

# Potencializar a utilização do Programa Melhor em Casa

## RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

Versão: 6.0

**Data:** 26/09/2023

---

**Departamento:** Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

**Coordenação:** Geral de Atenção Domiciliar

**Chefe do projeto:** Mariana Borges Dias

**Equipe do projeto:** Amanda Conti, Ângela Santos, Denise Araújo, Fábio Modesto e Silva, Fernanda Hamze, Renali Souto, Tarcísio Aquino

## ÍNDICE

Introdução -----	05
Identificação do problema regulatório -----	06
Contextualização do problema regulatório -----	06
Identificação das causas e consequências do problema regulatório -----	11
Definição dos objetivos a serem alcançados -----	12
Objetivo Geral -----	12
Objetivos Específicos -----	12
Resultados esperados -----	12
Mapeamento de atores interessados e afetados -----	13
Base legal, diretrizes e recomendações -----	15
Levantamento de literatura e benchmarking -----	16
Alternativas regulatórias -----	19
Identificação e seleção de alternativas regulatórias -----	22
Alternativa regulatória 01 -----	23
Alternativa regulatória 02 -----	24
Alternativa regulatória 03 -----	24
Comparação das alternativas e alternativa proposta -----	25
Relação e comparação entre critérios e alternativas -----	27
Consulta e participação social -----	29
Identificação dos efeitos e riscos da alternativa escolhida -----	29
Considerações finais e encaminhamentos -----	36
Referências Bibliográficas -----	38

## **1. SUMÁRIO EXECUTIVO**

O presente Relatório trata-se da Análise de Impacto Regulatório (AIR) a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão sobre alternativa regulatória normativa ou não normativa para mitigar o problema regulatório descrito a seguir (Figura 1).

### **1.1 Problema regulatório identificado**

Subutilização do potencial do Programa Melhor em Casa

### **1.2 Objetivos desejados**

#### **1.2.1 Objetivo Geral**

- Potencializar a utilização do Programa Melhor em Casa

#### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Articular SAD e RUE;
- Oportunizar capacitação para equipes;
- Apoiar gestores para melhor gerenciamento do SAD e dos recursos;
- Compartilhar recursos com outros entes federativos;
- Aprimorar comunicação e informação com apoio do CONASS, CONASEMS e reforçar parcerias com secretarias estaduais;
- Ampliar escopo de atuação da atenção domiciliar;
- Melhorar compreensão das regras do programa.

### **1.3 Alternativas de solução consideradas**

- Manutenção da situação atual, “*status quo*” (alternativa não normativa);
- Portaria, no curto prazo, revisando regras do programa Melhor em Casa com ações de Educação Permanente;
- Portaria, no longo prazo, instituindo mecanismos variáveis de remuneração com ações de Educação Permanente.

## **1.4 Ação sugerida e porque ela foi escolhida**

Portaria, no curto prazo, revisando regras do programa Melhor em Casa com ações de Educação Permanente.

## **1.5 Justificativa da escolha**

Esta alternativa considera que, ao criar uma revisão de normativa, em curto prazo associando ações de capacitação profissional alinhada à reabilitação de usuários em domicílio, com gestão de rede, otimização das altas programadas, essencialmente com apoio de reabilitação em municípios pequenos, poderia otimizar a rotatividade de leitos e a admissão de usuários de maior complexidade no PMeC.

Como toda alternativa, esta apresenta impactos negativos como recursos financeiros equitativos para equipes que atendem maior complexidade (insumos, materiais e medicamentos), além da otimização parcial da potencialidade do PMeC.

Todavia, possibilitará maior capacitação técnica das equipes com maior possibilidade de atendimento de pacientes mais complexos, essencialmente por apresentar maior subsídio técnico para profissionais, uniformidade nas condutas, maior segurança para o paciente, inserção mais efetiva do PMeC nos municípios menores que 20.000 habitantes, oportunizando a reabilitação em ambiente domiciliar e otimizando as especialidades de território, em alinhamento com a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES).

## **1.6 Possíveis impactos da ação sugerida**

### **1.6.1 Impactos positivos**

- Maior subsídio técnico para profissionais, com maior possibilidade de atendimentos mais complexos;
- Uniformidade nas condutas;
- Maior segurança com o plano terapêutico para o paciente;
- Inserção mais efetiva do PMeC nos municípios menores que 20.000 habitantes, oportunizando a reabilitação domiciliar.

## 1.6.2 Impactos negativos

- Recursos financeiros não equitativos para equipes que atendem maior complexidade (insumos, materiais e medicamentos);
- Otimização em curto prazo da potencialidade do PMeC.

Sumário Executivo	
<b>Problema Regulatório</b>	Defasagem dos repasses financeiros frente às necessidades de pacientes com múltiplas complexidades do Programa Melhor em Casa
<b>Objetivos Desejados</b>	<b>Objetivo Geral</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Potencializar a utilização do Programa Melhor em Casa.</li></ul> <b>Objetivos Específicos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Articular SAD e RUE;</li><li>• Oportunizar capacitação para equipes;</li><li>• Apoiar gestores para melhor gerenciamento do SAD e dos recursos;</li><li>• Compartilhar recursos com outros entes federativos;</li><li>• Aprimorar comunicação e informação com apoio do CONASS, CONASEMS e reforçar parcerias com secretarias estaduais;</li><li>• Ampliar escopo de atuação da atenção domiciliar;</li><li>• Melhorar compreensão das regras do programa.</li></ul>
<b>Alternativas Consideradas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manutenção da situação atual, "status quo" (alternativa não normativa);</li><li>• Portaria, no curto prazo, revisando regras do programa Melhor em Casa com ações de Educação Permanente;</li><li>• Portaria, no longo prazo, instituindo mecanismos variáveis de remuneração com ações de Educação Permanente.</li></ul>
<b>Ação Sugerida</b>	Portaria, no curto prazo, revisando regras do programa Melhor em Casa com ações de Educação Permanente;
<b>Possíveis impactos da ação sugerida</b>	<b>Impactos positivos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Maior subsídio técnico para profissionais, com maior possibilidade de atendimentos mais complexos;</li><li>• Uniformidade nas condutas;</li><li>• Maior segurança para o paciente;</li><li>• Inserção mais efetiva do PMeC nos municípios menores que 20.000 habitantes, oportunizando a reabilitação domiciliar.</li></ul> <b>Impactos negativos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos financeiros não equitativos para equipes que atendem maior complexidade (insumos, materiais e medicamentos);</li><li>• Otimização parcial da potencialidade do PMeC.</li></ul>

Figura 01: Sumário Executivo representado em infográfico

## 2. INTRODUÇÃO

O presente relatório de Análise de Impacto Regulatório (AIR) resulta de trabalho realizado pela equipe técnica da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHU/SAES, inserido na agenda regulatória da SAES em 2023.

O relatório descreve as etapas do processo AIR e destaca a importância de revisar e reformular as normas atuais de Atenção Domiciliar para melhor se adaptar à complexidade dos pacientes elegíveis. Além disso, enfatiza a necessidade de definir critérios que maximizem o uso eficaz do Programa Melhor em Casa (PMeC), que atualmente não é plenamente aproveitado, evitando assim a sobreposição de ações com a Atenção Primária à Saúde (APS).

### **3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO**

Subutilização do potencial do Programa Melhor em Casa.

#### **3.1 Contextualização do problema regulatório**

A Atenção Domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde que possui estratégias e mecanismos para o cuidado.<sup>1</sup> Configura-se ainda como uma opção à assistência hospitalar, ocasionando redução da demanda por leitos ou períodos de internação no hospital, redução de complicações decorrentes de longos períodos de hospitalização e consequente otimização dos recursos/tecnologias destinados às pessoas hospitalizadas.<sup>2,3</sup>

Por sua vez, a modalidade de AD propicia também um cuidado individualizado, humanizado, centrado no usuário, restaurador, confortador e contextualizado com a realidade do sujeito. Possibilita a reaproximação dos usuários aos seus familiares e pessoas que para eles são significativas, sendo capaz de proporcionar a recuperação da condição de saúde do indivíduo em um espaço sob seu domínio, um novo 'espaço de cuidado'.<sup>3,4</sup>

Os serviços de atenção domiciliar (SAD) públicos surgiram na década de 1960 e se expandiram no país com maior força, porém de forma isolada e desarticulada, a partir da década de 1990.<sup>1</sup> A efetiva regulamentação de seu funcionamento e incorporação definitiva no SUS aconteceu em 2011, quando o Ministério da Saúde (MS) assumiu o desafio de incorporar a AD como uma redefinição estratégica para o âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Melhor em Casa (PMeC), ofertando SADs nos municípios brasileiros.<sup>5</sup> Atualmente é regido pelas Portarias GM/MS de Consolidação nº 1, 5 e 6 de 2017,<sup>6</sup> realocando o texto da Portaria GM/MS 825 de Abril de 2016 que define a AD no âmbito do SUS.<sup>5</sup>

Conforme Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 de 2017, são conceitos estruturantes da normativa vigente:

Art. 532. Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação,

palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

Art. 533. O SAD tem como objetivos:

I - redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - redução do período de permanência de usuários internados;

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e

IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Em toda sua evolução, o PMeC apresentou um grande potencial como um componente essencial na linha de transição de cuidado. No entanto muitas vezes subestimado em seu contexto, equivocadamente associado à Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à admissão de seus usuários. Em meio a tantas incongruências, alguns estudos sobre custo-benefício, elegibilidade, interpretação do PMeC na Rede de Atenção à Saúde (RAS) foram produzidos.

