

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Fabiana Lima Rajão

**Atenção Domiciliar no Brasil:** estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS.

Rio de Janeiro

2018

Fabiana Lima Rajão

**Atenção Domiciliar no Brasil:** estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Avaliação e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde (PPGPS).

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Silva Martins

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

R161a Rajão, Fabiana Lima.  
Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS / Fabiana Lima Rajão. -- 2018.  
107 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Mônica Silva Martins.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Assistência Domiciliar. 2. Serviços de Assistência Domiciliar. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Sistemas de Informação em Saúde. 5. Disparidades nos Níveis de Saúde. 6. Bases de Dados como Assunto. 7. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.14

Fabiana Lima Rajão

**Atenção Domiciliar no Brasil:** estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Avaliação e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, subárea Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde (PPGPS).

Aprovada em 29/05/2018.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Ferreira de Noronha  
ENSP/FIOCRUZ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Simone Duarte Gouveia  
IMS/UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Silva Martins (Orientadora)  
ENSP/FIOCRUZ

## AGRADECIMENTOS

E, enfim, agradeço a mim por ter acreditado no meu querer e, em seguida, ter tido a coragem de buscar e realizar, por ter mantido o fôlego, a fé, a disciplina e a vontade de chegar.

A Deus, por me conduzir e conceder forças, principalmente nos momentos em que achei que não mais teria.

Ao meu filhote, meu anjo, Meu Be, por quem, com quem e para quem faço todas as minhas e nossas coisas. Por ter compreendido do seu jeitinho os meus momentos de ausência, mesmo estando fisicamente presente. E nos momentos em que estive fisicamente ausente, ter percebido todo o meu amor presente.

Aos meus pais, pelo incondicional amor, apoio e paciência. Por se manterem até hoje como meu porto, para que eu ouse a me lançar adiante.

À minha amada irmã e tão amados sobrinhos por ilustrarem meus dias.

Às minhas avós, Carmen e Elsa, por tudo!

Aos meus amigos (de sempre e para sempre) por não terem desistido de mim, mesmo com todas as minhas renúncias.

Aos colegas de turma e novos amigos que se tornaram, pelos momentos de trocas sobre dores, delícias, alegrias e afeto.

Aos professores da ENSP, que sempre inspiraram meu percurso nessa Escola.

Às professoras Gisele O'Dwyer e Valéria Lino, pelo carinho e incentivo para meu ingresso no mestrado.

À minha orientadora, Mônica Martins, pela confiança, compreensão, direção e por me inspirar a buscar ainda mais.

À ENSP ao ter figurado em minha caminhada de vida como fonte de esperança, boas vivências, novas convivências e ter se tornado parte da minha construção como pessoa e profissional.

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não  
seremos capazes de resolver os problemas causados pela  
forma como nos acostumamos a ver o mundo”*

*Albert Einstein*

## RESUMO

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil quanto no cenário internacional, fazem emergir a necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde. Nesse contexto, surge a Atenção Domiciliar (AD) como estratégia alternativa de cuidado nos sistemas de saúde. O incremento e a consolidação deste modelo de cuidado ocorrem motivados por diversas preocupações como o processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. A complexidade da prestação do cuidado em saúde no ambiente domiciliar é marcada por desafios técnicos, estruturais e relacionais, envolvendo equipe profissional, paciente e familiares.

O objetivo deste estudo é analisar a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando as modalidades de cuidado e os recursos disponíveis. Para tal, foi realizada revisão bibliográfica buscando conceitos centrais e experiências; análise documental da legislação, resoluções e documentos oficiais para conhecer a concepção da Atenção Domiciliar; e a exploração de dados secundários disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do SUS para mapear o volume de serviços e procedimentos produzidos para prestação de cuidado em saúde, ambulatorial e hospitalar, no domicílio.

O universo do estudo contabilizou 94.754 internações domiciliares no período de 2008 a 2016, e um total de 4.008.692 procedimentos domiciliares ambulatoriais no período de novembro de 2012 a 2016. A discrepância regional foi um dos principais achados, esse tipo de cuidado concentra-se em poucas localidades. Ao final, apesar do arcabouço legal, da constituição de um Programa específico – Melhor em Casa, e do notável volume de produção de serviços registrados nas bases de dados, a Atenção Domiciliar não parece estar, ainda, efetivamente inserida como um dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

As informações secundárias sobre a produção de internações domiciliar e assistência domiciliar ambulatorial, disponíveis nas bases de dados do SIS, superaram a expectativa inicial do estudo, permitindo traçar um panorama inicial da Atenção Domiciliar no Brasil. Contudo, a incompletude e subnotificação das informações e unidade de observação foram uma das limitações encontradas nessas bases que refletem sobre os achados. Outros estudos e o monitoramento contínuo devem ser realizados a fim de aprofundar o panorama aqui delineado e melhor compreender os desafios à expansão e consolidação da Atenção Domiciliar no SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Domiciliar. Assistência domiciliar. Internação domiciliar. Dados administrativos. Uso de serviços. Informação em saúde. Variação e desigualdade regional.

## ABSTRACT

Changes in demographic and epidemiological profiles, both in Brazil and in the international context, have brought the need of adaptation in the model of health care delivery. In the context of such changes, Home Care emerges as an alternative strategy of healthcare. The increasing and consolidation of this model have been propelled by numerous concerns, such as the avoid hospitalization, rationalization of the hospital beds utilization, costs reduction, and the patient-centred care. The complexity of health care delivery at home arises from technical, structural and interrelational challenges, involving the healthcare worker, patient and family members.

The aim of this study is to analyse Home Care in the Brazilian Unified Health System, identifying the modalities of care and the available resources. In order to accomplish it, bibliographical review on central concepts and experiences, documentary analysis of legislation, resolutions and official reports for to understand the concept of home care adopted, and exploitation of secondary data available to map out the home care volume of services and procedures produced were carried out.

Overall of 94.754 domiciliary hospitalization from 2008 to 2016, and 4.008.692 home-based outpatient procedures from november 2012 to 2016 were analysed. The regional discrepancy was one of the main findings, since this type of health care have been concentrated in a few localities. In the end, despite the legislative framework, the specific Program “Melhor em Casa” (Best at Home), and the volume of services recorded in the databases, at national level the Home Care does not seem have been effectively incorporated as possible point of care in the health system network.

The available secondary data on hospitalization and ambulatorial care delivered at home exceeded by far the initial expectation of the study, allowing to draw an initial outline of Home Health Care in Brazil. However, the incompleteness and underreporting of informations and observation unit were some of the limitations found in these databases, which may reflect on the findings. Further studies and systematic monitoring need to be carried out in order to deepen the panorama outlined here and better understand the challenges posed to the expansion and consolidation of the model in the Brazilian Unified Health System.

**Keywords:** home health care, homecare, services, hospital-based homecare, administrative data, utilization, health information, regional variation.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Quadro**

Quadro 1 - Assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar: Quadro conceitual .....	19
Quadro 2. Lista de verificação de segurança para condições domiciliares perigosas .....	26
Quadro 3. Ações e serviços de saúde descritos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES – SUS) .....	32
Quadro 4. Descrição de procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP –SUS) – consulta de procedimentos pela nomenclatura domiciliar .....	33
Quadro 5. Portarias, leis e resoluções no âmbito da atenção domiciliar. Brasil, 1998 a 2016.....	39
Quadro 6. Modalidades de atenção domiciliar .....	45
Quadro 7. Composição das equipes de um SAD.....	47
Quadro 8. Classificação dos procedimentos em AD por nível de complexidade.....	49
Quadro 9. Representação da assistência domiciliar ambulatorial. Brasil, 2012 a 2016 .....	75

### **Gráfico**

Gráfico 1. Modalidade de internações segundo ano. Brasil, 2008 – 2016 .....	55
Gráfico 2. Volume de internações domiciliares por ano. Brasil, 2008 – 2016.....	56
Gráfico 3. Distribuição percentual de internações domiciliares por Unidade da Federação (UF) e grande região geográfica. Brasil, 2008 -2016 .....	57
Gráfico 4. Distribuição percentual das internações domiciliares por dias de permanência. Brasil, 2008 – 2016.....	61
Gráfico 5. Distribuição de procedimentos da assistência domiciliar ambulatorial segundo ano. Brasil, 2012 -2016 .....	71
Gráfico 6. Percentual de procedimentos ambulatoriais na assistência domiciliar segundo faixa etária. Brasil, 2012 a 2016.....	74

### **Figura**

Figura 1. Representação da atenção domiciliar e suas modalidades .....	20
Figura 2. Fluxo de acesso à AD .....	48

### **Mapa**

Mapa 1. Distribuição das internações domiciliares por regiões de saúde. Brasil, 2008 – 2016.....	77
Mapa 2. Distribuição dos procedimentos domiciliares ambulatoriais por regiões de saúde. Brasil, 2012 – 2016.....	78

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Portarias que habilitam/desabilitam Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para recebimento de incentivos a EMAD e EMAP. Brasil, 2011 a 2018 .....	43
Tabela 2. Perfil das internações domiciliares. Brasil, 2008 -2012 .....	52
Tabela 3. Percentual de internações hospitalares e domiciliares segundo ano. Brasil, 2008 – 2016	55
Tabela 4. Internações domiciliares segundo diagnóstico principal (categoria diagnóstica da CID 10). Brasil, 2008 – 2016.....	58
Tabela 5. Internações domiciliares segundo diagnóstico secundário (capítulo da CID 10). Brasil, 2008-2016 .....	59
Tabela 6. Internações domiciliares segundo diagnóstico secundário (categoria diagnóstica da CID 10). Brasil, 2008-2016.....	60
Tabela 7. Causa de óbito na internação domiciliar segundo capítulo da CID 10. Brasil, 2008 – 2016 .....	61
Tabela 8. Distribuição geográfica das internações domiciliares segundo hospital executor e natureza jurídica. Brasil, 2008 – 2016.....	63
Tabela 9. Internações domiciliares segundo instituições mantenedoras. Brasil, 2008 – 2016.....	66
Tabela 10. Perfil da assistência domiciliar ambulatorial. Brasil, 2012 – 2016 .....	69
Tabela 11. Perfil da prestação da assistência domiciliar ambulatorial. Brasil, 2012 a 2016.....	72
Tabela 12. Principais procedimentos ambulatoriais realizados na assistência domiciliar. Brasil, 2012 a 2016.....	73
Tabela 13. Distribuição da assistência domiciliar por região geográfica. Brasil, 2008-2016 .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar Modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar Modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar Modalidade 3
ADT-AIDS	Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Administração Pública
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CADÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIAPS	Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família
DP	Desvio Padrão
EE	Entidades Empresariais
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eSF	Equipe Saúde da Família
ESFL	Entidades Empresariais Sem Fins Lucrativos
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GEAD	Gerência de Atenção Domiciliar
GM	Gabinete do Ministro
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NRAD	Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar
OPM	Órteses, Próteses e Materiais
PAB	Piso da Atenção Básica
PADA	Programa de Atenção Domiciliar ao Acamado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS
RUE	Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica do SUS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIS-SUS	Sistema de Informação em Saúde do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSEE	Tarifa Social da Energia Elétrica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VNI	Ventilação Não Invasiva

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b>	<b>11</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1. Justificativa e questões de pesquisa	12
<b>2. OBJETO E OBJETIVO DO ESTUDO</b>	<b>15</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>16</b>
3.1. Atenção Domiciliar: breve histórico, principais conceitos e modalidades	16
3.2. O domicílio como espaço de ação do trabalho em saúde	21
3.2.1 Processo de trabalho no domicílio: atores, seus papéis e suas relações	22
3.3. Qualidade do cuidado e a segurança do paciente na AD	23
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>28</b>
4.1. Desenho do estudo	28
4.2. Fonte de informação	28
4.3. Universo de estudo	29
4.4. Análise dos dados	30
4.5. Considerações éticas	31
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>36</b>
5.1. Legislação e processo de consolidação da AD	36
5.1.2. Organização atual da AD no SUS	45
5.2.1. Internação domiciliar	51
5.2.2. Assistencial domiciliar ambulatorial	67
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>85</b>
<i>Considerações finais</i>	89
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICE A - Assistência domiciliar ambulatorial – volume de procedimentos por localidade. Brasil, 2012 a 2016</b>	<b>95</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil, quanto no cenário internacional, fazem emergir a necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde, levando diversos países a pensar na Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde. O incremento da AD em diversos países segue, paralelamente, o interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. A demanda por serviços de AD surge, assim, como mais um desafio para os sistemas de saúde, contribuindo para a mudança do enfoque do cuidado e do ambiente no qual a assistência é prestada (BRAGA et al., 2016).

