permitindo que o cuidado seja realizado no ambiente domiciliar, o que favorece a manutenção do vínculo com a rede sociofamiliar e promove maior humanização do atendimento.

De acordo com Procópio et al. (2019, p. 593), o crescimento desse modo de cuidado à saúde é uma maneira de “atender à necessidade de viabilidade e sustentabilidade econômicas dos sistemas de saúde, bem como à busca de uma proposta de cuidado que promova maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, reduzindo as iniquidades em saúde”. Mesmo com o estabelecimento de objetivos

que visam à melhoria do cuidado integral à saúde, não pode ser perdido de vista o desafio de implementação e manutenção da atenção domiciliar enquanto componente da saúde pública, pois “[...] a sua oferta permanece aquém das necessidades no País, e ela encontra-se vulnerável às mudanças governamentais e às prioridades econômicas” (PROCÓPIO, 2019, p. 593).

Para operacionalizar a AD, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) atua como “substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)” (BRASIL, 2013). Os objetivos do SAD são:

Redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (BRASIL, 2024).

É importante mencionar que a efetivação do SAD foi planejada por meio da integração entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e o Distrito Federal. As responsabilidades estão descritas na Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que apresenta pontos cruciais para a execução da atenção domiciliar. Dentre elas, vale destacar a garantia da composição da equipe de assistência do SAD/PMcC, como responsabilidade do nível municipal; a habilitação das equipes pelo nível estadual; e a transferência do incentivo financeiro aos municípios, a fim de viabilizar o aporte ao SAD/PMcC (BRASIL, 2024).

Como estratégia para impulsionar o SAD, o Ministério da Saúde implementou o Programa Melhor em Casa. De acordo com o Ministério da Saúde, o público-alvo do programa é composto por “pessoas de todas as idades e com diferentes problemas de saúde que podem receber esse cuidado em casa, incluindo aqueles que precisam de cuidados frequentes, diários e especializados para tratar diversas condições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). A adesão ao programa ocorre de forma tripartite, pactuada entre os três níveis de governo e, no nível federal, o intermédio é realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

A referida integração também abrange a avaliação e o monitoramento dos SAD/PMcC, tendo como referência os indicadores propostos no ‘Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa’ (BRASIL, 2024). As informações dos usuários, necessárias para o monitoramento e avaliação do PMcC, são registradas no módulo e-SUS Atenção Domiciliar, conectado ao e-SUS Atenção Básica. O objetivo desse sistema é “qualificar o registro de informações, possibilitando sua realização de forma mais ágil e com menor perda de dados, bem como auxiliar a gestão e regulação do cuidado e a integração com outros serviços da rede de atenção à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A composição mínima das equipes está expressa nas bases legais que regem o funcionamento do SAD/PMec:

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima: I - EMAD Tipo 1: a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe; Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho: I - assistente social; II - fisioterapeuta; III - fonoaudiólogo; IV - nutricionista; V - odontólogo; VI - psicólogo; VII - farmacêutico; ou VIII - terapeuta ocupacional. Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho (BRASIL, 2016).

Em Teresina, as equipes do SAD/PMec estão em conformidade com a composição mínima estabelecida na portaria. O cuidado multiprofissional viabiliza a atenção integral à saúde dos usuários e possibilita ações diferenciadas, mas articuladas, para atender às suas demandas, contribuindo também para a observância de suas singularidades.

Deve-se ressaltar que, para afirmar com precisão que a assistência domiciliar prestada pelas EMADs e pela EMAP de Teresina está aquém do planejado, é imprescindível a realização de um estudo que reúna outros dados, sobretudo os locais e de acesso restrito a gestores e profissionais. Sem a investigação aprofundada desses dados, a afirmação é que os registros publicados nos sistemas de acesso aberto discordam da normativa do SAD/PMec.