Neste íterim, Castro e colaboradores, em 2018, por meio de um estudo qualitativo e multicêntrico e com o intuito de compreender os modos de organização da AD no contexto da atenção à saúde ofertada por municípios que aderiram ao PMeC, no estado de Minas Gerais, verificaram que esta modalidade assistencial substitutiva apresenta potencial para a efetividade dos serviços, redução da fragmentação e resolubilidade das necessidades de saúde.<sup>7</sup>

Dessa forma, a AD surge como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de institucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” e trazendo grande potencial de inovação, ou seja, a AD se propõe a possibilitar a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto atendimento e de apoiar as equipes de APS no cuidado

àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada em domicílio, de acordo com os princípios do SUS.<sup>4</sup>

Tecnicamente, um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”, importante ao propor celeridade ao processo de alta hospitalar com cuidado continuado em domicílio, minimizando intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar. Outros eixos importantes são o de ofertar suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares, instituir o papel do cuidador e propor autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.<sup>8</sup>

As vantagens com relação a essa modalidade de assistência são várias:

- Maior humanização no tratamento<sup>9</sup>.
- Redução das internações hospitalares<sup>9</sup>.
- Diminuição do tempo de permanência em hospitais <sup>10,11</sup>.
- Aumento da satisfação do paciente e de seus familiares ao receber tratamento em casa (benefício de difícil mensuração) <sup>10,11</sup>.

Entretanto, em 2022, Silva e colaboradores, constataram, por meio de um estudo transversal, que a maioria dos idosos e dos cuidadores demonstraram satisfação com o programa, havendo distinção nos aspectos associados a essa satisfação, nos quais apenas as características diretamente relacionadas ao programa influenciaram na satisfação, não ocorrendo o mesmo com as características socioeconômicas e demográficas.<sup>12</sup>

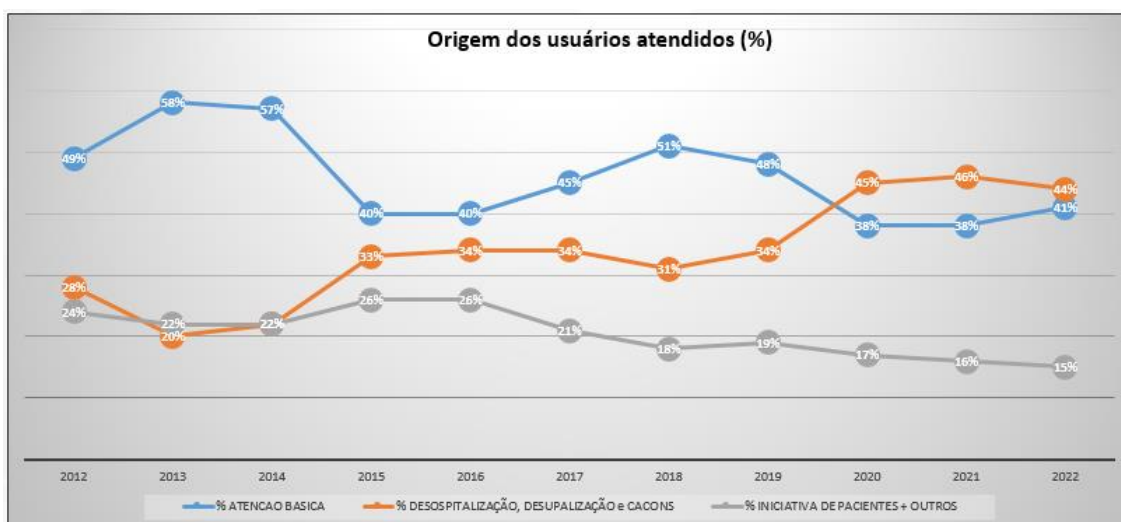
Embora o cenário anteriormente descrito seja promissor, há uma considerável quantidade de Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) operando de forma inadequada, apesar das inúmeras iniciativas implementadas pela área técnica responsável ao longo dos anos.

Conforme a análise ao longo da década de 2012 a 2022, observa-se um aumento considerável no número de admissões de usuários no Programa Melhor em Casa (PMeC). No entanto, é evidente que um percentual significativo desses pacientes, que teoricamente poderiam ser acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS), acabam utilizando os Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) de forma indefinida, como ilustrado na Figura 02. Essa constatação



ressalta uma subutilização do potencial do PMeC, especialmente em relação ao seu papel no cuidado de casos agudos, crônicos-agudizados e complexos.

Nota-se também uma inversão positiva da elegibilidade entre 2019 e 2020, caracterizada pelo contexto da pandemia de COVID-19, quando o PMeC "desospitalizou" muitos pacientes para otimizar a rotatividade de leitos hospitalares. Entretanto, nota-se que vem ocorrendo um declínio na elegibilidade de usuários com maior complexidade, evidenciando, assim, a subutilização do PMeC de modo gradativo e regressivo.



**Figura 02:** Origem dos usuários elegíveis ao PMeC (2012-2022). Fonte: DOU e CNES/GADOM

Ademais, um dos grandes desafios que a AD enfrenta também é a necessidade de adequações no funcionamento dos SADs e de melhorias nos recursos tecnológicos, comunicação e transporte a serem implementados pela gestão pública para tal qualificação,<sup>11</sup> além da dificuldade na elegibilidade e admissão de pacientes para os SADs dentro do perfil preconizado pelo PMeC.

Essas dificuldades têm repercussões abrangentes no Sistema Único de Saúde (SUS), afetando diversos atores e pontos de atenção. Isso se torna um problema relevante que impacta diretamente na otimização da gestão dos recursos financeiros destinados à saúde pública.

Em 2019, Nishimura e colaboradores, por meio de um estudo de regressão descontínua e com o objetivo de observar a efetividade do PMeC na redução de gastos com internações hospitalares, verificaram uma redução de aproximadamente 4,7% em 2011, 5,8% em 2012, e 10,2% em 2013.<sup>13</sup>

Concomitantemente, resultados de um artigo de revisão de 2020, Lima e colaboradores observaram que a AD parece ser uma alternativa aos gastos hospitalares e diminuição dos gastos no recorte de pacientes crônicos estáveis.<sup>14</sup>

Todavia, mesmo com algumas evidências relacionadas ao custo-benefício e potencial de AD realizada pelo PMeC em nível especializado, como observado durante a Pandemia COVID-19, atualmente observa-se, na prática, um declínio da utilização do potencial do programa, com consequências imediatas do problema em questão, em nível nacional, caracterizadas por:

No entanto, apesar de existirem algumas evidências relacionadas ao custo-benefício e ao potencial da Atenção Domiciliar (AD) conduzida pelo Programa Melhor em Casa (PMeC) em um nível especializado, como destacado durante a Pandemia de COVID-19, atualmente, na prática, observa-se um declínio da utilização do potencial do programa, com consequências imediatas do problema em questão, em nível nacional, caracterizadas por:

- Altas taxas de ocupação dos leitos hospitalares especialmente nas regiões metropolitanas;
- Baixa rotatividade dos leitos hospitalares, levando à longa permanência;
- Internações desnecessárias;
- Aumento nos riscos de infecções pela exposição prolongada ou desnecessária ao ambiente hospitalar;
- Comprometimento da qualidade de vida dos pacientes;
- Mal-uso dos recursos financeiros e maiores gastos orçamentários.

Dessa forma, este problema de extensão nacional desafia ainda mais a complexidade e desafio para qualquer alternativa de resolução para o problema identificado como “Subutilização do potencial do Programa Melhor em Casa”.

Portanto, a fim de subsidiar o processo de tomada de decisão, este relatório apresenta estudo do cenário atual do problema regulatório identificado e as alternativas para sanar tal problema.

Nesta AIR são considerados os subsídios recebidos de discussões sucessivas da área técnica da Coordenação Geral da Atenção Domiciliar

(CGADOM) no Ministério da Saúde (MS) com gestores, coordenadores e referências na implementação da AD no país no intuito de contribuir para melhoria da qualidade da análise que orientará a decisão final, integrando as decisões regulatórias às necessidades e demandas da sociedade e da saúde pública no Brasil.

Ressalta-se que a AIR representa um instrumento de análise técnica recomendatório, cujas informações e considerações são fundamentadas nas discussões e avaliações realizadas pela equipe técnica responsável, não refletindo, necessariamente, a posição final e oficial dos superiores, que somente ocorrerá por meio de deliberação específica.

### **3.2 Identificação das causas e consequências do problema regulatório**

Ao identificar o problema, foram elencadas as causas e consequências com o intuito de identificar os resultados esperados por meio dos objetivos de uma alternativa regulatória adequada (Figura 03):

São causas da subutilização do potencial do PMeC:

- Desarticulação do SAD/PMeC com a Rede de Urgência e Emergência (RUE);
- Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP) com capacitação insuficiente;
- Dificuldade da gestão e insuficiência de recursos;
- Dinâmica política do território;
- Cultura hospitalocêntrica;
- Baixa compreensão da portaria vigente.

São consequências da subutilização do potencial do PMeC:

- Longo tempo de permanência dos usuários no SAD/PMeC;
- Sobrecarga dos hospitais e serviços de urgência;
- Baixo desempenho das equipes.