O processo de envelhecimento populacional é um fator que impulsiona a preocupação dos sistemas de saúde a respeito de novos modelos de cuidado (BRAGA et al., 2016; FEUERWERKER E MERHY, 2008). Todavia, a demanda por um cuidado continuado em decorrência do envelhecimento populacional, vem acompanhada de outras demandas associadas às necessidades de saúde igualmente relevantes e elegíveis para um cuidado prolongado, exercido em ambiente domiciliar, como o cuidado prestado a bebês prematuros, crianças com sequelas e doenças crônicas, adultos com múltiplas doenças crônico-degenerativas, indivíduos com necessidade de cuidados paliativos, de suporte à vida e de reabilitação. Assim, como pontuou Creutzberg et al. (2003), a necessidade de implantação de serviços de cuidado domiciliar representa um desafio atual e futuro para todos os sistemas de saúde. Corroboram Feuerwerker e Merhy (2008) ao apontar que o debate sobre novas estratégias do cuidado em saúde é atual e relevante. Os autores acreditam que a AD contribui para a configuração de redes substitutivas de saúde<sup>1</sup>, promovendo a desinstitucionalização<sup>2</sup> ou desospitalização e a transformação de práticas em saúde.

Segundo Loyola (2008), a demanda por cuidado continuado no ambiente domiciliar é uma preocupação quantitativa e qualitativa, pertinente também à assistência hospitalar. Atualmente, é percebida uma ocupação de leitos de alta complexidade por pacientes que não correm mais risco de morte ou não necessitam desse tipo de recurso, mas que seguem

---

<sup>1</sup>Redes substitutivas de saúde: dispositivo para a produção de cuidados em saúde, que sejam organizados e produzidos efetivamente fora de hospitais, ambulatorios ou outra instituição (FEUERWERKER E MEHRY, 2008).

<sup>2</sup>Desinstitucionalização: nomenclatura originalmente utilizada pela saúde mental, que diz respeito a criação de mecanismos e lugares para a produção de cuidado, como uma alternativa à internação manicomial. No contexto da Atenção Domiciliar, Feuerwerker e Mehry (2008) a utilizam como uma alternativa à internação hospitalar.

superlotando leitos hospitalares. Esta autora considera que o avanço científico tecnológico na área da saúde no final do último século, contribuiu para que o risco de morte fosse superado com mais rapidez e eficiência por meio de medicamentos ou tratamentos. No entanto, ainda carece de um incremento na capacidade de cuidar. Nesse sentido, o cuidado domiciliar é apresentado como um certo questionamento à tecnologia assistencial vigente, não no sentido de se opor a ela, mas elucidando que ela não se basta.

Abordando a AD como um modelo de cuidado, alguns autores já questionam a real necessidade de hospitalização para determinados agravos de saúde, considerando alguns motivos de internações como dispensáveis ou desnecessariamente prolongados, podendo ser substituídos ou complementados por um serviço de AD (BRAGA et al., 2016; KERBER, 2008; LOYOLA, 2008). Em razão disso, a assistência domiciliar vem assumindo grande importância no cenário mundial, para além da redução de gastos, como forma de ofertar um cuidado de melhor qualidade, proporcionando bem-estar e conforto ao permitir a permanência do doente em seu ambiente domiciliar, integrado ao seu contexto de vida. Entretanto, a expansão da AD no cenário mundial não vem ocorrendo de forma homogênea, observando-se contingências associadas às diferenças no contexto político de cada país e a organização de seus sistemas de saúde, além de suas características sociais, econômicas e culturais que influenciam a organização da prestação de serviços e as modalidades de AD ofertadas (BRAGA, 2016).

Nessa perspectiva, Savassi et al. (2012) enfatizam que o processo de AD é complexo, incluindo diversas modalidades de serviços e níveis diferentes de complexidade das intervenções, não sendo específico a uma doença ou grupo etário. Requer uma especial inter-relação entre paciente, família e equipe multiprofissional de saúde, inseridas no contexto da comunidade e de suas características epidemiológicas. A atenção à saúde prestada no domicílio é marcada por uma necessidade individualizada, determinando a conformação de uma equipe de cuidados responsável de acordo com a complexidade de cada caso, com a frequência adequada para este cuidado e disponibilidade de diferentes equipamentos e diferentes tecnologias.

### **1.1. Justificativa e questões de pesquisa**

Meu interesse acerca do tema surgiu ao trabalhar como fisioterapeuta em um hospital geriátrico, público, de administração estadual, na zona oeste do município do Rio de Janeiro,

onde tive a possibilidade de observar a incerteza das famílias que se deparavam com o momento de retorno do familiar para casa após a alta hospitalar. A apreensão que permeava este momento, em razão do despreparo para a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar, sem usufruir de apoio técnico e, muitas vezes, sem haver estrutura física adequada, meios para arcar com custos materiais e medicamentos pertinentes à prestação de cuidados, caracterizavam entraves para a adaptação à nova realidade do paciente e de toda a família. Posteriormente, como fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi possível constatar a realidade vivenciada por estas famílias em suas próprias casas, quando a equipe Saúde da Família (eSF), por meio da prática de visitas domiciliares, figurava como a única forma de acesso ao serviço de saúde, situação associada a limitação do deslocamento para demais serviços ofertados pelo sistema de saúde, em outros níveis de atenção, como consultas e serviços de reabilitação.

Em 2014, tendo realizado uma revisão bibliográfica sobre cuidadores familiares de idosos dependentes, como pesquisa que compôs o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, nesta Escola, foi possível identificar as dificuldades para prestação do cuidado domiciliar, pela insuficiência de recursos, escassez de conhecimento técnico para o exercício do cuidado, sobrecarga familiar, o superficial ou até inexistente apoio dos serviços públicos de saúde, bem como a necessidade de organização deste serviço para o suprimento da demanda emergente. Nos resultados desse trabalho ressaltou-se a relevância da problemática em várias sociedades, evidenciada pela tentativa, em vários países, de se encontrar uma alternativa e consolidasse efetivamente uma estratégia de provisão e suporte ao cuidado familiar.

Buscando dar continuidade e contribuir com essa discussão no contexto brasileiro, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como projeto para dissertação do Curso de Mestrado, almejei abordar a AD inserida no modelo assistencial do SUS, diante da necessidade de responder às novas demandas em saúde e à estruturação, organização e coordenação do cuidado.

Considerando a legislação vigente sobre atenção domiciliar e os desafios estruturais e conjunturais do sistema público brasileiro, algumas questões de pesquisa surgiram:

- (i) Quais políticas e programas públicos, incluindo os incentivos financeiros embutidos, amalgamam a prestação da assistência no domicílio?
- (ii) Qual a oferta dessa modalidade de cuidado por nível de complexidade e abrangência territorial?



(iii) Qual o volume de serviços produzidos e taxas de utilização?

(iv) Qual escala de implantação e perfil de uso associado à assistência domiciliar ambulatorial e internação domiciliar?

## **2. OBJETO E OBJETIVO DO ESTUDO**

Objeto: Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde.

### **2.1. Objetivo geral:**

Analisar a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, identificando as modalidades de cuidado e os recursos disponíveis.

### **2.2. Objetivos específicos:**

1. Revisar conceitualmente o cuidado domiciliar.
2. Conhecer a legislação, as modalidades de Atenção Domiciliar ofertadas e o processo de consolidação deste modelo de atenção no SUS.
3. Caracterizar a utilização de serviços de Atenção Domiciliar, considerando as informações disponíveis.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1. Atenção Domiciliar: breve histórico, principais conceitos e modalidades**

A utilização do domicílio como um espaço de cuidado em saúde é uma prática com origem em tempos remotos, sendo inerente ao ser humano, à família, a tarefa de cuidar. Para Feuerwerker e Merhy (2008), o cuidado à saúde no ambiente domiciliar é uma prática que remonta a própria existência das famílias como a primeira forma de organização social, em que seus membros são os principais provedores de cuidado a outros familiares.

No século XVIII, na Europa, antes do surgimento de ambulatórios e hospitais, já se praticava a assistência no domicílio como modalidade de cuidado. No século seguinte, com o advento da medicina científica, surgiram os primeiros hospitais, como um espaço para consolidação das práticas clínicas e de isolamento dos indivíduos doentes. A hospitalização permitiu a identificação do sujeito como doente para a família e para a comunidade. Uma vez internado, o sujeito transformou-se em doente e, mesmo sem haver diagnóstico, passou a ser reduzido a sua condição de doente. A partir da instituição do hospital, a residência deixou de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava em sua forma possível, e a família perdeu a sua autoridade no cuidado ao ente enfermo, que passou a ser isolado de seu meio social e a ser olhado cientificamente. Desta forma, a família foi obrigada a solicitar atenção médica, por perceber-se impotente diante das manifestações de sofrimento, que passaram a ser representadas como sinais de doença (BRASIL, MS 2012).

No contexto mais recente, com a crise dos sistemas de saúde, associada ao surgimento de novas necessidades em saúde decorrentes do processo de transição demográfica e epidemiológica, emergiram demandas por melhor qualidade da atenção e por cuidados integrais e contínuos. Como consequência, ocorrem tentativas de formulação de novas estratégias e modalidades de cuidado. Ressurge, então, a assistência domiciliar como uma alternativa ao cuidado exclusivamente hospitalar, promovendo a possibilidade de retomar o domicílio como um espaço para produção de cuidado, despontando como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado, da formulação de novos arranjos

tecnológicos<sup>3</sup> e de organização do trabalho em saúde (SILVA et. al, 2010; FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Por outro lado, como extensão do cuidado hospitalar e da prática profissional, a internação domiciliar surgiu em 1947 nos Estados Unidos, como uma modalidade da AD, tendo como motivação a liberação de leitos hospitalares e a criação de um ambiente mais favorável à recuperação dos doentes, expandindo-se também pela Europa (BRASIL, MS 2012). Para Hirschfeld e Oguisso (2002), a prestação do cuidado no domicílio do doente, identificado pelas autoras como serviço de “*home care*”, irá firmar-se definitivamente no século XXI, ampliando seu escopo de atuação e representando uma das especialidades atribuídas a todos profissionais de saúde.