2. Material e Método

Com o intuito de situar a importância do estudo sobre o Programa Melhor em Casa, foi realizada uma revisão de literatura, no período de novembro a dezembro de 2024, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O levantamento dos estudos priorizou aqueles que têm como foco a avaliação do funcionamento, da implantação ou dos resultados da atenção domiciliar no SUS. Em cada base de dados, os descritores utilizados foram “avaliação” e “melhor em casa”, entre aspas. Foram observados os seguintes elementos: tipo de produção, grande área de conhecimento, tema e objetivo geral.

Na BDTD (<https://bdtd.ibict.br/vufind/>), a busca retornou 40 resultados e, após a leitura flutuante para identificar os elementos escolhidos, restaram 15 estudos. Na BVS (<https://brasil.bvs.br/>), na página de teses e dissertações, após a pesquisa com os descritores, foi escolhida a coleção completa da biblioteca, o que gerou 20 resultados; após a leitura, restaram 8

produções. Por último, no catálogo da CAPES (<https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>), a busca retornou 20 resultados e, após a busca por aqueles que enfatizam a avaliação, restaram 4 estudos. Após a caracterização dos 27 estudos, foram selecionadas 8 produções que enfatizavam a avaliação dos fatores sociopolíticos do Programa Melhor em Casa.

Observou-se que os estudos sobre o PMeC têm ganhado espaço em diversas áreas do conhecimento. Para mais, considerou-se importante analisar a composição das equipes, pois esse fator também impacta diretamente a concordância com o que está sendo realizado, com os objetivos do SAD/PMeC, relacionados e discutidos na próxima seção.

A fim de alcançar os objetivos propostos, foram analisados os dados obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes às equipes de saúde do Piauí – especificamente, as EMAD Tipos I e II e a EMAP –, cruzados com o número de habitantes do município de Teresina/PI, obtido junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Outrossim, foram realizadas consultas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para analisar as informações sobre as equipes dos estabelecimentos de referência.

3. Resultados e Discussão

3.1 O Programa Melhor em Casa como Objeto de Estudo nas Produções selecionadas

Dentre os 27 trabalhos selecionados, 24 estudos (89%) foram desenvolvidos na grande área de Ciências da Saúde, 2 (7%) em Ciências Sociais Aplicadas e 1 (4%) em Ciências Humanas, como se pode constatar na Tabela 1.

Tabela 1. Grande área de conhecimento / número de trabalhos selecionados. Valor absoluto: abs.

Grande área de conhecimento	Abs	%
Título da seção primária	24	89
Título da seção secundária	5	7
Título da seção quaternária	1	4
TOTAL	27	100

Fonte: Elaboração própria a partir de levantamento nas bases de dados escolhidas.

Observando a Tabela 1, pode-se inferir que a concentração de estudos nas Ciências da Saúde revela oportunidades para abordagens integradas e multidimensionais do programa. Ademais, a Tabela 2 apresenta os temas abordados: avaliação de serviço, programa ou política (30%), aspecto clínico (22%), trabalho profissional (15%), cuidador (11%), percepção do usuário (11%), produção científica (7%) e educação em saúde (4%).

Tabela 2. Temas abordados. Valor absoluto: abs.

Temas	Abs	%
Avaliação de serviço, programa ou política	8	30
Aspecto clínico	6	22
Trabalho profissional	4	15
Cuidador	3	11
Percepção do usuário	3	11
Produção científica	2	7
Educação em saúde	1	4
TOTAL	27	100

Fonte: Elaboração própria a partir de levantamento nas bases de dados selecionadas.

O fato do maior número de estudos ser sobre a avaliação da atenção domiciliar, sejam eles sobre o serviço, o programa ou a política, demonstra que há um direcionamento para ações avaliativas e analíticas, como a mensuração de impactos, a validação de práticas e também de práticas de gestão.

Tomou-se relevante caracterizar, ainda que sucintamente, os oito estudos que avaliaram a atenção domiciliar no Brasil e, assim, tornar considerável o propósito de estudar a composição das equipes de AD em Teresina/PI. Não há a intenção de esgotar aqui as investigações sobre esse aspecto, mas sim de contribuir para preencher uma lacuna do conhecimento e incentivar mais estudos.