<b>Causa \ Consequência</b>	<b>Longo tempo de permanência dos usuários no SAD</b>	<b>Sobrecarga dos hospitais e serviços de urgência</b>	<b>Baixo desempenho das equipes</b>
Equipes (EMAD/EMAP) com capacitação insuficiente	x	x	x
Dificuldade da gestão e insuficiência de recursos		x	x
Dinâmica política do território	x		x
Cultura hospitalocêntrica		x	
Baixa compreensão da portaria vigente	x	x	x
Desarticulação do SAD com RUE	x	x	x

**Figura 03.** Matriz de causas e consequências

## **4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Potencializar a utilização do Programa Melhor em Casa.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Articular SAD e RUE;
- Oportunizar capacitação para equipes;
- Apoiar gestores para melhor gerenciamento do SAD e dos recursos;
- Compartilhar recursos com outros entes federativos;
- Aprimorar comunicação e informação com apoio do CONASS, CONASEMS e reforçar parcerias com secretarias estaduais;
- Ampliar escopo de atuação da atenção domiciliar;
- Melhorar compreensão das regras do programa.

### **4.3 Resultados esperados**

- Tempo de permanência adequado;
- SAD/PMcC funcionando efetivamente como porta de saída das urgências e hospitais, promovendo cuidado continuado e fluidez dos serviços;
- Otimização do desempenho das equipes.

## 5. MAPEAMENTO DE ATORES INTERESSADOS E AFETADOS

ATORES	RELAÇÃO COM O PROBLEMA (CAUSAS OU CONSEQUÊNCIAS)
<b>Gestores do SUS (federal, estaduais, municipais)</b>	Equipes (EMAD/EMAP) com capacitação insuficiente (causa); Dificuldade da gestão e insuficiência de recursos (causa).
<b>Gestores, usuários e outros atores locais</b>	Dinâmica política do território (causa).
<b>Múltiplos atores</b>	Cultura hospitalocêntrica (causa); Baixa compreensão da portaria vigente (causa); Subutilização do potencial do Programa (consequência).
<b>Usuários e serviços</b>	Longo tempo de permanência dos usuários no SAD (consequência); Sobrecarga dos hospitais e serviços de urgência (consequência).
<b>Equipes e usuários</b>	Baixo desempenho das equipes (consequência).

Figura 03: Atores – Relação com o problema

### Atores:

- Gestores do SUS (federal, estaduais, municipais);
- Gestores, usuários e outros atores locais;
- Múltiplos atores;
- Usuários e serviços;
- Equipes e usuários.

Alocando os atores na matriz de *stakeholders* podemos enxergar de forma mais clara onde cada ator se localiza e o que esperar da sua atuação.

Um estudo recente de revisão sistemática e metassíntese (2022)<sup>15</sup> abordou a satisfação das partes envolvidas na AD. Para os fatores de inclusão deste estudo foram selecionados estudos que abordavam a percepção de população adulta de cuidadores, pacientes, profissionais de saúde e administradores de saúde. Em seguida, os resultados foram analisados para formar um tema mais abrangente, denominado por “as complexidades do desenvolvimento da Atenção Domiciliar” e outros quatro temas principais: 1) fatores que influenciam a seleção de pacientes, 2) vantagens da Atenção Domiciliar, 3) desafios da Atenção Domiciliar e; 4) facilitadores para o desenvolvimento da Atenção Domiciliar.

No que se refere à percepção da AD pelos *stakeholders*, dentro dos resultados desta metassíntese, alguns estudos relataram que “pacientes e cuidadores tiveram uma experiência de hospitalização mais confortável e personalizada”. Isso reduziu a ansiedade e aumentou a autoconfiança; outros

trabalhos demonstraram que profissionais de saúde e pacientes expressaram que as condutas médicas eram mais adequadas à realidade cotidiana do paciente; profissionais de saúde perceberam que a familiaridade e a privacidade do domicílio encorajaram os pacientes a “relatarem algo que nunca fariam se estivessem no hospital”; “ter pacientes sendo tratados no domicílio também libera leitos hospitalares para pessoas com quadros mais agudos”.<sup>15</sup>

Por outro lado, os desafios da AD também foram trazidos por vários estudos desta metassíntese. Para muitos profissionais de saúde e gestores, houve uma dificuldade operacional na AD, principalmente devido à natureza da AD como uma modalidade de atenção à saúde fora do ambiente hospitalar, o que torna difícil de ser incorporado de forma eficaz nos sistemas de pagamento existentes

Em consequência, a ausência de faturamento adequado trouxe o desafio para gestores avaliarem custos e economia de custo para cada caso. Em adição, outro desafio é caracterizado pela integração de tecnologia na AD, impossibilitando registros adequados e sincronização simultânea com outros serviços. Nesse aspecto, foi relatado também que “A provisão oportuna de serviços e encaminhamentos são necessários para garantir a qualidade do atendimento, ou seja, sem atrasos na comunicação ou falta de informações e um sistema de encaminhamento robusto”.

Em uma análise observada por meio dos indicadores resultantes de dados da elegibilidade (ESUSAB) no PMeC, por meio do DataSUS, observa-se que a baixa compreensão da portaria vigente são as principais causas do problema, com consequências como longo tempo de permanência dos usuários no PMeC, sobrecarga dos hospitais e serviços de urgência e baixo desempenho da equipe, levando ao problema caracterizado por subutilização do potencial do PMeC.

Neste contexto, observa-se que o sistema de saúde precisa ser apoiado por leis e regulamentos para manter a segurança da equipe e a cobertura médica legal à medida que a prestação de serviços se desloque para o domicílio dos pacientes. Além disso, é fundamental identificar claramente o papel desempenhado por todos os desde a gestão até o usuário, torna-se

imprescindível para analisar e efetivar positivamente no contexto prático, o papel do PMeC na linha de cuidado do usuário, dentro da RAS.

## **6. BASE LEGAL, DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES**

A portaria ministerial nº 1.384 de 08 de junho de 2022 altera a portaria nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde. No conteúdo da portaria 2.500 está escrito:

“Considerando a necessidade de organizar a legislação referente às normas do Sistema Único de Saúde - SUS, como forma, inclusive, de melhorar a formulação e a revisão de políticas públicas voltadas para a saúde, resolve:

(...)

Art. 2º Para os fins desta Portaria, consideram-se:

(...)

V - portarias normativas - atos normativos stricto sensu editados no âmbito do Ministério da Saúde, que possuam normas gerais e abstratas, como as que disponham sobre políticas, programas ou instruções para a execução de leis e decretos;

(...)

Art. 8º Competem aos órgãos do Ministério da Saúde a proposição de atos normativos, observadas suas respectivas áreas de competência.

Art. 9º Compete à Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde, órgão setorial da Advocacia-Geral da União, nos termos do art. 2º, inciso II, alínea "b", da Lei Complementar nº 73, de 10 de fevereiro de 1993, emitir parecer conclusivo sobre a constitucionalidade, a legalidade e a compatibilidade com o ordenamento jurídico das propostas de atos normativos stricto sensu, além de proceder à revisão da técnica legislativa.

Art. 10 (alterado pela portaria 1.384):

Compete ao Gabinete do Ministro, por intermédio da Divisão de Atos e Publicações Oficiais da Coordenação-Geral do Gabinete, providenciar a publicação oficial dos atos subscritos pelo Ministro de Estado da Saúde.

Parágrafo único. À Divisão de Atos e Publicações Oficiais compete supervisionar, controlar e executar as atividades relacionadas à publicação dos atos oficiais do Gabinete do Ministro na Imprensa Nacional e Boletim de Serviço Eletrônico - BSE do Ministério da Saúde, podendo realizar ajustes finais de técnica legislativa nos atos que lhe forem encaminhados.

Art. 10-A (acrescentado pela portaria 1.384): Compete ao gabinete de cada secretaria do Ministério da Saúde providenciar a publicação oficial dos atos subscritos pelo respectivo Secretário."

A partir do exposto anteriormente, concluímos que o Ministério da Saúde e a SAES possuem competência para atuar sobre o assunto. Portanto, deu-se o prosseguimento à construção da AIR que resultou neste relatório.

## **7. LEVANTAMENTO DE LITERATURA E *BENCHMARKING***

Em uma pesquisa recente realizada em 18/06/2023 em um portal eletrônico da PubMed®, utilizando os seguintes filtros: "últimos 10 anos", "meta-análises" e "revisões sistemáticas", sem restrição de idiomas, usando o termo de busca "hospital em casa" (um termo equivalente internacional para a Atenção Domiciliar), foram identificados inicialmente 122 artigos. Dentre esses, apenas 19 foram selecionados com base em seus títulos. Em uma etapa subsequente, todos os resumos foram lidos, o que resultou na exclusão de 18 estudos resumos não abordaram a complexidade da Atenção Domiciliar.

Por fim, o único artigo cujo resumo inicialmente parecia relevante para esta Análise de Impacto Regulatório (AIR) também foi excluído posteriormente, uma vez que não abordou a complexidade nem os custos associados à Atenção Domiciliar.



Concomitantemente, outra pesquisa fora realizada com o descritor específico “complexity in hospital at home”. Foram encontrados 20 estudos no total com os mesmos filtros anteriores. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 19 estudos. O único estudo em que poderia nos direcionar quanto à questão do atendimento domiciliar associado à complexidade era de estudos de países europeus e Estados Unidos da América e não havia uniformidade no desenho dos estudos.

Nenhum estudo brasileiro foi encontrado, nessas buscas eletrônicas, que apresentasse a atenção domiciliar relacionada à complexidade dos pacientes admitidos. Foram feitas outras buscas no Google e PubMed® com palavras-chave “política informada por evidência”, “área da saúde pública” e “atenção domiciliar”, das quais encontrou-se 9 artigos que, após leitura do “Resumo”, todos foram excluídos por não abordarem custos e ou complexidade na Atenção Domiciliar.