No Brasil, os primeiros serviços de saúde prestados em domicílio eram realizados por médicos de família, profissionais que atendiam seus clientes particulares, a assistência era considerada humanizada e de qualidade. Os que não tinham acesso a esse tipo de atendimento, então, acabam buscando a filantropia, curandeirismo e práticas caseiras. A primeira experiência de atendimento domiciliar organizada como um serviço e registrada no Brasil, foi o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMDU), fundado em 1949, vinculado ao Ministério do Trabalho (MT) que, anos depois, em 1967, foi incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1963, foi criado o primeiro serviço de atendimento domiciliar organizado por um hospital público, o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE) (BRAGA et al., 2016).

No início da década de 1990, o Brasil acompanhou a tendência mundial do surgimento de um tipo de serviço organizado na forma de cuidado domiciliar – o *home care*, respondendo a uma demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônico-degenerativas, porém sua oferta permaneceu restrita às empresas privadas, nos grandes centros urbanos (MENDES, 2000).

Na década de 2000, já existiam diversas experiências de serviços de saúde que direcionavam suas práticas para o âmbito do domicílio, com diferentes características e modelos de atenção como, por exemplo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS) ou programas direcionados aos idosos, ambos regimentados por portarias

---

<sup>3</sup>Arranjos tecnológicos em saúde: Mehry (2008) defende que o trabalho em saúde mobiliza três tipos de tecnologias, as duras (medicamentos e equipamentos), as leves-duras (conhecimentos estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as leves (tecnologias relacionais que possibilitam a produção de relações subjetivas entre trabalhador e usuário). Diferentes modelos de prestação do cuidado em saúde se diferenciam também por distintas ênfases de tecnologias. Na Atenção Domiciliar, pelo trabalho ser desenvolvido fora da instituição, no domicílio, cenário de vida do usuário, as tecnologias leves ganham destaque.

específicas. A maioria dessas experiências foram iniciativas de municípios ou de serviços isolados, que não contavam com diretrizes de políticas nacionais. Ademais, apresentavam lógicas diversas, entre elas, a substituição e continuidade dos cuidados hospitalares, a humanização e a racionalização do uso de recursos (CARVALHO, 2009).

No SUS, as primeiras regulamentações e legislações que iniciaram o processo de estruturação deste modelo de atenção, surgiram ao final da década de 1990, sendo a primeira delas voltada para o modelo de internação domiciliar, a qual regulamentou os primeiros hospitais no âmbito do SUS a prestarem este cuidado continuado no domicílio dos pacientes após a alta hospitalar. Em sequência, vieram novas legislações que, até hoje, continuam arquitetando esse modelo de cuidado.

Na literatura científica mais recente, a assistência domiciliar é conceitualmente classificada em quatro modalidades de cuidado, que se diferenciam pela especificidade de suas finalidades e ações, são elas: a atenção domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar (LACERDA et al., 2006). Para a autora, os conceitos e modalidades de cuidado inerentes à assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar variam entre autores, em um certo sentido retratam distinções não somente conceituais, mas também do ponto de vista prático em termos da organização desse tipo de cuidado. A nomenclatura atenção domiciliar designa um conceito de maior amplitude, um termo mais geral, que designa a organização do sistema e das práticas de saúde. Essa modalidade abrange todas as outras, o atendimento, a visita e a internação, que possibilitam a realização e a implementação da atenção domiciliar. O atendimento domiciliar é também considerado como assistência domiciliar ou cuidado domiciliar, na literatura internacional: *home care*. A visita domiciliar é, por sua vez, o conceito mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde da comunidade. E a internação domiciliar, a modalidade da atenção domiciliar que se utiliza das tecnologias duras em saúde, estando relacionada com serviços de média e alta complexidade. O Quadro 1 apresenta os conceitos centrais acerca de tais modalidades de AD.

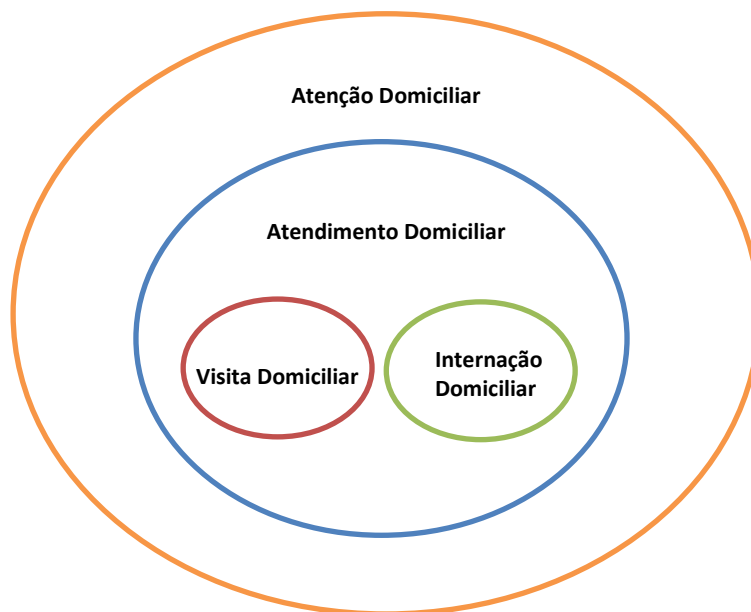
## Quadro 1 - Assistência em saúde prestada no ambiente domiciliar: Quadro conceitual

<b>Conceitos</b>	
<b>Atenção Domiciliar</b>	
Brasil (2006)	Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, realizados em domicílio.
Lacerda (2006)	A atenção domiciliar envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Assim, abrange desde a promoção até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares.
World Health Organization (EUA, 1999)	Para o sistema americano, a atenção domiciliar à saúde pode ser compreendida como “home health care”, sendo o cuidado à saúde proporcionado às pessoas no próprio domicílio de forma apropriada e de alta qualidade, com relação ao custo-benefício compatível com a vida dos indivíduos, que devem manter sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida.
<b>Atendimento Domiciliar</b>	
Anvisa (Brasil, 2016)	Assistência domiciliar (ou atendimento domiciliar) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.
Wealth Canada (1997)	Provisão de uma disposição de serviços de saúde e sociais designados a dar suporte aos pacientes em suas próprias casas.
Koabyashi (Coreia, 2004)	“Home care” baseado em uma perspectiva do setor público de saúde, por meio de ações de saúde realizadas no domicílio, junto à família e à comunidade, destinadas aos pacientes com doenças crônicas e com necessidade de longos períodos de tratamento, evitando a ocorrência de hospitalização.
Thomé, Dykes e Hallberg (Suécia, 2003)	Cuidado prestado por profissionais de saúde ao enfermo em sua própria casa, com objetivo final de bem-estar, contribuindo para a qualidade de vida e para a melhoria do estado de saúde, de forma a substituir o cuidado hospitalar.
<b>Visita Domiciliar</b>	
Ribeiro (2004)	A visita domiciliar caracteriza-se pelo contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações.
Mazza (2004)	Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes.
Freitas (2000)	A visita domiciliar deve compreender ações sistematizadas, que se iniciam antes da visita e continuam após ela.
Murashima (Japão, 2002)	Atividades de visita domiciliar realizadas por enfermeiras, que após o primeiro contato com a família definem as abordagens do cuidado, assim como as orientações a serem repassadas ao enfermo e à família para a realização das atividades de vida diária. Permite a provisão de um cuidado individualizado ao paciente, que pode ser um idoso, pacientes que necessitam de cuidados especiais e de tecnologia avançada, pacientes terminais ou pacientes com doenças mentais.
<b>Internação Domiciliar</b>	
Ribeiro (2004)	A internação domiciliar é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em estados mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.
Lacerda (2000)	A internação domiciliar é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, envolvendo a família e, podendo ou não, utilizar equipamentos e materiais.
Nogueira (França, 2000)	A internação é uma alternativa assistencial do setor saúde que consiste em um modelo organizado capaz de dispensar um conjunto de cuidados e atenção de médicos, enfermeiras, tanto em qualidade quanto em quantidade, para pacientes em seu domicílio, que não precisam de uma infraestrutura hospitalar, mas precisam de vigilância ativa e assistência completa.

Segundo Lacerda et al. (2006), há uma complementariedade entre as quatro modalidades conceituadas. Por isso, as peculiaridades que as distinguem devem ser claramente apreendidas pelos profissionais de saúde, para operacionalização do cuidado, orientação das práticas e organização do trabalho em saúde. Para essa autora, a AD é compreendida da seguinte maneira: a atenção domiciliar como modalidade mais ampla, que abarca ações de promoção, manutenção e restauração da saúde da população; o atendimento domiciliar, como a execução de qualquer atividade profissional em saúde realizada no domicílio; a internação domiciliar como prática mais intensiva e complexa realizada no domicílio; e a visita domiciliar como prática de avaliação dos indivíduos, da família e do próprio domicílio. A Figura 1, apresenta a concepção dessas modalidades de AD pela autora, sendo que aparecem de forma complementar e interdependentes.

Vale ainda expor a definição de leito em Atenção Domiciliar que, segundo o Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares - Manual SPA/CRACH/DAS n° 1/2017, é considerado um leito não hospitalar em ambiente domiciliar sob supervisão e retaguarda hospitalar referenciada realizado por equipe multiprofissional e equipamentos básicos.

**Figura 1. Representação da atenção domiciliar e suas modalidades**



Fonte: Lacerda et al. (2006)

### 3.2. O domicílio como espaço de ação do trabalho em saúde

O trabalho em saúde *in loco*, no domicílio, não trata apenas de delegar à família a função da assistência prestada ao seu familiar. Para Kerber et al. (2008), ao reconhecer o ambiente domiciliar como próprio ao cuidado, como um espaço de ação, de execução do trabalho em saúde, o setor saúde veicula a presença do Estado e colabora com a expansão de seus serviços, por meio de um alcance maior de suas ações.

Por outro lado, a desospitalização, como um dos eixos centrais da AD, apesar de representar sobremaneira uma racionalização de gastos para o sistema de saúde, suscita o questionamento sobre a possibilidade desta desoneração do sistema estar relacionada ao fato de alguns gastos serem repassados à família, como materiais de uso hospitalar (luvas, gaze, fraldas), custos de manutenção da estrutura física (água, luz) e medicamentos. Assim, quem realmente deveria arcar com estes gastos? Para Barbosa e Matos (2014), apela-se à responsabilização das famílias pelos seus elementos mais vulneráveis, em que algumas situações ou casos, sequer são ainda reconhecidos como responsabilidade de intervenção pelo sistema de saúde.