A dissertação de Oliveira Neto (2016, p. 21) analisou a implantação do PMeC nos municípios brasileiros e buscou “compreendê-lo sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde”. Dentre as variáveis analisadas, o autor analisou o tipo e a quantidade de EMADs e EMAPs por região, estado e município, a “competência de implantação das equipes” de acordo com o CNES e, quanto aos municípios, observou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o porte populacional dos municípios em faixas específicas (OLIVEIRA NETO, 2016, p. 53).

No sentido de avaliar a atenção domiciliar em uma base territorial específica, Almeida (2019) objetivou analisar o SAD/PMeC, com foco no atendimento pediátrico em Sobral, no Ceará. Os dados foram coletados por meio de formulários e entrevistas com profissionais (gerente, profissionais de saúde que atuam na AD e cuidadores). É interessante mencionar que Almeida analisou a composição das equipes, comparando-a com o estabelecido na Portaria nº 825. Relacionado a esse estudo, Nascimento et al. (2022, p. 2) apresentaram uma “avaliação da tríade estrutura-processo-resultado definida no referencial teórico-metodológico de Donabedian”, considerando “apenas os dados e as análises referentes à dimensão processo”.

Silva (2022) buscou “avaliar a Política Nacional de Atenção Domiciliar no tocante ao tempo médio de permanência por paciente/dia na rede de urgência e emergência em Pernambuco entre 2013 e 2016”. Utilizando o “método econométrico de controle sintético, desenvolvido por Abadie e Gardeazabal por meio da construção de uma contrafactual” (SILVA, 2022, p. 33), a autora analisou

fatores como os serviços de atenção domiciliar habilitados e implantados em Pernambuco, o potencial do programa para aliviar a sobrecarga dos estabelecimentos de urgência e emergência, a cobertura populacional, a origem dos usuários, entre outros.

Outrossim, Rodrigues (2013) avaliou o PMeC referenciado ao Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (Natal/RN), com o intuito de “compreender como as ações implementadas pelo hospital promovem de forma eficaz os benefícios do SAD/PMeC” (RODRIGUES, 2013, p. 18). Segundo o autor, sua pesquisa focou em “uma avaliação formativa ou de processo da política pública SAD e privilegia o aspecto da eficácia” (RODRIGUES, 2013, p. 80) e, para desenvolvê-la, realizou análise de dados de saúde e entrevistas com coordenadoras, subcoordenador e profissionais da EMAD, da EMAP e da Unidade de gerenciamento de vagas do complexo hospitalar.

Bases de dados, como o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), são fontes significativas para a construção do conhecimento. Relacionado a esse fato, Bogado (2022) realizou um estudo quantitativo na referida base, delimitando o período de 2008 a 2019, com o objetivo de “analisar as internações domiciliares do SUS nesse período e correlacioná-las com o custo de internação, variáveis clínicas e epidemiológicas” (BOGADO, 2022).

Utilizando o mesmo sistema – SIH/SUS –, Nishimura, Carrara e Freitas (2019, p. 3) desenvolveram sua pesquisa com o objetivo de “verificar se o programa Melhor em Casa consegue reduzir os gastos com internações hospitalares”. Mediante um desenho de regressão descontínua, os autores utilizaram as covariáveis ou variáveis de controle: “idade e gastos com pacientes na unidade de terapia intensiva”.

Por último, apresenta-se o artigo de Pozzoli (2013, 157), que discutiu o caráter legal dos serviços de atenção primária e domiciliar, analisou “a proposta do Projeto Melhor em Casa do Ministério da Saúde, como modelo de atenção domiciliar brasileiro” e refletiu sobre como esses serviços podem promover a saúde mental do idoso e do cuidador”. A discussão da autora aborda a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde do Idoso, o Programa Saúde da Família – atualmente, Estratégia Saúde da Família –, o Programa Agentes Comunitários de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e alcança a implantação do Programa Melhor em Casa no Brasil.