Nessas buscas anteriores outros artigos eram recomendados como “Artigos semelhantes” ou “Citados por”. Ao seguir tais recomendações e/ou citações, encontrou-se outros artigos que podem contribuir, em certa medida, para maior elucidação do problema regulatório. Nessa nova busca encontrou-se revisão sistemática e metassíntese na qual os autores elencaram 4 grandes temas sobre a percepção da Atenção Domiciliar.

O segundo tema proposto foi “*Vantagens da Atenção Domiciliar*”, sendo que uma das vantagens mostradas foi “*Aumento da capacidade de leitos hospitalares*”. O quarto tema proposto foi “*Facilitadores para o desenvolvimento da Atenção Domiciliar*”, sendo que um dos facilitadores foi “*Estruturas operacionais, regulatórias e legais de apoio para promover a prestação de cuidados no ambiente doméstico*”. Outro resultado desse estudo foi que os modelos de pagamento da AD são heterogêneos e mudam entre os países, sendo que muitos países carecem de modelos robustos de pagamento. Além disso, sugerem que reformas de financiamento para a saúde são críticas para o desenvolvimento de uma AD abrangente.<sup>15</sup>

Há um desafio, hoje, em criar modelos de pagamento na AD, uma vez que a fonte de recebimento tradicional pelos serviços é a ocupação de leitos

hospitalares. O investimento em telessaúde, com inteligência artificial para monitoramento de sinais vitais à distância, disponibilidade de canais de comunicação 24 horas com a equipe e possibilidade de acesso instantânea às informações do paciente em domicílio, deve ser uma estratégia a ser adotada<sup>14</sup>.

Conclui-se, portanto, que as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) enfrentam desafios atuais que vão além da necessidade de recursos financeiros para investir na expansão das tecnologias de monitoramento domiciliar. É igualmente fundamental que compreendam plenamente as responsabilidades do PMeC, seu potencial e seu papel dentro da RAS, essencialmente pela complexidade do paciente que pode ser beneficiado pelo PMeC.

Nesse contexto, a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar tomou diversas medidas para abordar esse desafio tais como: cursos EAD (Educação à Distância), webinários mensais, *lives* em mídias sociais, cartilhas, orientações *in loco*, sensibilização em seminários, congressos e eventos locais, regionais ou nacionais.

No entanto, nenhuma dessas ações conseguiu se traduzir em maior efetividade no aumento da taxa de admissão e acompanhamento de pacientes com maior complexidade nos SADs. A admissão de pacientes mais complexos nos SADs ainda permanece limitada a casos pontuais, e isso não representa uma prática comum na maioria dos SADs em todo o Brasil., por tanto são exceções, e não a regra.

Diante desse cenário, a Coordenação de Atenção Domiciliar, a partir do final de 2021 e início de 2022, iniciou um trabalho de *benchmarking* com vários SADs pelo território nacional e profissionais de referência nacional no assunto, tanto da assistência quanto da gestão e da academia. Foram convidados representantes das 5 (cinco) regiões brasileiras, referências estaduais e regionais, coordenadores de municípios de diversos portes populacionais, representantes da SAPS, do CONASS e do CONSASEMS. O passo seguinte foi criar um Grupo de Trabalho (GT) nacional para discutir as questões relacionadas a este problema na baixa complexidade do perfil dos pacientes atendidos nos SADs, além da revisão da portaria atual da atenção domiciliar que já não

contemplava diversos desafios atuais dos SADs. Em 2022 foram realizados dois encontros presenciais com este GT em Brasília-DF. Da discussão de tantas demandas trazidas do território nacional, iniciou-se neste grupo uma frente de discussão sobre a necessidade de criar estratégias para o entendimento do potencial do PMeC para os SADs. Além disso, tornou-se evidente a urgência de fortalecer a capacidade dos SADs para atender pacientes de maior complexidade.

Portanto, ao concentrar nossa atenção na compreensão desse problema e estudar as experiências bem-sucedidas por meio de um benchmarking nacional, fica claro que a implementação de admissão e acompanhamento regular de pacientes com o perfil adequado para a Atenção Domiciliar requer, sem dúvida, uma atualização da Portaria relacionada ao programa Melhor em Casa. Revisando regras do programa Melhor em Casa com ações de Educação Permanente para fomentar a admissão e acompanhamento de pacientes de maior complexidade, uma vez que demandam maior densidade tecnológica para receberem cuidados em domicílio que lhes proporcionem a mesma segurança e mesmo desfecho clínico que a internação domiciliar.

## **8. ALTERNATIVAS REGULATÓRIAS**

### **8.1 Situação regulatória atual**

Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e vêm se multiplicando no Brasil mais intensamente a partir da década de 1990, criando a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de implantação de políticas públicas com o objetivo de incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>14</sup>. Na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se, sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS) e o programa direcionado à atenção dos idosos, que contam com portarias específicas<sup>16</sup>.

No entanto, a maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, e não contavam com políticas de incentivo

ou regulamentação de financiamento. Essas iniciativas possuíam lógicas diversas que iam desde a substitutividade aos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais<sup>12</sup>.

Do ponto de vista normativo, antes da criação, em 2011, do Programa Melhor em Casa, havia no Brasil uma série de portarias específicas voltadas ao cuidado domiciliar geral ou especiais para usuários com HIV/Aids e atenção aos idosos.

Os seguintes marcos normativos devem ser destacados:

- Portaria MS/GM nº 2.416, em 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS;
- Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002 que acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (Brasil, 2002);
- RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD (Brasil, 2006);
- Portaria MS/GM nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar.

Esta última, de outubro de 2006, cita a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas em domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que poderiam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim. Embora com definições bastante precisas, esta Portaria nunca chegou a ser regulamentada e nem habilitar ou financiar equipes de AD.

Em tempo, o “Melhor em Casa” é o nome dado ao programa criado pelo governo federal, a partir da Portaria MS/GM nº 2.029 de 27 de agosto de 2011, com o objetivo de reformular e estruturar a política de atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), revogando a Portaria de 2006. Esta foi revogada sucessivamente até chegarmos hoje nas Portarias de Consolidação 1, 5 e 6 como descrito no quadro 1.

Quadro 1: Marcos Normativos sobre Atenção Domiciliar no SUS, elaborado pelos autores, considerando literatura<sup>13</sup> e as informações sobre as portarias: GAB/SAS Nº 761/2013; GM/MS Nº 825/2016;

GM/MS Nº 963/2013; GM/MS Nº 1533/2012; GM/MS Nº 2527/2011; GM/MS Nº 2416/1998; GM/MS Nº 2529/2006; GM/MS Nº 2029/2011

<b>Portaria/ano</b>	<b>Foco</b>	<b>Organização credenciada</b>	<b>Faturamento</b>
2416/1998	Desospitalização	Hospitais	Por produtividade, via AIH
2529/2006	Internação domiciliar com trabalho em equipe	Municípios com +100mil habitantes ou estados	Incentivo à implantação e custeios fixos
2029/2011	Atenção domiciliar nas suas três complexidades (AD1, AD2, AD3)	Municípios com +100mil habitantes ou estados	Custeio mensal fixo para EMAD e EMAP, sendo permitida a implantação de 1 EMAD para cada grupo populacional de 100 mil hab, e 1 EMAP a cada 3 EMADs implantadas
2527/2011	Mantem critérios anteriores	Amplia a elegibilidade para municípios com + 40mil habitantes em regiões metropolitanas	Mantem critérios anteriores
1533/2012	Idem mas inclui possibilidade de EMADs com focos diferenciados de acordo com justificativa epidemiológica	Exclui a necessidade de serem municípios > 40 mil hab. exclusivamente em regiões metropolitanas	Mantem critérios anteriores
963/2013	Universalização do acesso – potencialmente todos os municípios poderão implantar o SAD com a criação de EMAD tipo II, ficando facultada a esta prestar assistência na modalidade AD3 caso possua condições técnicas e operacionais para a sua execução.	Amplia o acesso possibilitando 1 equipe tipo II para os municípios com população entre 20 e 40 mil hab., bem como a formação de consorciamentos entre os menores de 20 mil, para obterem esta população mínima e implantarem 1 equipe em comum.	Idem, incluindo o financiamento fixo para a nova EMAD tipo II com carga horária reduzida para o profissional médico e enfermeiro.

761/2013	Estabelece normas para cadastramento dos Serviços de Atenção Domiciliar no SCNES	Mantem os recortes anteriores para o Programa Melhor em Casa e permite cadastramento de outras equipes de SADs	Mantem o financiamento dos SADs ligados ao Melhor em Casa regularizado pela Portaria 1505 de julho de 2013
825/2016	Flexibiliza e amplia critérios de elegibilidade, incluindo possibilidade de Ventilação mecânica invasiva domiciliar redefinindo AD1, AD2 e AD3; institui E SUS AD como novo sistema de informação específico para produção dos SADs	Mantem os critérios populacionais da 963; atualiza listagem dos serviços credenciados, mantendo apenas os que estavam em funcionamento.	Idem, mantendo custeio fixo mensal de R\$ 50 mil para cada EMAD tipo I implantada, R\$34 mil para tipo II e R\$6 mil para a EMAP conforme Portaria 1505/2013
Portarias de consolidação 1, artigo 307; 5 artigos 531-564 e 6 artigos 305 a 312, de setembro de 2017	Mantem os termos da 825, entretanto de maneira desmembrada para atender a nova conformação normativa do Ministério da saúde	Mantem critérios anteriores	Mantem critérios anteriores

Na atual situação regulatória, há a recomendação para educações continuadas e/ou permanentes para capacitação do profissional que irá prestar assistência no SAD/PMcC. Entretanto, é observado que não há uma sistematização de tais aprimoramentos, mesmo que a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar promova, mensalmente, webinários com temas relevantes à gestão e assistência no SAD/PMcC.