Iamamoto (2012) acredita que a aproximação da população por meio da assistência domiciliar permite impulsionar ações inovadoras, no sentido de reconhecer e atender às efetivas necessidades das classes sociais mais vulneráveis. O conhecimento deste território social, a partir do contato direto com o cotidiano familiar, comunitário, legitima esse tipo de assistência como procedimento técnico e a singulariza no rol de abordagens profissionais em saúde. Corroboram Amaro (2016) ao defender que as visitas domiciliares, por excelência, permitem aos profissionais de saúde verificar, descrever e explicar situações e aspectos da realidade do usuário; identificar situações de fragilidade ou vulnerabilidade social, bem como avaliar de forma concreta efeitos e limites das políticas sociais, considerando a efetividade das ações promovidas e seu impacto na vida dos usuários.

A organização do cuidado no ambiente domiciliar é uma dinâmica constante, que deve acompanhar as mudanças das necessidades físicas, biológicas e o nível de dependência do doente. Ao mesmo tempo permite a família e ao doente maior autonomia por sua condição de vida, de saúde, mas deve prezar pela mesma qualidade e segurança no cuidado, ou seja, fatores essenciais que seriam garantidos em uma instituição. Contudo, é desafiador prestar cuidado a um familiar enfermo, pela inexperiência, falta de conhecimento e recursos técnicos. Para Karsch (2003), delegar à família a função de cuidar, requer clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado executado, o tempo necessário, as características da doença e o



acompanhamento profissional.

### 3.2.1 Processo de trabalho no domicílio: atores, seus papéis e suas relações

A prática do cuidado domiciliar pressupõe a interação de três atores: o paciente (usuário), o cuidador e o profissional de saúde. A integração entre sistema de saúde e usuário na execução do cuidado em saúde em domicílio é configurada pelo serviço de saúde, serviço este executado por uma equipe multidisciplinar, que presta o cuidado necessário ao usuário com o acompanhamento de um cuidador, por sua vez representado por um familiar, amigo ou vizinho (BRASIL, MS 2012).

Nesse cenário, ao usuário é proporcionado um cuidado mais humanizado, favorecendo a sensação de bem-estar e segurança, enquanto permanece em sua casa, na presença de sua família. É possível que as práticas sejam desempenhadas adequadamente, mesmo que fora do ambiente hospitalar, sendo possível, ainda, considerar a redução do risco de adquirir infecções e a menor exposição às intervenções desnecessárias. Todavia, o estado clínico do paciente deve ser compatível com a possibilidade de continuidade do cuidado em ambiente domiciliar (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

O cuidador transita entre a função de prestador do cuidado e também de usuário, já que, simultaneamente, desempenha práticas do cuidado, demanda apoio técnico, emocional e social dos profissionais de saúde. Uma questão a ser levada em consideração, diz respeito ao cuidador familiar eleito, na maioria das vezes, ser representado por mulheres, papel comum a esposa ou filha. Faria et al (2016) abordam que a tarefa de cuidar associada à figura feminina tem raízes históricas, culturais, sociais e afetivas. A responsabilidade para cuidar do trabalho de casa, de crianças, idosos ou doentes, foi tradicionalmente definida como uma responsabilidade da mulher, pois há a crença de que cuidar é um dever da mulher, vista como uma cuidadora natural (GLENN, 2011).

O profissional precisará inserir-se no contexto cultural e familiar do doente, por esse motivo necessitará de certa dose de sensibilidade para compreender amplamente como o cuidado será realizado e quais entraves. Nesse sentido, o trabalho em saúde não se restringe apenas ao cuidado biológico, mas abarca a dimensão das interações entre a vida humana e o ambiente (KERBER et al., 2008). Para a autora ora mencionada, a atenção domiciliar pode ser considerada um instrumento potencial para a produção de uma assistência moldada pela relação e vínculo entre trabalhador e usuário, promoção do acolhimento e desenvolvimento de

co-responsabilidades, portanto indo ao encontro dos propósitos do SUS.

Feuerwerker e Mehry (2008) destacam a necessidade de integração das tecnologias em saúde, com relevância de tecnologias leves, pela relação profissional-doente-família se dar no lar do enfermo, diferente do que ocorre em uma internação hospitalar, em que a família e o doente precisam se adaptar, se ajustar ao meio, à instituição, a uma prática de trabalho que já existe, diante de regras e normas específicas. Quando a prática do cuidado em saúde é deslocada para o ambiente domiciliar, o esforço de ajuste a uma dada realidade cultural e familiar deve ser desempenhado pelo profissional de saúde, de forma que este aspecto relacional se torna relevante para o sucesso da assistência. Corroboram Lorincz et al. (2011) quando mencionam que os pacientes e cuidadores, em suas casas, desempenham um papel muito mais ativo e assumem muitas responsabilidades que são, em outros ambientes, de responsabilidade restrita aos profissionais de saúde. Na atenção domiciliar, eles podem ser responsáveis por planejar o cuidado, compartilhar informações com os profissionais de saúde e executar o cuidado concomitante ao trabalho técnico dos profissionais.

Para Barber (2002), cuidadores familiares e o próprio doente têm um papel importante na avaliação do curso da doença, na sinalização de mudanças no quadro, assim como para compor ajustes na dinâmica do cuidado. Todavia, nem sempre suas percepções irão ao encontro das percepções dos profissionais de saúde. Todo trabalho em saúde, de certa forma, necessita de uma negociação entre pacientes e profissionais. Em um serviço de saúde convencional, a tendência é que os valores e a rotina da instituição prevaleçam. No caso do cuidado domiciliar, as preferências e os valores familiares e individuais do doente tendem a ter maior relevância. Para Stajduhar (2002), o paciente e sua família, em tais casos, detêm uma maior diligência na escolha e na execução de um recurso terapêutico.

### **3.3. Qualidade do cuidado e a segurança do paciente na AD**

A especificidade da AD aporta dificuldades dada as características do cenário onde esse cuidado é prestado, se problemas com a qualidade do cuidado são complexos no ambiente hospitalar, esses agregam desafios para distintas dimensões da qualidade na AD. Garantir e mesmo melhorar a adequação, efetividade e segurança do paciente na AD são essenciais, tendo em vista que o uso mais eficiente de recursos não deve implicar na perda de prioridade dessas dimensões centrais da qualidade, em especial para a segurança do paciente.

A segurança do paciente ganhou destaque inicialmente no âmbito do cuidado hospitalar. Além disso, mais recentemente, com a continuidade deste cuidado no âmbito domiciliar, emergiu a necessidade de abordagens e soluções no novo contexto de cuidado em saúde. Assim como tudo o que é pertinente à atenção domiciliar, a segurança do paciente nesse contexto é também ainda pouco estudada. Para Vincent e Amalberti (2016), a segurança do paciente no cuidado domiciliar é um assunto muito relevante, por ser uma modalidade de cuidado em expansão, que pode vir a se tornar uma das modalidades de cuidado em saúde mais importantes. Para tais autores, o aumento considerável desse tipo de serviço parece ser inevitável, e, considerando a sua natureza, a singularidade do espaço onde ocorre esse tipo de cuidado, há que se pensar em estratégias que visem gerir os riscos presentes neste espaço e dinâmica de trabalho.

Como já exposto anteriormente, com o envelhecimento populacional e o aumento da sobrevida em casos de doenças crônicas, indivíduos conviverão cada vez mais e por mais tempo com suas incapacidades e limitações, assim como a dos seus familiares. Mais idosos viverão sozinhos e contarão com a ajuda de outros idosos. Assim, um dos principais objetivos da atenção domiciliar é evitar novas internações hospitalares e manter uma boa qualidade de vida, em casa, apesar da existência desses agravos e limitações.

Enquanto para o doente e seus familiares, estar em casa pode ser reconfortante, para os profissionais de saúde, pode representar um ambiente com mais riscos, com mais dificuldades e limitações para a aplicação de padrões de segurança. Com os riscos de quedas, dificuldades de descartes de agulhas e medicamentos, o próprio manuseio de medicamentos por parte dos familiares, enfim, há toda uma rotina que foge ao domínio exclusivo da equipe de profissionais. Logo, a informação e o treinamento dos familiares devem estar presentes no cotidiano e na composição do trabalho em saúde no ambiente domiciliar (VICENTE AMALBERTI, 2016).

Comumente a residência é um ambiente que oferece riscos, um cenário corriqueiro de acidentes. As principais causas de óbitos por lesões domésticas não intencionais são as quedas, intoxicações, queimaduras, obstrução das vias aéreas e afogamentos, sendo os idosos os mais afetados (DORAN et al. 2009). Outros fatores que tornam o indivíduo mais vulnerável à ocorrência de acidentes incluem o declínio das funções físicas ou mentais, o fato de viverem sozinhos e fatores ligados a autogestão do cuidado de saúde, como polifarmácia e falta de revisão da medicação (GERSHON et al. 2012).

Estudos no Canadá e nos EUA revelaram que aproximadamente 13% dos pacientes em atenção domiciliar sofreram eventos adversos, dentre eles, quase a metade foram causados por quedas, seguido de danos por uso inadequado de medicação, úlceras de decúbito e danos psicológicos (SEARS et al., 2013; MADIGAN, 2007; JOHNSON, 2005). Abuso psicológico e violência por parte de familiares também foram citados nos estudos, todavia sugeridos como incertamente percebidos pelos profissionais de saúde. Outros autores como Ellenbecker et al. (2004), atribuíram a ocorrência de eventos adversos relacionados com o uso de medicamentos a uma comunicação falha entre a atenção hospitalar e a atenção primária, circunstância essa comum à nossa realidade, em que o cuidado ainda é fragmentado entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Um estudo na Austrália (SORENSEN et al. 2005) demonstrou a polifarmácia e o uso inadequado de medicamentos como causa em 35% das reinternações do cuidado domiciliar.

A ocorrência de danos à saúde não está restrita ao paciente a quem se destina a atenção domiciliar, mas tal risco se estende aos demais membros da família, singularmente ao cuidador principal. Iluminação deficiente, ruído, temperatura, presença de parasitas, de animais de estimação, desordem excessiva, falta ou uso indevido de equipamento de proteção individual, manuseio e descarte inadequado de lixo contaminado e perfurocortante, higienização inadequada das mãos, materiais e ambiente devem ser considerados para a garantia da segurança do paciente e dos demais envolvidos com o cuidado, incluindo o cuidador familiar e a equipe de profissionais de saúde. A respeito disso, Vincent e Amalberti (2016) dispuseram em um quadro (Quadro 2) os riscos oferecidos pelo ambiente domiciliar.