3.2 O Programa Melhor em Casa como Objeto de Estudo nas Produções Selecionadas

Com base no Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população residente em Teresina/PI era de 866.300 pessoas, com população estimada para 2024 de 902.644 pessoas (IBGE, 2022). Segundo o Censo de 2010, a população do município era de 814.439

pessoas (IBGE, 2010), com estimativa de 840.600 para 2014 (IBGE, 2014). Essas referências servem de base para discutir a implantação das equipes de atenção domiciliar de acordo com o contingente populacional do município.

Segundo a Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 de janeiro de 2024:

1º Municípios com população superior a 200.000 (duzentos mil) habitantes poderão solicitar aumento do número de equipes EMAD adicionais, modificando a proporção de uma a cada 100.000 (cem mil) habitantes para uma a cada 80.000 (oitenta mil) habitantes, desde que todas as equipes já atuantes tenham atingido, nos 12 (doze) meses anteriores ao momento da solicitação, os seguintes indicadores:

I - Média do número de pacientes por EMAD tipo I maior ou igual a 50 (cinquenta);

II - Percentual de alta mensal do SAD maior ou igual a 25% (vinte e cinco por cento);

III - Procedência hospitalar maior ou igual a 70% (setenta por cento); e

IV - Cadastro das equipes no CNES e alimentação do SISAB, sem suspensão nos 12 (doze) meses anteriores.

§ 2º A proporção de que trata o § 1º poderá ser reduzida novamente, mediante solicitação, para uma a cada 64.000 (sessenta e quatro mil) habitantes, caso haja o atingimento prévio dos indicadores listados nos incisos do § 1º por todas as equipes atuantes, após um ano do deferimento do primeiro aumento de equipes.

§ 3º Em municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de uma EMAD, fica facultada à organização do SAD/PMec a estruturação por meio de arranjos diferenciados compostos por EMAD especializadas, responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, tais como atendimento pediátrico, ortopédico, cuidados paliativos, ventilação mecânica, dentre outros, conforme a necessidade assistencial do território (BRASIL, 2024).

De acordo com a coleta de dados no tabulador do DATASUS, a primeira Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar implantada em Teresina refere-se ao ano de 2014. A equipe foi ativada, tendo como estabelecimento de referência a Unidade de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha - HUT (CNES: 5828856), sob o nome HUT EMAD e com o Identificador Nacional de Equipe (INE) n° 0001551809.

Em notícia divulgada pela Fundação Municipal de Saúde (FMS/TERESINA), a EMAD do HUT tinha uma média de 60 pacientes atendidos em domicílio (FMS, 2021). Esse fato pode ter impulsionado a implantação de uma EMAD adicional e da primeira EMAP na capital, o que, entretanto, ocorreu apenas em 2024. As equipes referidas estão vinculadas ao Hospital Getúlio Vargas (CNES: 2726971), com os nomes EMAD HGV (INE: 0002494132) e EMAP HGV (INE: 0002494140).

O período entre a ativação da primeira EMAD e a ativação da EMAD adicional e da EMAP, quando relacionado à quantidade de habitantes de Teresina, suscita preocupação quanto ao comprometimento da eficiência do sistema de saúde municipal e à possibilidade de exacerbação das desigualdades sociais, sobretudo no que se refere à assistência domiciliar.

Haja vista que o presente estudo propõe avaliar a adequação do que está sendo realizado ao que está previsto nas bases legais do programa, torna-se importante “simular a adequação entre os meios e fins propostos, tendo em vista as condições organizacionais e sociais onde o programa está

sendo implementado” (FIGUEIREDO E FIGUEIREDO, 1986, p. 112). Nesse propósito, será calculado o número ideal de equipes do SAD/PMcC em Teresina, utilizando os números da população estimada em 2014 e 2024, com base no quantitativo de 80.000 habitantes, como estabelecido no primeiro inciso do Art. 559 da Portaria GM/MS nº 3.005.

Calculando a população estimada para 2014 (840.600 pessoas) e dividindo por 80.000, obtém-se que o número ideal de equipes, seguindo essa lógica, é de 10,51 equipes. Isso significa que com apenas uma equipe, a proporção de equipes implantadas em relação ao número ideal é de 9,52%. Há, assim, uma grande lacuna entre o número de equipes implantadas e o necessário para atender adequadamente a população considerada.