## 8.2 Identificação e seleção de alternativas regulatórias

Após análise do problema, foram identificadas três alternativas regulatórias para potencializar o Programa Melhor em Casa, conforme a Figura 04:

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)
1. Manutenção da situação atual	Alternativa mais econômica Mais agilidade no processo normativo	Manutenção do cenário de baixa rotatividade de leitos hospitalares Manutenção de pacientes de baixa complexidade no PMeC Maior judicialização
2. Portaria, no curto prazo, revisando regras do programa Melhor em Casa + Ações de Educação Permanente + ERD	Maior subsídio técnico para profissionais, com maior possibilidade de atendimentos mais complexos Uniformidade nas condutas Maior segurança para o paciente Inserção mais efetiva do PMeC nos municípios menores que 20.000 habitantes, oportunizando a reabilitação domiciliar	Recursos financeiros não equitativos para equipes que atendem maior complexidade (insumos, materiais e medicamentos) Otimização parcial da potencialidade do PMeC
3. Portaria no longo prazo + Ações de Educação Permanente + mecanismos variáveis de remuneração	Maior subsídio técnico para profissionais, com maior possibilidade de atendimentos mais complexos Uniformidade nas condutas Maior segurança para o paciente Maior rotatividade de leitos hospitalares	Aumento do custeio global Maior tempo de implementação Dificuldades de monitoramento

**Figura 04:** Alternativas regulatórias para potencializar a utilização do Programa Melhor em Casa

A seguir, cada alternativa será discutida com o intuito de se observar os motivos para a escolha de uma delas.

### **Alternativa regulatória 1**

#### **Manutenção da situação atual, “*status quo*”. (Alternativa de não ação)**

A partir do contexto normativo exposto anteriormente, é evidente que, mesmo após uma evolução das portarias normativas relacionadas à AD, o PMeC continua estagnado em relação à efetividade das capacitações oferecidas não somente pelo MS, mas também pelos gestores locais.

Dessa forma, optar por essa alternativa, embora possa reduzir os custos financeiros e acelerar o processo normativo, implicaria em uma mobilização menor por parte dos envolvidos, uma vez que muitos gestores dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) já questionam as normas atualmente em vigor. Além disso, essa escolha manteria a situação de baixa rotatividade de leitos hospitalares, a permanência de pacientes com menor complexidade no programa e, por fim, provavelmente aumentaria os casos de judicialização.

Desse modo, é altamente provável que tal alternativa resultaria em um impacto social negativo perante os inúmeros gestores de SADs, profissionais e população assistida.

## **Alternativa regulatória 2**

### **Portaria, no curto prazo, revisando regras do PMeC mais ações de educação Permanente e criação das EMAP-R.**

Esta alternativa considera que, ao introduzir uma revisão nas normativas e, a curto prazo, associar ações de capacitação profissional alinhadas à reabilitação de pacientes em domicílio, com gestão de rede, otimização das altas programadas, essencialmente com apoio de reabilitação em municípios pequenos, poderia otimizar a rotatividade de leitos e a admissão de usuários de maior complexidade no PMeC.

É importante reconhecer que, como qualquer alternativa, esta abordagem traria desafios, como a necessidade de recursos financeiros adicionais para equipes que cuidam de pacientes mais complexos, incluindo insumos, materiais e medicamentos. Além disso, essa proposta resultaria em uma otimização parcial do potencial do PMeC.

Todavia, possibilitaria maior capacitação técnica das equipes com maior possibilidade de atendimento de pacientes mais complexos, essencialmente por apresentar maior subsídio técnico para profissionais, uniformidade nas condutas, maior segurança para o paciente, inserção mais efetiva do PMeC nos municípios menores que 20.000 habitantes, oportunizando a reabilitação em ambiente domiciliar e otimizando as especialidades de território, em alinhamento com a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES).

## **Alternativa regulatória 3**

### **Portaria no longo prazo com ações de Educação Permanente mais mecanismos variáveis de remuneração**

Esta alternativa considera, por sua vez, que, ao criar uma revisão de normativa, em longo prazo associando ações de capacitação profissional alinhada a mecanismos de remuneração variável poderia incentivar os municípios a otimizarem seus serviços no PMeC ao visar maior incentivo financeiro local.

Embora seja uma alternativa viável, principalmente por favorecer gestão de rede pelo aprimoramento técnico profissional, uniformidade nas condutas e



segurança para o paciente, favorece, conseqüentemente, a otimização das altas programadas e rotatividade de leitos, além da admissão de usuários de maior complexidade no PMeC, ela traz alguns impactos negativos como o aumento do custeio global, maior tempo para implementação e dificuldades de monitoramento.

Desse modo, trará impacto em todos os atores envolvidos como a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Coordenação Geral da Atenção Domiciliar; Coordenação Geral de Orçamentos e Finanças; Secretarias Estaduais de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde; Gerências Municipais dos Serviços de Atenção Domiciliar; Gerências da APS; Profissionais das Equipes da APS; Coordenações/gerências dos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento; Profissionais das EMADs e EMAPs) e, portanto, necessitará, inicialmente, de uma revisão minuciosa da portaria que regula os serviços de Atenção Domiciliar, com proposição de todos os mecanismos normativos necessários para estabelecer um sistema de repasses financeiros fixos e variáveis, bem como para monitorar continuamente os indicadores de desempenho dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), às capacitações para EMADs e EMAPs, além de uma força tarefa uníssona entre esses atores para atingirmos a finalidade maior e solucionar tal problema aqui descrito.

## **9. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS E ALTERNATIVA PROPOSTA**

As alternativas descritas previamente apresentam seus impactos positivos e negativos. Portanto, faz-se necessário aqui compararmos as alternativas para termos uma noção real desses impactos a fim de subsidiar a escolha da melhor alternativa.

Para tanto, foi utilizado um quadro comparativo com a descrição das alternativas no formato 5W2H, apresentado a seguir:

Alternativa	O Quê	Porque	Quem	Quando	Onde	Como	Quanto Acumulado Até dez 2025
1. Manutenção da situação atual	Manter normativa atual do PMeC.	Menor impacto financeiro, menos complexo para os atores.	CGADOM/DAHU	n.a.	n.a.	n.a.	Valor atual (+30%)+ crescimento de equipes R\$ 2.193.217.200,00
2. Portaria, no curto prazo, revisando regras do programa Melhor em Casa + Ações de Educação Permanente	Reescrita da Portaria da AD com maior esclarecimento dos regramentos normativos.	Contempla boa parte das necessidades atuais dos SAD. Aumenta capacidade técnica dos profissionais da assistência.	CGADOM/DAHU	Curto prazo	n.a.	Pactuação tripartite, publicação portarias SAES e GM.	Valor atual (+30%) + crescimento de equipes + Educação Permanente + ERD R\$ 2.229.277.200,00
3. Portaria, no longo prazo, instituindo mecanismos variáveis de remuneração + Ações de Educação Permanente	Reescrita da Portaria da AD com maior esclarecimento dos regramentos normativos com inclusão de pagamento por desempenho mediante indicadores atingidos.	Aumenta aporte financeiro para equipes que admitem e acompanhem pacientes de maior complexidade potencializando a desospitalização.	CGADOM/DAHU, Gab SAES, DRAC/SAES SAPS SEIDIGI	Longo prazo	n.a.	Articulação interna, aprimoramento de sistemas, alinhamento sobre modelo de financiamento, pactuação tripartite, publicação portarias SAES e GM.	Valor atual (+30%) + crescimento de equipes + Educação Permanente + pagamento por desempenho R\$ 2.229.277.200,00 + pagamento por desempenho

**Quadro 2:** Comparação entre as possíveis alternativas por meio de descrição no formato 5W2H.

O decreto 10.411/2020 que regulamenta a Análise de Impacto Regulatório, dispõe que:

Art. 7º Na elaboração da AIR, será adotada uma das seguintes metodologias específicas para aferição da razoabilidade do impacto econômico, de que trata o art. 5º da Lei n.º 13.874, de 2019:

- I - análise multicritério;
- II - análise de custo-benefício;
- III - análise de custo-efetividade;
- IV - análise de custo;
- V - análise de risco; ou
- VI - análise risco-risco.

§ 1º A escolha da metodologia específica de que trata o caput deverá ser justificada e apresentar o comparativo entre as alternativas sugeridas.

Assim, com a finalidade de realizar uma análise multicritério, de modo quantitativo, foi realizada uma oficina entre membros da CGADOM e da Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP). Foram realizados quatro encontros, sendo dois de modo remoto e outros dois, presenciais.

## 9.1 Relação e comparação entre critérios e alternativas

Por ser um problema complexo em um contexto qualitativo, foi utilizada a técnica de Análise Multicritério (AMC) para a comparação dos impactos das alternativas regulatórias. Este método é considerado uma técnica qualitativa, que agrega características de técnicas qualitativas, como a utilização de grupos de discussão e técnicas de *brainstorming*, e de técnicas quantitativas, como a utilização de escalas e pesos para os diferentes indicadores do modelo.