## Quadro 2. Lista de verificação de segurança para condições domiciliares perigosas

Categorias de perigo	
Perigo de queda	Ausência de tapete antiderrapante no chuveiro
	Ausência de barras de segurança no chuveiro ou banheira
	Ausência de tapete antiderrapante no chão do banheiro
	Tapetes ou carpetes soltos
	Iluminação deficiente
	Piso irregular ou escorregadio
	Desordem excessiva
	Mobília disposta de forma inadequada
Perigos elétricos e de incêndio	Ausência de extintor de incêndio
	Ausência de alarme de monóxido de carbono
	Ausência de detector de fumaça
	Cabos elétricos danificados ou sobrecarregados
	Aquecedor
	Fogão
	Presença de produtos inflamáveis
Perigos biológicos, higiênicos e químicos	Sinais de presença de baratas
	Sinais de presença de ratos
	Excesso de pó ou pelos de animais
	Sinais de infestação por piolhos, pulgas ou percevejos
	Mofa ou fungos
	Alimentos estragados
	Lixo acumulado
	Comida armazenada de forma não higiênica
	Produtos de limpeza e outros possíveis venenos
Outros perigos diversos	Ausência de lista de contatos de emergência (familiares, médicos e outros)
	Ruído excessivo na casa (seja no interior ou exterior)
	Portas sem fechaduras efetivamente seguras
	Risco de violência por cães ou outros animais agressivos
	Risco de violência por parte de vizinhos
	Presença de armas

Fonte: Adaptado de Gershon et al. (2012) - em Cuidado de Saúde mais Seguro Estratégias para o cotidiano do cuidado (Vincent, C. e Amalberti, R. 2016).

Em suma, autores que buscam por soluções para a segurança do paciente no âmbito domiciliar compactuam com a ideia de que a disposição de normas de segurança no ambiente domiciliar é um grande desafio, uma vez que as estratégias e ferramentas aplicadas no ambiente hospitalar não podem ser igualmente adotadas no contexto domiciliar. Contudo, alguns pontos como o planejamento da alta, a mediação entre as equipes de cuidado hospitalar e equipes de cuidado domiciliar e a família podem representar um processo de alta mais seguro e a transição do cuidado mais segura, facilitando a continuidade do cuidado no domicílio. Ao destacar os riscos de segurança na atenção domiciliar, os autores, nem por isso, sugerem que ela não seja desejável ou possível, mas ao contrário sublinham que ela é fundamental para se viver de forma independente o por maior tempo possível (VINCENT e AMALBERTI, 2016; BUI e FONAROW, 2012). A segurança na atenção domiciliar deve ser

almejada, além de ponderar os riscos e benefícios de viver em casa da forma mais independente possível.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Desenho do estudo**

Estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, apoiada na literatura científica, documentos oficiais e dados secundários, para a descrição da AD no território nacional, compreensão do seu papel e processo de consolidação no SUS.

### **4.2. Fonte de informação**

A revisão bibliográfica foi realizada para obter experiências, iniciativas e avaliações sobre o tema de interesse, para tal foram empregados os seguintes descritores: atenção domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar, atendimento domiciliar e cuidado domiciliar. Foram buscados artigos científicos em português, inglês e espanhol, publicados no período de 1995 a 2018, nas bases bibliográficas: BVS, Scielo e PubMed. Foram realizadas também consultas com base nas citações bibliográficas de cada artigo, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e relatórios de pesquisa.

Pesquisas documentais, incluindo leis, resoluções, portarias e manuais também compuseram essa revisão. Para início de tal etapa foram lidas as primeiras portarias encontradas nas referências bibliográficas, que foram levando ao conhecimento das demais. Foram realizadas consultas na plataforma do Ministério da Saúde, Saúde Legis, com buscas a partir da nomenclatura *domiciliar*, o que permitiu identificar um enredo de portarias subsequentes. Manuais instrutivos e demais documentos oficiais foram utilizados para conhecimento da organização atual da AD no SUS.

Inicialmente, para identificação de serviços ofertados e procedimentos de saúde produzidos pelo SUS no âmbito da AD, foi consultada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (RENASES) e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP/SUS). Os serviços e procedimentos de interesse acerca do estudo foram descritos nos Quadros 3 e 4. A consulta à RENASES permitiu a identificação de 5 tipos de ações e serviços no âmbito da AD, desempenhados por diferentes modelos de atenção e com critérios de regramento de acesso distintos (Quadro 3). A consulta ao SIGTAP/SUS permitiu identificar 17 procedimentos realizados em ambiente domiciliar

pelo SUS, suas formas de execução, níveis de complexidade, tipos de financiamento e disponibilidade nos Sistemas de Informação em Saúde do SUS (SIS-SUS) (Quadro 4). Ambos orientaram a busca nos sistemas de informação para construção da base de dados utilizada.

Dados secundários foram obtidos nos sistemas de informação de uso público e irrestrito, sendo acessados por meio da plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). No primeiro momento, buscou-se informações preliminares por meio de tabulação on-line (Tabnet), utilizando dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) no sentido de verificar a existência de registros referentes aos cuidados prestados em domicílio. Nesta etapa, foi excluída a possibilidade de uso do SISAB, visto que tal sistema de informação não permitia, naquele momento, acesso público aos microdados.

Com base na busca orientada pelos portais da RENASES e SIGTAP, utilizou-se como fonte de dados os seguintes Sistemas de Informações Hospitalares do SUS (SIS-SUS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Foram extraídos do SIH-SUS todos os registros dos arquivos do tipo reduzido, cuja variável procedimento realizado correspondia ao código da internação domiciliar: 03.01.05.007-4 (Quadro 4). Esses registros conformaram a base de dados sobre as internações domiciliares realizadas em âmbito nacional no período de estudo, esta base foi extraída com todas as variáveis disponíveis para cada internação. Do SIA-SUS foram extraídos os dados da produção ambulatorial da Atenção Domiciliar, cuja variável procedimento correspondia aos 17 códigos de atendimento ambulatorial domiciliar, descritos no Quadro 4. Em ambos, os SIS-SUS, os arquivos de cada uma das Unidades da Federação foram importados, filtrados e, posteriormente, tabulados por meio do programa de tabulação e tratamento de dados do DATASUS, TabWin. Após importadas do DATASUS, as bases de dados nacionais foram contruídas separadamente no TabWin.

### **4.3. Universo de estudo**

O universo do estudo incluiu as internações domiciliares e os procedimentos ambulatoriais de âmbito domiciliar, respectivamente encontrados nos sistemas de informação SIH-SUS e SIA-SUS. Buscou-se explorar o período de tempo disponível nos SIS-SUS, sendo este possível a partir de 2008 no SIH-SUS e a partir de novembro de 2012 no SIA-SUS. Vale destacar que a cobertura temporal de cada sistema tem relação com o próprio processo de



conformação da AD, em concordância com a deliberação das portarias correspondente aos registros das produções nas respectivas bases.

O recorte temporal considerou o período disponível de cada SIS-SUS, escolhendo utilizar os dados processados até 2016, devido ao tempo de início desta pesquisa, rotina de revisão e correção das informações disponibilizadas em curso para o ano de 2017. Dessa forma, foram analisadas as seguintes informações:

- SIH-SUS: janeiro de 2008 a dezembro de 2016;
- SIA-SUS: novembro de 2012 a dezembro de 2016.

Assim, o recorte temporal não foi o mesmo para ambos os bancos, já que a pesquisa objetivou explorar as informações disponíveis nas bases de dados do SUS, não havendo a pretensão de comparação de variáveis entre as bases.

Ao fim deste processo de extração de dados, o universo de estudo contabilizou 94.754 internações domiciliares no período de 2008 a 2016, bem como um total de 4.008.692 procedimentos domiciliares ambulatoriais no período de novembro de 2012 a 2016.

#### **4.4. Análise dos dados**

Pelo caráter exploratório do estudo, a análise dos dados foi circunscrita a etapa descritiva. Na construção dos bancos de dados, processamento dos dados, elaboração das tabelas, gráficos e mapas foram utilizados os programas: TabWin (DATASUS), SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA) e Microsoft Excel 2010.

As variáveis analisadas estão relacionadas com as disponíveis nos SIS-SUS<sup>4</sup>, quais sejam: o ano de atendimento/internação, sexo, idade, cor/raça, diagnóstico principal, diagnóstico secundário, local do atendimento/internação (localização geográfica de residência), origem do paciente (atenção básica, emergência, internação hospitalar), destino ou motivo de saída do atendimento/internação (alta, permanência, reinternação e óbito), causa do óbito, dias de permanência sob atendimento/internação domiciliar, caráter do atendimento (eletiva ou emergência) e tipo de gestão (público, privado e filantrópico). Tais variáveis foram inicialmente exploradas no Excel e, posteriormente, a análise descritiva foi realizada no SPSS.

Por fim, ensejou-se relacionar as informações quantitativas com marcos identificados na análise documental e, com isso, compreender a conformação atual da AD no SUS.

---

<sup>4</sup> Há diferenças na denominação das variáveis selecionadas descritas nos distintos sistemas utilizados.

#### **4.5. Considerações éticas**

Além da literatura científica, foram empregados como fonte de informação documentos e base de dados secundários de domínio público e irrestrito. Portanto, de acordo com as resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto apenas foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP-ENSP) para certificação de isenção do parecer.

**Quadro 3. Ações e serviços de saúde descritos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES – SUS)**

Modelo de Atenção	Ação ou Serviço	Descrição	Acesso
Atenção Primária	Atenção Domiciliar	Atendimento contínuo e regular ao paciente, realizado por equipe multiprofissional no domicílio. Inclui todas as ações inerentes ao atendimento, considerando as três modalidades de Atenção Domiciliar: avaliação integral das necessidades de saúde; estabelecimento de plano de cuidado; seguimento do tratamento proposto; avaliação da evolução do caso; ações educativas com os familiares e cuidador; cuidados paliativos; realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; ações de vigilância em saúde; suporte ventilatório não invasivo (CPAP e BIPAP); terapia nutricional; oxigenoterapia (concentrador de O2); diálise peritoneal; paracentese; aspiração de vias aéreas para higiene brônquica; consultas acompanhamento domiciliar em pós operatório; adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses; adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até que apresentem condições de frequentar serviços de reabilitação.	1, 2
	Atenção Familiar	Atenção individual a famílias ou membros destas, realizada por profissionais de nível superior, com o objetivo de realizar abordagens familiares.	1, 2
	Visita Domiciliar ou Institucional	Avaliação (in loco) do contexto individual, familiar e coletivo, no que tange às condições de saúde e do meio ambiente, visando à qualificação do cuidado e proporcionando atendimento integral, vínculo e responsabilização, incluindo pessoas que se encontram institucionalizadas. Incluem-se as seguintes ações: realização de DOTS (dose terapêutica supervisionada); cadastramento familiar; busca ativa; ações de vigilância epidemiológica; dentre outras ações.	1, 2
Atenção Ambulatorial Especializada	Assistência Domiciliar Terapêutica Multiprofissional em HIV/AIDS (ADTM)	Atendimento contínuo e regular a paciente com indicação de internação domiciliar ou egresso da internação domiciliar, realizado por equipe multiprofissional. Inclui todas as ações inerentes ao atendimento a pacientes portadores de HIV / AIDS.	2, 3 e 4
	Assistência Especializada Domiciliar Realizada por Equipe Multiprofissional	Compreende o conjunto de ações integradas e articuladas, realizadas no âmbito domiciliar, de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Abrange a realização de consultas, cuidados paliativos, assistência hemoterápica, assistência farmacêutica, procedimentos terapêuticos clínicos, acompanhamento do tratamento necessário e reabilitação, incluindo atenção ao pré-natal de risco e puerpério e atenção a mulher em situação de violência doméstica e sexual. É um atendimento contínuo e regular ao paciente com indicação de internação domiciliar ou egresso da internação domiciliar. Inclui todas as ações inerentes ao atendimento. É realizada por equipe multiprofissional.	2, 3, 4 e 5

Códigos de critério de regramento de acesso ao serviço, segundo a lista de critérios e regramentos de acesso às ações e serviços constantes da RENASES, prevista no art. 7º da Portaria nº 842/GM/MS, de 2 de maio de 2012: (1) Ação ou serviço com acesso livre para o usuário, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso; considerados portas de entrada do SUS, conforme definido no artigo 9º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; (2) Ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS; (3) Ação ou serviço com acesso mediante autorização prévia de dispositivo de regulação; (4) Ação ou serviço com exigência de habilitação pelo gestor; (5) Ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional.