Em relação à estimativa populacional para 2024, 902.644 pessoas, se feito o mesmo cálculo com o quantitativo de 80.000, obtém-se o número de 11.283,05 equipes. Com isso, obtém-se a proporção de $\cong 26,5\%$ de adequação das equipes implantadas em relação ao número ideal. O déficit na proporção entre o número de equipes e o de habitantes pode gerar rebatimentos negativos na cobertura da saúde da população usuária do programa e também sobrecarga aos trabalhadores que prestam os serviços de atenção domiciliar.

No entanto, esse cálculo não evidencia outras nuances da habilitação de equipes do SAD/PMcC no município, tais como a média do número de pacientes por EMAD do tipo I ser maior ou igual a 50 e o percentual de alta mensal do SAD ser maior ou igual a 25%. É necessário também avaliar a procedência hospitalar dos usuários, devendo ser maior ou igual a 70%, bem como o cadastro das equipes no CNES e a alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), não podendo as equipes ser suspensas por 12 meses (BRASIL, 2024). Para mais, outro ponto a ser avaliado é que a normativa deixa “facultada à organização do SAD/PMcC a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD especializada” (BRASIL, 2024).

Outro elemento importante é a composição das equipes. Produzidas com base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, as tabelas 3, 4 e 5 apresentam a organização das equipes de atenção domiciliar em relação às ocupações atuantes e suas cargas horárias, elementos destacados na normativa do SAD/PMcC:

Tabela 3. Equipe HUT EMAD (INE: 0001551809). Carga horária: CH.

	CH Hospitalar	CH Ambulatorial	Outras CH
Médico clínico 1	0	40	0
Médico clínico 2	20	40	0
Enfermeiro 1	10	40	0
Enfermeiro 2	10	20	0
Fisioterapeuta	10	30	0
Técnico de enfermagem 1	10	30	0
Técnico de enfermagem 2	10	30	0

Técnico de enfermagem 3	30	30	0
Técnico de enfermagem 4	Não informado	Não informado	Não informado

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, julho de 2025.

Tabela 4. Equipe EMAD HGV (INE 0002494132). Carga horária: CH.

Ocupações	CH Hospitalar	CH Ambulatorial	Outras CH
Médico clínico 1	0	40	0
Médico intensivista 1	20	40	0
Enfermeiro 1	10	40	0
Enfermeiro 2	10	20	0
Fisioterapeuta	10	30	0
Assistente social	10	30	0
Técnico de enfermagem 1	10	30	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, julho de 2025.

Tabela 5. Equipe EMAP HGV (INE 0002494140). Carga horária: CH.

Ocupações	CH Hospitalar	CH Ambulatorial	Outras CH
Nutricionista	30	0	0
Psicólogo clínico	30	0	0
Fonoaudiólogo geral	40	0	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, julho de 2025.

A composição mínima das equipes está expressa nas bases legais que regem o funcionamento do SAD/PMcC:

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima: I - EMAD Tipo 1: a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe; Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho: I - assistente social; II - fisioterapeuta; III - fonoaudiólogo; IV - nutricionista; V - odontólogo; VI - psicólogo; VII - farmacêutico; ou VIII - terapeuta ocupacional. Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho (BRASIL, 2016).

Em Teresina, as equipes do SAD/PMcC analisadas apresentam concordância com a composição mínima e com os parâmetros de carga horária estabelecidos nas normativas que regulamentam o programa, indicando adequação formal à estrutura profissional exigida para o funcionamento do serviço.

A presença de diferentes categorias profissionais nas equipes EMAD e EMAP favorece a atuação multiprofissional e interdisciplinar, fator imprescindível para a efetivação da atenção domiciliar como estratégia de cuidado integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal configuração possibilita o desenvolvimento de ações assistenciais articuladas, voltadas não apenas ao tratamento de condições clínicas, mas também à promoção da autonomia dos usuários, à continuidade

do cuidado e à consideração das especificidades sociais e familiares presentes no contexto domiciliar.