Desse modo, foi utilizada para identificação da melhor alternativa regulatória, por meio do ranqueamento dessas alternativas, ao selecionar um subconjunto de alternativas disponíveis ou simplesmente para distinguir as alternativas viáveis das não viáveis. Outros motivos para a escolha da AMC para esta AIR foram:

- maior transparência;
- os objetivos e critérios são claros e passíveis de revisão pelo tomador de decisão;
- os indicadores, escalas e pesos são estabelecidos conforme a literatura;
- é um importante meio de comunicação do tomador de decisão com a sociedade; e
- permite uma tomada de decisão mais clara, sistemática e auditável.

Para a aplicação da AMC foi necessário, inicialmente, definir os critérios que foram utilizados para comparar as alternativas regulatórias. Estes critérios foram mensurados, mesmo que de maneira qualitativa. Após a definição dos critérios, definiu-se os pesos relativos e as respectivas escalas de cada um dos critérios. Em seguida, os critérios foram aplicados a cada uma das alternativas regulatórias disponíveis, criando um ranking, determinando, por fim, a escolha da melhor alternativa.

As pontuações finais foram calculadas por uma média ponderada das pontuações, em cada um dos critérios, para cada uma das alternativas regulatórias, pelo seu peso. Dessa maneira, a alternativa que obteve a maior

pontuação foi a alternativa com o melhor desempenho, segundo os critérios, escalas e pesos definidos no modelo (Figura 05).

Os critérios foram determinados pelos objetivos específicos, apresentados como:

- Articular SAD/PMec e RUE;
- Oportunizar capacitação para as equipes;
- Apoiar gestores para melhor gerenciamento do SAD/PMec e dos recursos;
- Compartilhar recursos com outros entes federativos;
- Aprimorar comunicação e informação com apoio do CONASS, CONASEMS e reforçar parcerias com secretarias estaduais de saúde;
- Ampliar escopo de atuação da atenção domiciliar; e
- Melhorar compreensão das regras do PMec.

Foi observado que o critério “melhorar compreensão das regras do PMec” obteve o maior peso (0,231) conforme resultado observado na Figura 05, assim como a alternativa de “Portaria, no curto prazo, revisando regras do PMec e ações de Educação Permanente” apresentou o maior peso (0,671) e, portanto, a de escolha nesta AIR (Figura 05).

<b>Pontuação - alternativas e critérios</b>							
	<b>Critério 1</b>	<b>Critério 2</b>	<b>Critério 3</b>	<b>Critério 4</b>	<b>Critério 5</b>	<b>Critério 6</b>	<b>Critério 7</b>
1. Manutenção da situação atual	0,061	0,059	0,127	0,102	0,087	0,057	0,060
2. Portaria, no curto prazo, revisando regras do Programa Melhor em Casa + Ações de Educação Permanente	0,657	0,680	0,523	0,479	0,675	0,722	0,725
3. Portaria, no longo prazo, instituindo mecanismos variáveis de remuneração + Ações de Educação Permanente	0,282	0,260	0,351	0,419	0,238	0,221	0,215

<b>Peso de Cada Critério</b>							<b>Resultado final - Ordem de preferência</b>	
<b>Critério 1</b>	<b>Critério 2</b>	<b>Critério 3</b>	<b>Critério 4</b>	<b>Critério 5</b>	<b>Critério 6</b>	<b>Critério 7</b>	<b>Pontuação final</b>	<b>Ordem de preferência</b>
0,156	0,109	0,099	0,031	0,213	0,160	0,231	Alternativa 1 0,073	3
							Alternativa 2 0,671	1
							Alternativa 3 0,256	2

**Figura 05:** Comparação entre os critérios e alternativas regulatórias

## **10. CONSULTA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Conforme consta no Guia Orientativo de Análise de Impacto Regulatório da SAES, 2023, “No caso da SAES, o processo de participação prevê a possibilidade de consulta interna, seja dentro da Secretaria (entre seus Departamentos), seja em outras estruturas do Ministério, com as Secretarias que possuam interface com o tema ou problema regulatório. Não existe um mecanismo certo determinado (...)”.

Considerando o exposto acima, houve, durante todo o processo de construção da AIR, a participação interna contínua do Gabinete da DAHU, participando ativamente desde a definição do problema regulatório até a finalização deste relatório com posições tanto para corroborar o conteúdo quanto para questionar e sugerir alterações, o que enriqueceu todo o processo construtivo.

## **11. IDENTIFICAÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DA ALTERNATIVA ESCOLHIDA**

Após a determinação da alternativa escolhida, caracterizada por “Portaria, no curto prazo, revisando regras do PMeC e ações de Educação Permanente”, foram identificadas as causas dos riscos e suas consequências para cada objetivo relacionado à alternativa escolhida.

Ao avaliar cada objetivo, foram determinados os principais riscos (suas causas e consequências) listados a seguir:

- Baixo engajamento dos atores envolvidos;
- Mudança de prioridade de gestão;
- Dificuldade de articulação com secretarias de saúde estaduais;
- Falta de insumos necessários, como recursos humanos e materiais;
- Comunicação insuficiente com CONASS e CONASEMS;
- Baixa adesão na ponta;
- Não compreensão e sensibilização por parte do CONASS e CONSASEMS.

Em seguida, notou-se que a maioria dos riscos foi classificada como “estratégico”, enquanto apenas “falta de insumos necessários” apresentou caráter operacional e “baixa adesão na ponta”, misto (estratégico e operacional).

Isto implica na articulação de fluxos e pactuações entre entes federativos, RAS, comunidade, gestores e o PMeC, utilizando ferramentas imprescindíveis para o alcance dos objetivos e efetividade da alternativa regulatória escolhida. Cada risco apresenta um controle proposto, calculado também de modo qualitativo conforme a figura 06.

PROBABILIDADE	DESCRIÇÃO DA PROBABILIDADE, DESCONSIDERANDO OS CONTROLES	PESO
Improvável	Pode ocorrer em circunstâncias excepcionais	1
Rara	Possibilidade de ocorrer de forma inesperada	2
Possível	Poderá ocorrer. As circunstâncias apontam uma possibilidade moderada	3
Provável	Deve ocorrer em algum momento. As circunstâncias apontam fortemente para essa possibilidade	4
Praticamente Certo	Em algum momento o evento ocorrerá, as circunstâncias indicam claramente essa possibilidade	5
IMPACTO	DESCRIÇÃO DO IMPACTO	PESO
Muito Baixo	Mínimo impacto nos objetivos	1
Baixo	Pequeno impacto nos objetivos	2
Médio	Moderado impacto nos objetivos, porém recuperável	3
Alto	Significativo impacto nos objetivos e de difícil reversão	4
Muito Alto	Os impactos serão trágicos. Irreversíveis	5

**LEGENDA:**  
 Evitar = 20 - 25 (risco extremo)  
 Mitigar = 12 - 19,99 (risco alto)  
 Compartilhar = 4 - 11,99 (risco médio)  
 Aceitar = 0 - 3,99 (risco baixo)

**Figura 06:** Valores quantitativos dos pesos “probabilidade” e “impacto”

A seguir são apresentados as características de cada risco e o controle proposto, bem como os atores envolvidos caso ocorra.

### Mudança de prioridade de gestão

Este risco apresenta como causas a falta de vontade política, mudanças políticas e diversas causas fora da governabilidade. É classificado como risco estratégico com nível médio para:

- Articular SAD e RUE;
- Oportunizar capacitação para equipes;
- Apoiar gestores para melhorar gerenciamento do SAD e dos recursos;
- Compartilhar recursos com outros entes federativos;
- Aprimorar comunicação e informação com apoio do CONASS, CONASEMS e reforçar parcerias com secretarias estaduais;
- Ampliar o escopo de atuação da Atenção Domiciliar;
- Melhorar a compreensão das regras do PMeC.

O controle proposto para que os objetivos não sejam anulados podem ser evidenciados na Figura 07.



Figura 07: Avaliação do risco “Mudança de prioridade da gestão”

### Baixo engajamento dos atores envolvidos

Este risco, apresenta como causas a particularidade de cada município, o baixo entendimento e disseminação do PMeC e baixa governabilidade da esfera federal. É classificado como risco estratégico com nível alto e, se ocorrer, pode levar como consequências a implantação aquém do esperado quando associado a articular SAD e RUE ou o não alcance dos objetivos quando associado a:

- Articular SAD e RUE;
- Oportunizar capacitação para equipes;
- Apoiar gestores para melhorar gerenciamento do SAD e dos recursos;
- Compartilhar recursos com outros entes federativos;
- Ampliar o escopo de atuação da Atenção Domiciliar.

O controle proposto caso o risco ocorra é sensibilizar e capacitar atores, conforme visto nas Figuras 08 e 09.