Fonte: RENASES. MS, 2012.

**Quadro 4. Descrição de procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP –SUS) – consulta de procedimentos pela nomenclatura domiciliar**

Procedimentos - SIGTAP/SUS								
Código	Nome	Descrição	Forma de Organização	Modalidade de Atendimento	Complexidade	Tipo de Financiamento	Instrumento de Registro	SIS (SIA/SIH)
01.01.03.001-0	Visita domiciliar por profissional de nível médio	Atividade profissional externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré-estabelecidos, já incluídas ações executadas, tais como: cadastramento familiar, identificação, acompanhamento e atendimento da população alvo nas unidades de saúde e no domicílio.	Visita domiciliar	Ambulatorial / Atenção Domiciliar	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (consolidado) e BPA (individualizado)	SIA
01.01.03.002-9	Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	Avaliação pela equipe de atenção domiciliar com objetivo de verificar a condição do paciente para inclusão no SAD, considerando avaliação clínica, do domicílio, do cuidador e outras.	Visita domiciliar	Ambulatorial	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (consolidado); BPA (individualizado) e RAAS (AD)	SIA
03.01.01.013-7	Consulta/atendimento domiciliar	Consulta/atendimento domiciliar realizada por profissional de nível superior com paciente em atenção domiciliar.	Consultas médicas/outras profissionais de nível superior	Atenção Domiciliar	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (consolidado) e BPA (individualizado)	SIA
03.01.01.016-1	Consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada	<i>Não disponível na consulta</i>	Consultas médicas/outras profissionais de nível superior	Ambulatorial	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade (MAC)	BPA (consolidado) e BPA (individualizado)	SIA
03.01.05.001-5	Acompanhamento e avaliação domiciliar de paciente submetido à ventilação mecânica não invasiva - paciente/mês	Assistência domiciliar realizada pelo enfermeiro, médico e/ou fisioterapeuta para orientar aos pacientes submetidos à ventilação nasal intermitente de pressão positiva, quanto ao uso correto do ventilador e na avaliação mensal desses pacientes pelo serviço especificamente cadastrado para prestar essa assistência.	Atenção domiciliar	Ambulatorial	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade (MAC)	APAC (procedimento principal)	SIA
03.01.05.002-3	Assistência domiciliar por equipe multiprofissional	Assistência domiciliar, realizado por equipe multiprofissional à paciente em atenção domiciliar.	Atenção domiciliar	Atenção Domiciliar	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (individualizado)	-
03.01.05.003-1	Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada	Atendimento contínuo e regular a paciente com indicação de internação domiciliar ou egresso da internação domiciliar, realizado por equipe multiprofissional . incluem todas as ações inerentes ao atendimento, dentre outros, destacam-se a realização de curativos.	Atenção domiciliar	Ambulatorial	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade (MAC)	BPA (individualizado)	SIA
03.01.05.004-0	Assistência domiciliar terapêutica	Atendimento domiciliar contínuo e regular realizado por equipe multidisciplinar, que	Atenção domiciliar	Ambulatorial	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade	BPA (individualizado)	SIA

	<b>multiprofissional em HIV/AIDS (ADTM)</b>	assegure assistência clínico-terapêutica ao paciente de hiv/aids, permitindo a redução no número e no tempo de internação hospitalar. Cada paciente deverá receber um mínimo de 12 (doze) atendimentos domiciliares terapêuticos por equipe. Será permitido o registro de no máximo, 16 (dezesesseis) atendimentos domiciliares paciente/mês. Estão habilitadas a prestar este tipo de assistência, as unidades de saúde públicas vinculadas ao programa de alternativas assistenciais aos pacientes portadores de HIV/AIDS.				(MAC)		
<b>03.01.05.005-8</b>	<b>Assistência domiciliar por profissional de nível médio</b>	Visita domiciliar solicitada por profissional de nível superior, segundo rotinas de serviços programadas; já incluídos cuidados executados durante a visita, tais como: curativos, retirada de pontos e outros.	Atenção domiciliar	Atenção Domiciliar	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (consolidado) e BPA (individualizado)	SIA
<b>03.01.05.006-6</b>	<b>Instalação/manutenção de ventilação mecânica não invasiva domiciliar</b>	Disponibilização/manutenção domiciliar do ventilador volumétrico tipo boleável, apto a realizar ventilação nasal intermitente de pressão positiva. Encontram-se incluídos no procedimento, o fornecimento de material de consumo mensal (oxigênio) e a substituição semestral de máscara de gel com touca.	Atenção domiciliar	Ambulatorial / Hospitalar	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade (MAC)	AIH (procedimento secundário) e APAC (procedimento secundário)	SIA
<b>03.01.05.007-4</b>	<b>Internação domiciliar</b>	<i>Não disponível na consulta</i>	Atenção domiciliar	Atenção Domiciliar	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade (MAC)	AIH (procedimento principal)	SIH
<b>03.01.05.010-4</b>	<b>Visita domiciliar pós óbito</b>	Visita domiciliar realizada por um ou mais profissionais de saúde aos familiares de paciente em atenção domiciliar que faleceu com objetivo de apoiá-los no processo de luto.	Atenção domiciliar	Atenção Domiciliar	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (consolidado) e BPA (individualizado)	—
<b>03.01.05.014-7</b>	<b>Visita domiciliar por profissional de nível superior</b>	Atividade realizada por profissional superior, objetivando a realização de ações executadas para fins de busca ativa, ações de vigilância, cadastramento familiar, alvo, incluindo usuários sob cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica e/ou equipes multiprofissionais de atenção domiciliar/equipes multiprofissional de apoio.	Atenção domiciliar	Atenção Domiciliar	Atenção Básica	Atenção Básica (PAB)	BPA (consolidado) e BPA (individualizado)	—
<b>03.01.08.024-0</b>	<b>Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares</b>	Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolvem ações de promoção, prevenção e assistência.	Atendimento/Acompanhamento psicossocial	Ambulatorial	Média Complexidade	Média e Alta Complexidade (MAC)	RAAS (atenção psicossocial)	—

<b>03.05.01.016-6</b>	<b>Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA/DPAC</b>	Avaliação do paciente pelo médico no estabelecimento de saúde e na assistência domiciliar realizada pela (o) enfermeira(o) para orientação quanto a assepsia ambiental, estocagem dos conjuntos de troca e do uso correto quando houver uso de máquina cicladora, desde o início do tratamento que poderá abranger o período igual ou inferior a 15 dias ou de mês. A utilização de quantitativos de conjuntos de troca, instalação de máquina cicladora e equivalente a 15 dias ou de mês.	Tratamento dialítico	Ambulatorial	Alta Complexidade	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) - Subtipo: Nefrologia	APAC (procedimento principal)	SIA
<b>07.02.10.004-8</b>	<b>Conjunto de troca p/DPA (paciente-mês c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora)</b>	Disponibilização domiciliar dos conjuntos de troca para DPA com acessórios específicos para paciente que necessite realizar diálise peritoneal automática por mês com simultânea instalação e manutenção da máquina cicladora.	OPM em nefrologia	Ambulatorial	Não se Aplica	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) - Subtipo: Nefrologia	APAC (procedimento secundário)	SIA
<b>07.02.10.005-6</b>	<b>Conjunto de troca p/ paciente submetido a DPA (paciente-15 dias c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora)</b>	Disponibilização domiciliar dos conjuntos de troca com acessórios específicos para diálise peritoneal automática – DPA em paciente que necessita realizar DPA - paciente/15 dias, com simultânea instalação e manutenção da máquina cicladora.	OPM em nefrologia	Ambulatorial	Não se Aplica	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) - Subtipo: Nefrologia	APAC (procedimento secundário)	SIA

Fonte: Tabela SIGTAP. MS, 2018.[disponível em :<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>]

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Legislação e processo de consolidação da AD**

Com o intuito de descrever o processo de consolidação da AD no SUS, esta seção relata a evolução da normatização dessa modalidade no SUS. Estas foram descritas em ordem cronológica, as portarias e os manuais que se sucederam na organização e ampliação da AD no Brasil (Quadro 5). No total, somam-se 19 portarias que tratam da organização e efetivação de serviços relacionados com a AD: a primeira deliberada em 1998 e a mais recente em 2016. Paralelamente às portarias que formaram o arcabouço da AD no SUS, foram deliberadas outras 70 portarias que trataram de habilitar e desabilitar Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) em diversos municípios (Tabela 1) . Ao longo da criação das referidas portarias, foram também organizados 4 manuais instrutivos que, de maneira mais prática, explicitaram a organização atual do processo de trabalho da AD no SUS.

Com a primeira legislação voltada para a organização dos serviços de saúde prestados no domicílio, tem-se a publicação, em 1998, da Portaria nº 2.416, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. A partir daí a configuração da AD no SUS foi ocorrendo gradativamente por meio da formulação de portarias subsequentes e complementares. Em 2001, foi instituída a Portaria nº 1.531 no intuito de oferecer aos portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva (VNI) em domicílio, sob cuidado de uma equipe multidisciplinar, com financiamento realizado pelo SUS. Vale salientar que, em 2008, a Portaria nº 370 ampliou o escopo de atuação deste programa, incluindo novas patologias elegíveis para o seu cadastramento. Em 2002, a Portaria nº 249, estabeleceu a assistência domiciliar como uma modalidade a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC – ANVISA) nº 11, foi deliberada em 2006, e dispôs sobre o regulamento técnico do funcionamento dos serviços que prestam assistência domiciliar. A estruturação dos então denominados Serviços de Assistência Domiciliar (SAD), deveria se baseada na orientação dessa resolução.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529, que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS e a definiu como um conjunto de atividades

prestadas às pessoas clinicamente estáveis, em seu domicílio, cuja condição de saúde exigisse uma intensidade de cuidado superior às modalidades ambulatoriais, que pudessem ser mantidas em casa, por meio da presença de uma equipe de profissionais exclusivos para este fim. Cinco anos depois, em agosto de 2011, tal portaria foi revogada e uma nova Portaria nº 2.029, talvez a mais importante, representou um marco legislativo no processo de estruturação da AD, por abordá-la como uma modalidade de atenção no âmbito do SUS, de forma a retirar o foco da internação domiciliar como modelo único de prestação da assistência domiciliar, fazendo menção à AD como uma incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar.