Entretanto, a conformidade observada em relação aos critérios normativos não permite, por si só, afirmar que a assistência domiciliar ofertada alcance plenamente os objetivos previstos no desenho do Programa Melhor em Casa. A análise das cargas horárias e da composição profissional evidencia adequação estrutural, mas não contempla dimensões relacionadas à dinâmica do processo de trabalho, à distribuição territorial da demanda, à intensidade do acompanhamento realizado ou às condições concretas de execução das atividades pelas equipes.

Nesse sentido, para avaliar com mais precisão a capacidade assistencial do serviço e seus impactos sobre a cobertura e a qualidade do cuidado, torna-se necessária a incorporação de dados locais e institucionais de acesso restrito, especialmente os vinculados à gestão municipal, ao monitoramento assistencial e à organização do fluxo de usuários. Assim, à luz das informações disponíveis em sistemas públicos, conclui-se que há correspondência formal entre a composição das equipes e a normativa vigente, ainda que permaneçam limitações analíticas quanto à verificação da efetividade prática da assistência domiciliar no município.

Considerações Finais

O trabalho consistiu na avaliação da eficácia funcional do Programa Melhor em Casa no município de Teresina/PI e teve como objetivo verificar a conformidade do PMeC com as normativas que o regem. Foram analisados os períodos de implantação das equipes de EMAD e EMAP no município, bem como a composição dessas equipes e a conformidade das cargas horárias profissionais com a normativa do programa. Para tanto, foi desenvolvido um indicador para aferir o “número ideal de equipes do SAD/PMeC em Teresina”.

Antes disso, foi realizada uma revisão de literatura na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), priorizando os estudos que têm como foco a avaliação de algum aspecto do programa. Foram selecionados 27 estudos e analisados as áreas de conhecimento e os temas abordados. Além disso, foram analisados 8 estudos que focaram em fatores sociopolíticos do programa.

Quanto à avaliação pretendida, afirma-se que revelou que a expansão do Programa Melhor em Casa em Teresina, no período de 2014 a 2024, foi demorada e não acompanhou o crescimento populacional. Em 2021, a média de pacientes atendidos pela EMAD HUT já era de 60, ultrapassando a exigência mínima de 50 por equipe. Ainda assim, a expansão ocorreu somente três anos depois, sugerindo uma desconexão entre as necessidades locais e as respostas políticas e administrativas. Tal

fato pode comprometer a eficiência do sistema de saúde municipal e acentuar desigualdades sociais, em especial no âmbito da assistência domiciliar.

Portanto, como recomendação pautada em avaliação, sugere-se desenvolver estudos avaliativos com dados de acesso restrito e local, para avaliar se o número de equipes do SAD/PMec em Teresina é capaz de prestar cuidado integral aos usuários e às suas demandas. Para mais, com o intuito de compreender os acordos estabelecidos entre profissionais, equipes e gestão, recomenda-se investigar os registros locais para verificar a concordância entre a normativa e a prática, o que viabiliza a continuidade integral do cuidado domiciliar.

Referências

ALMEIDA, Marcelo Bitu de. Avaliação da qualidade do serviço de assistência domiciliar pediátrica no "Programa Melhor em Casa": a experiência de uma cidade de grande porte do Ceará. 2019. 108 f. **Dissertação** (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2019. Disponível em: https://sucupira- legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=9146323. Acesso em: 21 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da ministra. GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de AD (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). **Diário Oficial da União**, Brasília. Seção 1, nº 4 de sexta-feira, 5 de janeiro de 2024, p.56. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/01/2024&jornal=515&pagina=56>. Acesso em: 8 out. 2024.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 20 de dez. 2024.

BRASIL. Gabinete do Ministro. 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. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 20 de dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 48 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf. Acesso em: 10 de out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

Ano VII, v.1 2026 | **submissão: 15/04/2026** | **aceito: 19/04/2026** | **publicação: 29/04/2026**

Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 1 jan. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais. **Avaliação de Políticas Públicas**: guia prático de análise ex post. Ministério da Fazenda. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; Ministério da Transparência e da Controladoria-Geral da União. Brasília, 2018. 2 v.