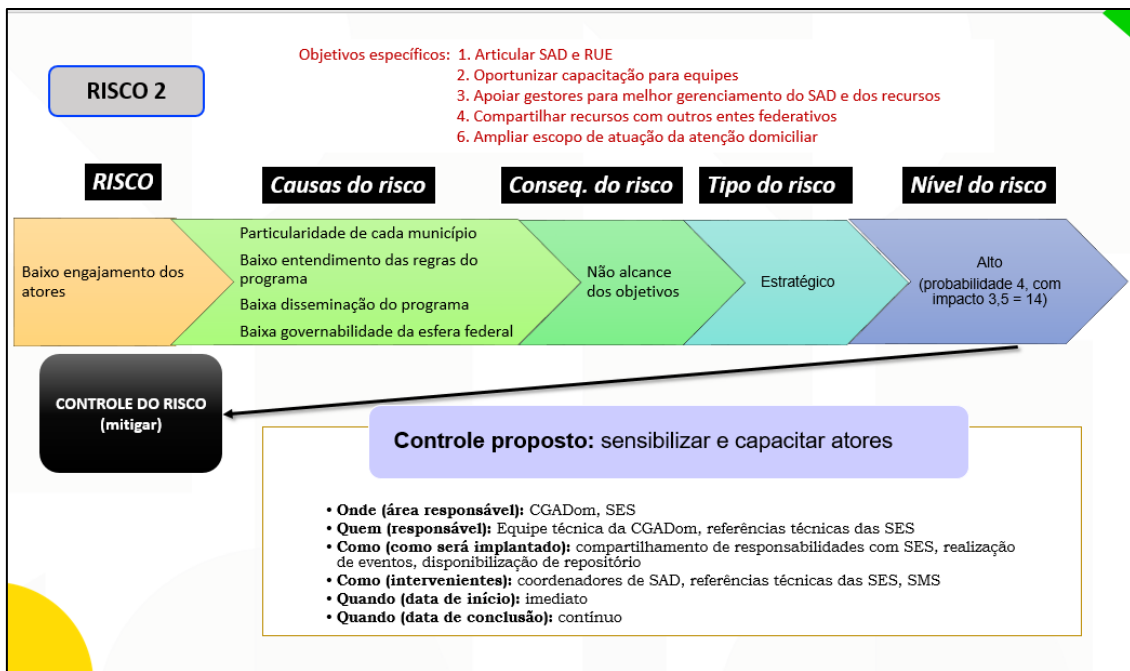


Figura 08: Avaliação do risco “Baixo engajamento dos atores” associado a objetivos específicos.

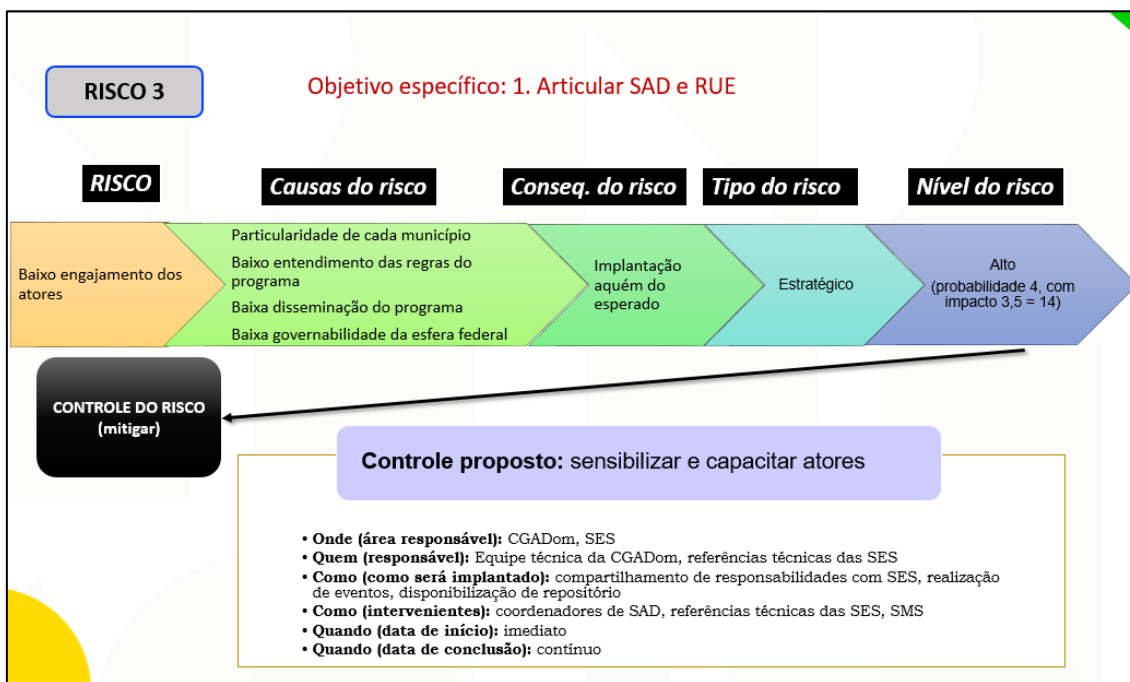


Figura 09: Avaliação do risco “Baixo engajamento dos atores” associado a articular SAD e RUE.

### Dificuldade de articulação com secretarias de saúde estaduais

Este risco apresenta como causas a falta de interesse das secretarias estaduais e déficit de RH na CGADOM. É classificado como risco estratégico com nível médio e, se ocorrer, pode levar a uma implantação e qualidade dos serviços inadequados. Quando associado a articular SAD e RUE, o controle proposto é articular interna e externamente, conforme visto na Figura 10.



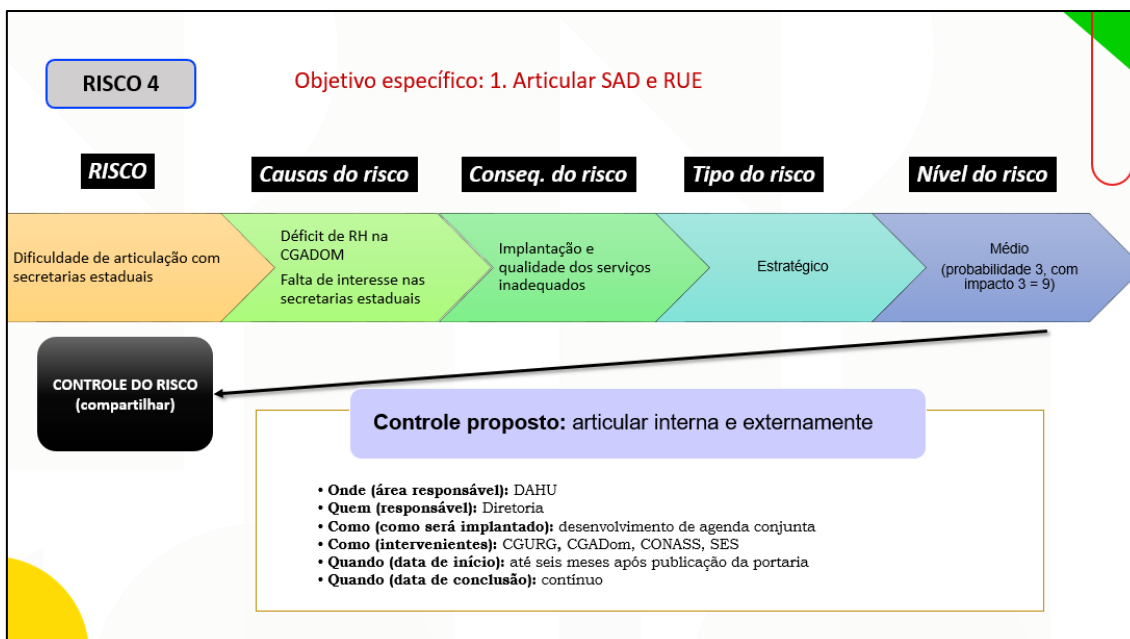


Figura 10: Avaliação do risco “dificuldade de articulação com SES” associado a articular SAD e RUE.

### Falta de insumos necessários, como recursos humanos e materiais

Este risco apresenta como causas a dificuldade de financiamento para educação permanente. É classificado como risco operacional de nível médio e, se ocorrer, pode levar a dificuldade de capilaridade da capacitação. Ao ser associado com oportunizar capacitação para equipes, o controle proposto é articular com a SGTES, de acordo com a figura 11.

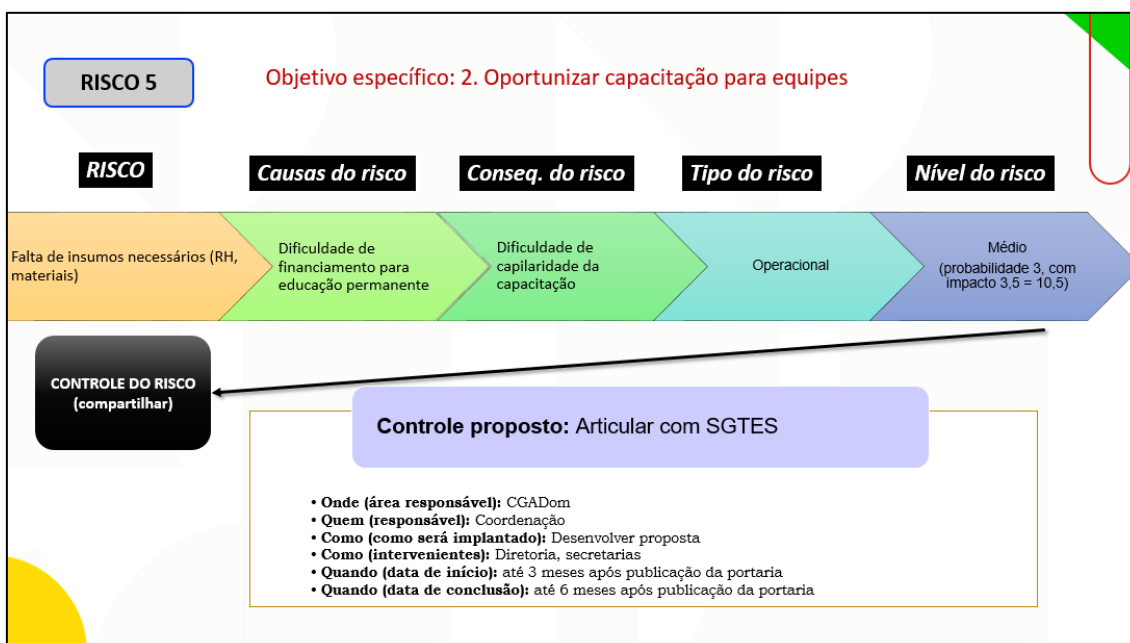


Figura 11: Avaliação do risco “falta de insumos necessários”.