Em 8 de novembro de 2011, foi lançado pelo governo federal o Programa Melhor em Casa, que incorporou a AD ao SUS, como um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e, nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, deveria estar inserida nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, segundo as diretrizes do Programa, a AD constitui-se no SUS como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em domicílio, em busca de um cuidado ampliado e continuado, integrado com as RAS (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 redefiniu a AD, reestabeleceu normas para cadastro dos SAD e suas respectivas equipes, assim denominadas: Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), além de estabelecer os critérios de habilitação dos estabelecimentos de saúde, como um SAD, aos quais as EMAD e EMAP estariam vinculadas. Em seguida, em 2013, a Portaria nº 963 novamente redefiniu a AD no âmbito do SUS; ganhando nova versão em 2016, a partir da Portaria nº 825 que, além de redefinir a AD no âmbito do SUS, impulsionou a habilitação dos SAD.

A partir de 2011, paralelamente às portarias que estruturaram a AD no SUS, foram sendo deliberadas portarias que habilitavam SADs, contemplando municípios de todo território nacional com suas respectivas equipes multiprofissionais, as EMADs e EMAPs. No decorrer de sete anos, desde a deliberação da primeira portaria de habilitação, até o presente ano, em 2018, 70 portarias foram deliberadas, contemplando 651 municípios, com 1000 estabelecimentos de saúde habilitados como SAD, estando compostos por 1.361



EMADs e 727 EMAPs. A maior parte dos SADs foram propostos por Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (n=905), enquanto apenas 95 foram propostos por Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Concomitante às portarias que trouxeram novas habilitações de SAD, outros foram sendo, por motivos diversos, desabilitados (n=84) (Tabela 1).

Além disso, vale destacar uma importante portaria deliberada em 2011, a Portaria Interministerial nº 630, de 8 de novembro de 2011, resolvendo que passaria a ser beneficiada com a Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE) a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha entre seus membros portador de doença ou com deficiência (física, motora, auditiva, visual, intelectual e múltipla), cujo tratamento, procedimento médico ou terapêutico requeira o uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica.

**Quadro 5. Portarias, leis e resoluções no âmbito da atenção domiciliar. Brasil, 1998 a 2016**

Ano	Documento	Assunto	Antecedentes, considerações e finalidade	Avanços	Operacionalização	Revoga	Revogada por
1998	Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998	Requisitos e critérios para credenciamento de hospitais para realização de internação domiciliar no SUS.	Humanização do atendimento e desospitalização.	Inseriu a internação domiciliar no SIH-SUS.	Inclusão Grupo de Procedimentos Internação Domiciliar na tabela SIH-SUS: 85.100.xx-x. - Internação Domiciliar. 85.500.xx-x - Internação Domiciliar com equipe hospitalar. 85.300.xx-x - Internação Domiciliar com equipe hospitalar.	—	—
2001	Portaria nº 1.531, de 04 de setembro de 2001	Reconhecimento da Distrofia Muscular Progressiva como patologia elegível para assistência domiciliar.	Promoção da melhoria da qualidade e expectativa de vida dos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva.	Instituiu o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a pacientes portadores de distrofia muscular progressiva.	Determinação às Secretarias de Saúde do estados, do Distrito Federal e dos municípios que adotassem medidas necessárias ao cadastramento de pacientes e dos serviços de saúde aptos à manutenção e acompanhamento domiciliar.	—	Portaria nº1.370, de 04 de julho de 2008.
2002	Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002	Normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e fluxos assistenciais das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.	A antecedente, Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, que criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.	Estabeleceu a assistência domiciliar, dentre outras modalidades de assistência (internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado e hospital dia), como uma modalidade a ser desenvolvida pelo centro de referência em assistência à saúde do idoso.	Pacientes idosos provenientes de internação hospitalar, com quadro clínico compensado e estável, sem condições de locomoverem-se e com suporte familiar, passam a ser, prioritariamente, encaminhados para os serviços de assistência domiciliar.	—	—
	Lei nº 10.424, de 2002 Capítulo VI do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar	Incorporação do Capítulo VI - Subsistema de atendimento e internação domiciliar à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a necessidade de regulamentação da assistência domiciliar no SUS.	Estabeleceu o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Desmembrou o termo assistência domiciliar em atendimento domiciliar e internação domiciliar.	O atendimento e a internação domiciliares passam a realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.	—	—
2006	Resolução RDC ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006	Regulamentação técnica de funcionamento de serviços prestadores de assistência domiciliar.	Necessidade de propor requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de serviços de atenção domiciliar nas modalidades de assistência e internação domiciliar.	Aprovou o regulamento técnico a ser aplicado a todos os serviços de atenção domiciliar, públicos ou privados que oferecem assistência e/ou internação domiciliar.	Definição do modelo de prestação do serviço de atenção domiciliar, da regulamentação e penalidades, e da padronização da avaliação através de matriz de indicadores.	—	—
	Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006	Internação Domiciliar no SUS.	Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que estabelece no âmbito do SUS a Assistência e a Internação Hospitalar; art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de	Definiu a organização e composição dos serviços de internação domiciliar e seu financiamento.	Definiu condições para credenciamento dos serviços de internação domiciliar; a composição mínima das equipes e das equipes matriciais de apoio; a abrangência populacional de cada equipe; a média de permanência no serviço; a garantia de	—	Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.

			2003, que institui o Estatuto do Idoso; Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC 11, de 26 de janeiro de 2006, e Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006.		retaguarda no período da noite, finais de semana e feriados para os usuários sob o cuidado das equipes; a prioridade dos grupos; e os critérios de inclusão e exclusão do usuário no serviço.		
2008	<b>Portaria nº 1.370, de 04 de julho de 2008</b>	Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos portadores de doenças neuromusculares.	Necessidade de ampliar o escopo do Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva contemplando, além da distrofia muscular progressiva, outras doenças neuromusculares.	Instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de distrofia muscular progressiva.	Pelo seu escopo restrito à distrofia muscular progressiva, extinguiu o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Pacientes Portadores de Distrofia Muscular, contemplando demais patologias com necessidade de uso de suporte ventilatório; estabeleceu que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios adotassem medidas necessárias à organização e implantação do Programa. Esta portaria não traçou, propriamente, o funcionamento do Programa.	Portaria nº 1.531, de 04 de setembro de 2001.	—
	<b>Portaria nº 370, de 04 de julho de 2008</b>	Diretrizes do funcionamento do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos portadores de doenças neuromusculares.	A Portaria GM/MS nº 1.370, de 03 de junho de 2008, que institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos portadores de doenças neuromusculares; e a necessidade de adoção de providências para viabilizar a organização e implantação do Programa.	Estabeleceu o rol de doenças neuromusculares incluídas no Programa; as indicações clínicas para a utilização da VNI; e as providências a serem tomadas pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal para organização e implantação do Programa.	Inseriu no CNES a descrição da habilitação: 20.01 - Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva aos portadores de doenças neuromusculares; e redefiniu a Tabela OPM, inserindo os procedimentos relativos a tal atendimento.	—	—
2011	<b>Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011</b>	Atenção Domiciliar como um modelo de Atenção do SUS.	O artigo 198 da Constituição de 1988; a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990; o Estatuto do Idoso; a RDC da ANVISA, nº 11, de 26 de janeiro de 2006; o Pacto pela Saúde 2006; a Política Nacional de Atenção às Urgências; a humanização como Política transversal.	Instituiu a AD no âmbito do SUS, estabelecendo as normas para cadastro e habilitação SAD, valores do incentivo financeiro (que passa a ser repassado mensalmente pelo MS, na modalidade fundo a fundo) e sua organização por constituição territorial e populacional.	Estabeleceu o SAD como serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, e ainda, como responsável pelo gerenciamento e operacionalização EMAD e EMAP. Traçou as diretrizes: estruturar a AD na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; e articular com os outros níveis da atenção à saúde.	Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006.	Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.
	<b>Portaria nº 672, de 18 de outubro de 2011</b>	Normas para o cadastramento, no CNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da AD.	A Portaria nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que institui a AD no SUS; e a necessidade de adequar o CNES à nova Política.	Estabeleceu normas para o cadastramento e inclusão no CNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da AD no SUS.	Definiu critérios para cadastro dos SAD, das EMAD e EMAP no CNES.	—	—

	<b>Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011</b>	Redefinição da AD no âmbito do SUS.	A Portaria nº 672, de 18 de outubro de 2011, aliada à necessidade de reformulação da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.	Flexibilizou os critérios adotados na portaria anterior, possibilitando que mais municípios pudessem aderir ao SAD.	Traçou novos requisitos para implantação do SAD, considerando o volume populacional, a localização geográfica, a viabilização de serviço móvel e de atenção às urgências, assim como a composição profissional das equipes em relação à estimativa populacional.	—	Portaria nº 963, de 27 de maio 2013.
<b>2012</b>	<b>Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012</b>	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011. Redefine a AD no SUS.	Portaria no 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011; e a Portaria nº 276/SAS/MS, de 30 de março de 2012, que institui o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).	Municípios com população maior ou igual a 40.000 habitantes passam a preencher os requisitos para implantação do SAD, mesmo que não pertencentes a uma região metropolitana.	O Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS/MS), passam a habilitar estabelecimentos de saúde para prestação de serviço de assistência domiciliar, por meio de portaria específica. O Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS, publica o Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar, com objetivo de orientar a elaboração do Projeto e divulgar diretrizes e critérios utilizados para a análise técnica.	Os §§ 2º e 3º do art. 34 da Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 208, Seção 1, de 28 de outubro de 2011, pág. 44.	Portaria nº 963, de 27 de maio 2013
<b>2013</b>	<b>Portaria nº 963, de 27 de maio 2013</b>	Redefine a AD no SUS.	Considera todas as demais portarias que estruturam a AD e a necessidade de reformulação após as alterações trazidas pela Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 e Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012.	Municípios ou grupamentos de municípios de menor porte, com população igual ou superior a 20.000 habitantes passam a ser elegíveis para contemplar SAD.	Traz a classificação das equipes em EMAD 1, EMAD 2 e EMAP.	Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 e Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012.	§ 1º do art. 37 alterado pela Portaria nº 2.290, de 21 de outubro de 2014. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.
	<b>Portaria nº 1.026, de 3 de junho de 2013</b>	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos SAD.	Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefina a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS; e a necessidade de revisar o valor estabelecido para o incentivo de custeio referente EMAD.	Financiamento - fixa valores (EMAD).	Fixa em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) a cada mês, por equipe, o valor do incentivo financeiro referente às - EMAD Tipo 1.	—	Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013
	<b>Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013</b>	Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa com o Programa SOS Emergências.	Art.198 da Constituição, que estabelece as ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada; a Portaria nº1.600, 8 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e a Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, que dispõe sobre o Programa SOS Emergências - RUE.	Integração da Atenção Domiciliar com o Programa SOS Emergências	Traz as atribuições e papel da EMAD, na Rede.	—	Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.