BOGADO, Jhony Marcelo. O sistema de homecare do SUS no Brasil: avaliação do programa Melhor em Casa, da depressão e da autonomia em idosos internados por ele. 2022. 64 f. **Dissertação** (Mestrado) - Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2022. Disponível em: https://sucupira-legado.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=11397837. Acesso em: 21 dez. 2024.

FIGUEIREDO, Marcus Faria, FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro teórico de referência. **Análise e Conjuntura**. Belo Horizonte, 1 (3), 107 - 127, set./dez. 1986.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (Teresina). Prefeitura de Teresina. **HUT leva saúde para casa com equipe multidisciplinar de atenção domiciliar**. 2021. Disponível em: <https://site.fms.pmt.pi.gov.br/noticia/4242/hut-leva-saude-em-casa-com-equipe-multidisciplinar-de-atencao-domiciliar>. Acesso em: 02 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**: Piauí. Brasília, DF. 2010. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_piaui.pdf. Acesso em: 1 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios em 2014**. 2014. Elaborado por Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14659-asi-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-em-2014>. Acesso em: 01 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**: Teresina. Brasília, DF. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi/teresina.html>. Acesso em: 1 jan. 2025.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Avaliação de programas sociais no Brasil: repensando práticas e metodologias de pesquisa avaliativa. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.36, jan./jul., 2011.

MENDES, Pâmela Driely Georges. Avaliação da atenção paliativa e do grau funcional na atenção domiciliar. 2023. **Dissertação** (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/4834>. Acesso em: 20 dez. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospital Getúlio Vargas – HGV. Ficha de identificação. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília. Disponível em:



Ano VII, v.1 2026 | **submissão: 15/04/2026** | **aceito: 19/04/2026** | **publicação: 29/04/2026**

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2211002726971>. Acesso em 1 de jan. de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Unidade de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha – HUT. Ficha de identificação. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília.

Disponível em:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2211005828856>. Acesso em 1 de jan. de 2025.

NASCIMENTO, Ana Beatriz Oliveira do; BALICA, Héryca Laiz Linhares; MAYORGA, Fernando Daniel de Oliveira; SILVA, Maria Adelane Monteiro da; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão; ALMEIDA, Marcelo Bitu de. Limites e potencialidades da assistência domiciliar pediátrica em um município do estado do Ceará. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 55, n. 2, p. e-181963, 2022. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.181963. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/181963>. Acesso em: 21 dez. 2024.

NISHIMURA, Fábio; CARRARA, Aniela Fagundes; FREITAS, Carlos Eduardo de. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 53, p. 104, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2019053000859. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/164359>. Acesso em: 21 dez. 2024.

OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de. Análise do Programa Melhor em Casa: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2016. 161 f. **Dissertação** (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

Disponível em:

http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/20974/1/2016_AristidesVitorinodeOliveiraNeto.pdf. Acesso em: 06 dez. 2024.

POZZOLI, S. M. L. Assistência Domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 155–167, 2013. DOI: 10.23925/2176-901X.2012v15i4p155-167. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/7961>. Acesso em: 21 dez. 2024.

PROCÓPIO, Laiane Cláudia Rodrigues; SEIXAS, Clarissa Terenzi; AVELLAR, Raquel Souza; SILVA, Kênia Lara da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 592–604, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2024.

RODRIGUES, Francenildo Dantas. Uma avaliação do serviço de atenção domiciliar do programa Melhor em Casa: o caso do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. 2013. 160 f. **Dissertação** (Mestrado em Política e Gestão Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/16906>. Acesso em: 20 dez. 2024.

SILVA, Michely Bezerra da. Avaliação da Política Nacional de Atenção Domiciliar no Estado de Pernambuco: tempo médio de permanência por paciente/dia na rede de urgência e emergência.



Ano VII, v.1 2026 | submissão: 15/04/2026 | aceito: 19/04/2026 | publicação: 29/04/2026

2018. 69 f. **Dissertação** (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/31144>. Acesso em: 21 dez. 2024.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.