## Comunicação insuficiente com CONASS e CONASEMS

Este risco apresenta como causas a divergência de prioridades. É classificado como risco estratégico de nível médio e, se ocorrer, pode levar a uma dificuldade de contato com gestão local.

Quando associado a apoiar gestores para melhor gerenciamento do SAD e dos recursos, além de aprimorar a comunicação e informação com apoio do CONASS, CONASEMS e reforçar parcerias com secretarias estaduais, o controle proposto é de dialogar e atender demandas, conforme Figura 12.

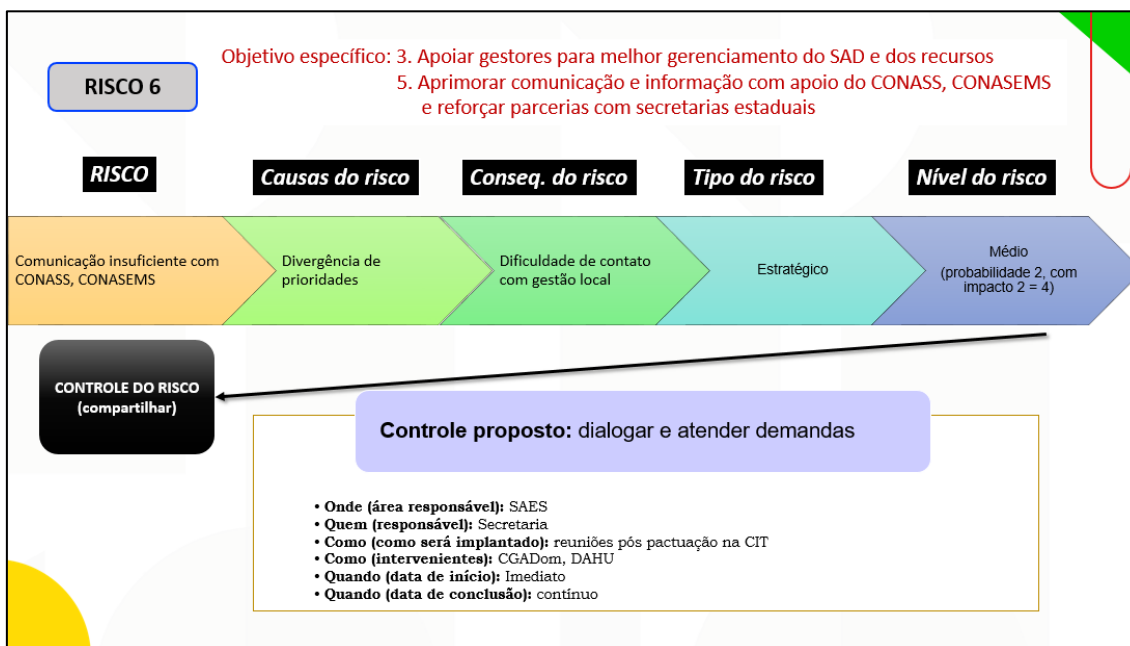


Figura 12: Avaliação do risco “comunicação insuficiente com CONASS e CONASEMS”.

## Não compreensão e sensibilização por parte do CONASS e CONASEMS

Este risco apresenta como causa o conteúdo textual da portaria. É classificado como risco estratégico de nível alto e, se ocorrer, pode levar à falta de engajamento do CONASS e CONASEMS. Quando associado a melhorar a compreensão das regras do PMeC, o controle proposto é sensibilizar e capacitar atores, conforme visto na Figura 13.



Figura 13: Avaliação do risco “não compreensão e sensibilização por parte dos diferentes atores”.

### Baixa adesão na ponta

Este risco apresenta como causas a baixa compreensão da norma, elevado número de pacientes de baixa complexidade e divergência de prioridades das equipes. É classificado como risco estratégico e operacional de nível médio e, se ocorrer, pode levar à manutenção do status quo. Quando associado a ampliar o escopo de atuação da atenção domiciliar, o controle proposto é sensibilizar, capacitar atores e ofertar instrumento de elegibilidade conforme Figura 14.

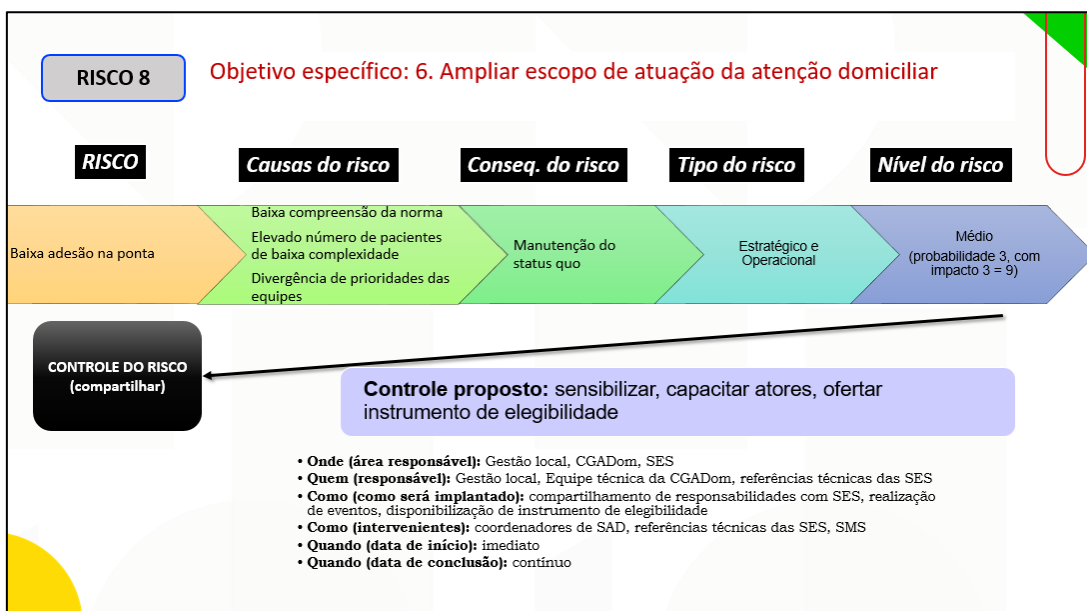


Figura 13: Avaliação do risco “baixa adesão na ponta”.

## **12. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS**

### **Considerações Finais**

A Análise de Impacto Regulatório é ferramenta essencial para uma perspectiva de maior assertividade na proposição de uma alternativa regulatória. Ao considerar aspectos financeiros e sociais, além de propor profundo estudo do tema relacionado ao problema regulatório e o acompanhamento da implementação de qualquer que seja a estratégia, a AIR se mostra como um instrumento de alto valor para a gestão pública. Por não ser uma matéria amplamente conhecida entre os diversos atores da saúde pública, o primeiro contato com as propostas contidas em uma AIR e a quantidade de conceitos “novos” se traduz em insegurança e sentimento de limitação para a construção de uma AIR. No entanto, quanto mais se aprofunda no tema, mais se convence da importância da AIR.

## 13. ASSINATURAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010Feb;44(1):166–76. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>
2. Paiva FFS, Rocha A de M, Cardoso LDF. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011Dec;45(6):1452–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600025>
3. Neves, ACOJ et al. Atenção Domiciliar: perfil assistencial do serviço vinculado a um hospital de ensino. PHYsis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V.29(2), e290214, 2019.
4. Feuerwerker, LM, Merhy, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamericana de Saúde Pública, v.24, n.3, 2008.
5. Brasil. 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 [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016 [acesso em 2023 jul 10]. 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)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [internet]. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)
7. Castro, E.A.B, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2016-0002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 1 v. : il.

9. Chua CMS, Ko SQ, Lai YF, Lim YW, Shorey S. Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. *J Gen Intern Med.* 2022 Feb;37(3):637-650. doi: 10.1007/s11606-021-07065-0. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34363185; PMCID: PMC8344392.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. Pesquisa de satisfação do usuário do Programa Melhor em Casa. Versões 2012, 2014 e 2017 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2017.
11. Cavalcante, M.E.P.L. Melhor em casa: Caracterização dos serviços de atenção domiciliar. *Esc Anna Nery*, 26:1-9 (2022).
12. Silva, N.R.G et al. Satisfação dos cuidadores e dos idosos usuários do Programa Melhor em Casa. *Rev Saude Publica.* 2022;56:34.
13. Nishimura, F et al. Efeito do Programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. *Rev. Saúde Pública* vol.53 São Paulo 2019 Epub 19-nov-2019.
14. Lima, AA et al. Custo-efetividade da assistência domiciliar comparada à internação hospitalar em adultos. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde* (2020).
15. Patel HY, West DJ Jr. Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. *Glob J Qual Saf Healthc.* 2021 Sep 14;4(4):141-146. doi: 10.36401/JQSH-21-4. PMID: 37261225; PMCID: PMC10229033.
16. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010Jul;14(34):593–606. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
17. Carvalho LC. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009
18. Silva, Dias e Silva, in AD em Saúde-Perspectivas teóricas e práticas, editora Moriá, 2020.

19. JEOVANIRA R. DO NASCIMENTO *et al.* Aplicação da metodologia SMART de análise de decisão multicritério para a seleção de ações de investimentos. **Repositório Universitário da Ânima**, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/22680/1/Aplicação%20da%20metodologia%20SMART%20de%20análise%20de%20decisão%20multicritério%20para%20a%20seleção%20de%20ações%20de%20investimentos.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2023.