	<b>Portaria nº 761, de 8 de julho de 2013</b>	Estabelece normas para o cadastramento no CNES.	A Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, aliada a necessidade de adequação do CNES.	Atualizou no CNES os tipos de equipes prestadoras da assistência domiciliar	Ficam atualizados na Tabela de Tipo de Equipes do CNES, os tipos de equipes: 22 - Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar tipo 1 (EMAD tipo 1) 23 - Equipe multidisciplinar de apoio (EMAP) 46 - Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar tipo 2 (EMAD tipo 2) 47 - Equipe de cuidados domiciliares	—	—
	<b>Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013</b>	Redefinição da Portaria nº 1.026, de 3 de junho de 2013.	Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a AD, e dispõe como responsabilidade do MS a garantia de recursos financeiros para compor o financiamento da atenção domiciliar; a necessidade de dispor sobre o valor de incentivo de custeio referente a cada tipo de equipe.	Financiamento - fixa valores para cada equipe (EMAD tipo 1, EMAD tipo 2 e EMAP)	Fixa em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) a cada mês por equipe, o valor do incentivo financeiro referente às EMAD tipo 1; fixa em R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) a cada mês, por equipe, o valor do incentivo financeiro referente EMAD tipo 2; fixa em R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, por equipe, o valor do incentivo financeiro referente às EMAP.	Portaria nº 1.026, de 3 de junho de 2013	Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.
2014	<b>Portaria nº 2.290, de 21 de outubro de 2014</b>	Altera a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine mais uma vez a AD.	A Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB; e a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine a AD.	Traz ajustes às normas para habilitação das Equipes.	Após análise e aprovação do projeto apresentado pelo estabelecimento disposto a prestar serviço de assistência domiciliar, o MS providenciará a publicação de portaria específica de habilitação, e não mais a SAS/MS, como tratado na Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013.	Altera o § 1º do art. 37 da Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013.	Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.
2016	<b>Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016</b>	Redefine mais uma vez a AD e atualiza as equipes habilitadas.	O art. 7º da Lei nº 8.080; a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso; a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e considera a Atenção Domiciliar como um de seus componentes; a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica; a RDC da ANVISA, nº 11, de 26 de janeiro de 2006; e o HumanizaSUS.	Ajusta as alterações anteriores. Portaria mais recente.	Habilita novas equipes, contemplando todas as UF.	Portaria nº 963, de 27 de maio 2013; Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013; Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013; e Portaria nº 2.290, de 21 de outubro de 2014	—

Fonte: Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. DATASUS MS, 2018.[disponível em: [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM)].

**Tabela 1. Portarias que habilitam/desabilitam Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para recebimento de incentivos a EMAD e EMAP. Brasil, 2011 a 2018**

Ano	Portarias	Municípios Contemplados	Estabelecimentos Habilitados	Estabelecimentos Desabilitados	EMAD	EMAP	Proponente Municipal (SMS)	Proponente Estadual (SES)
<b>Total no período</b>	<b>70 portarias</b>	<b>651</b>	<b>1000</b>	<b>84</b>	<b>1361</b>	<b>727</b>	<b>905</b>	<b>95</b>
<b>2011</b>	Portaria nº 2.959, de 14 de dezembro de 2011	16	46	-	91	35	46	-
	Portaria nº 3.255, de 30 de dezembro de 2011	15	31	-	58	25	19	12
<b>2012</b>	Portaria nº 190, de 6 de fevereiro de 2012	3	3	-	3	1	2	1
	Portaria nº 574, de 29 de março de 2012	8	14	-	32	14	14	-
	Portaria nº 714, de 17 de abril de 2012	-	-	3	-	-	-	-
	Portaria nº 816, de 25 de abril de 2012	5	18	-	25	12	18	-
	Portaria nº 1.094, de 28 de maio de 2012	15	56	-	74	24	40	16
	Portaria nº 1.318, de 27 de junho de 2012	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 1.319, de 27 de junho de 2012	19	20	-	42	20	19	1
	Portaria nº 1.620, de 26 de julho de 2012	11	31	-	39	18	31	-
	Portaria nº 1.831, de 27 de agosto de 2012	5	8	-	8	5	8	-
	Portaria nº 2.147, de 25 de setembro de 2012	21	23	-	32	20	14	9
	Portaria nº 2.910, de 20 de dezembro de 2012	15	22	-	31	17	22	-
	Portaria nº 2.510, de 1 de novembro de 2012	-	-	2	-	-	-	-
	Portaria nº 2.501, de 1 de novembro de 2012	10	16	-	21	10	15	1
	Portaria nº 2.598, de 14 de novembro de 2012	3	3	-	4	2	3	-
	Portaria nº 2.599, de 14 de novembro de 2012	-	-	3	-	-	-	-
	Portaria nº 2.930 de 20 de dezembro de 2012	5	78	-	81	40	74	4
	Portaria nº 2.910 de 20 de dezembro de 2012	15	22	-	31	17	22	-
	Portaria nº 3.068 de 22 de dezembro de 2012	-	-	3	-	-	-	-
<b>2013</b>	Portaria nº 251, de 19 de fevereiro de 2013	-	-	3	-	-	-	-
	Portaria nº 276, de 27 de fevereiro de 2013	4	6	-	10	5	6	-
	Portaria nº 251, de 27 de março de 2013	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 580, de 8 de abril de 2013	6	6	-	6	5	5	1
	Portaria nº 1.060, de 3 de junho de 2013	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 1.131, de 7 de junho de 2013	7	8	-	8	6	7	1
	Portaria nº 1.198, de 17 de junho de 2013	8	8	-	8	6	8	-
	Portaria nº 740, de 3 de junho de 2013	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 741, de 3 de julho de 2013	11	19	-	23	12	19	-
	Portaria nº 814, de 19 de julho de 2013	22	28	-	33	22	28	-
	Portaria nº 825, de 23 de julho de 2013	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 826, de 23 de julho de 2013	12	14	-	44	19	14	-
	Portaria nº 853, de 30 de julho de 2013	2	2	-	2	1	1	1

	Portaria nº 963, de 28 de agosto de 2013	10	10	-	10	9	10	-
	Portaria nº 922, de 3 de setembro de 2013	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 1.122, de 8 de outubro de 2013	18	21	-	28	17	21	-
	Portaria nº 1.128, de 9 de outubro de 2013	-	-	14	-	-	-	-
	Portaria nº 1.233, de 6 de novembro de 2013	-	-	11	-	-	-	-
	Portaria nº 1.280, de 20 de novembro de 2013	21	30	-	43	23	30	-
	Portaria nº 1.410, de 13 de dezembro de 2013	18	31	-	35	20	31	-
	Portaria nº 1.408, de 13 de dezembro de 2013	-	-	2	-	-	-	-
<b>2014</b>	Portaria nº 16, de 8 de janeiro de 2014	45	53	-	92	47	32	21
	Portaria nº 19, de 8 de janeiro de 2014	-	-	3	-	-	-	-
	Portaria nº 90, de 5 de fevereiro de 2014	20	32	-	30	23	26	6
	Portaria nº 169, de 11 de março de 2014	13	17	-	16	11	14	3
	Portaria nº 177, de 12 de março de 2014	-	-	1	-	-	-	-
	Portaria nº 262, de 31 de março de 2014	-	-	10	-	-	-	-
	Portaria nº 263, de 31 de março de 2014	18	18	-	30	19	18	-
	Portaria nº 380, de 13 de maio de 2014	16	16	-	17	14	14	2
	Portaria nº 381, de 13 de maio de 2014	-	-	2	-	-	-	-
	Portaria nº 473, de 12 de junho de 2014	23	37	-	37	23	36	1
	Portaria nº 588, de 17 de julho de 2014	17	26	-	37	20	26	-
	Portaria nº 847 de 10 de setembro de 2014	18	21	-	21	16	19	2
	Portaria nº 2.456, de 11 de novembro de 2014	12	12	-	16	11	12	-
	Portaria nº 2.474, de 11 de novembro de 2014	17	26	-	26	16	25	1
	Portaria nº 2.868, de 30 de dezembro de 2014	-	-	3	-	-	-	-
<b>2015</b>	Portaria nº 659 de 3 de junho de 2015	8	10	10	19	8	9	1
	Portaria nº 811, de 19 de junho de 2015	79	87	-	94	51	87	-
	Portaria nº 1.353 de 8 de setembro de 2015	2	2	2	2	1	2	-
	Portaria nº 1.521 de 23 de setembro de 2015	3	7	-	12	2	4	3
	Portaria nº 2.176 de 24 de dezembro de 2015	1	8	5	18	6	0	8
<b>2016</b>	Portaria nº 96 de 21 de janeiro de 2016	1	1	1	1	1	1	-
	Portaria nº 866 de 27 de abril de 2016	1	1	-	1	2	1	-
	Portaria nº 3.438 de 29 de dezembro de 2016	39	39	-	45	36	39	-
<b>2017</b>	Portaria nº 3.563, de 21 de dezembro de 2017	8	8	-	9	6	8	-
	Portaria nº 3.648, de 22 de dezembro de 2017	1	1	-	1	1	1	-
	Portaria nº 3.890, de 22 de dezembro de 2017	1	1	-	12	7	1	-
<b>2018</b>	Portaria nº 101, de 12 de janeiro de 2018	1	1	-	1	1	1	-
	Portaria nº 172, de 23 de janeiro de 2018	1	1	-	1	-	1	-
	Portaria nº 455, de 27 de fevereiro de 2018	1	1	-	1	-	1	-

Fonte: Legislação de Ações e Programas - Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa; Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. MS, 2018.

### 5.1.2. Organização atual da AD no SUS

De acordo com o arcabouço formado pelas portarias que se sucederam a partir de 1998, em 2012 a AD toma a forma de um modelo de atenção a partir do Programa Melhor em Casa. Manuais e cadernos instrutivos são criados com o intuito de ilustrar a organização e o processo de trabalho desta modalidade de cuidado. São eles: Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1 (2012) – que trata do funcionamento dos SAD; Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2 (2013) – que trata da abordagem clínica na AD; Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa (2014); e o Caderno de Atenção Domiciliar Volume 3 (2015) – que trata de cuidados em terapia nutricional na AD.

Por intermédio desses instrutivos, a organização da AD é apresentada e classificada conforme nível de complexidade do atendimento em AD1, AD2, AD3. A Atenção Domiciliar modalidade 1 (AD1) destinada aos pacientes com problemas de saúde controlados ou compensados, que apresentam dificuldade ou impossibilidade de locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS), bem como necessitam de cuidados com menor frequência e menor aporte de recursos dos serviços de saúde. A Atenção Domiciliar modalidade 2 (AD2) destinada aos pacientes que apresentam dificuldade ou impossibilidade de locomover-se até a UBS, assim como apresentam problemas de saúde que exigem cuidados mais frequentes e complexos do que os indicados na AD1, além de demandar recursos de saúde e acompanhamento contínuos, inclusive, de diferentes serviços da RAS. E a Atenção Domiciliar modalidade 3 (AD3), destinada aos pacientes com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS, com necessidade de mais frequência dos cuidados, mais recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos. O Quadro 6 caracteriza cada uma das categorias/modalidades.

**Quadro 6. Modalidades de atenção domiciliar**

<b>Modalidade</b>	<b>Perfil do usuário</b>	<b>Equipe prestadora do cuidado</b>	<b>Permanência</b>
AD1	Problemas de saúde controlados;  Dificuldade ou impossibilidade de locomoção até uma unidade de saúde;  Necessidade de cuidados com menos complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua



	<p>menos frequência, com menos necessidade de recursos de saúde;</p> <p>Frequência de visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês;</p> <p>Dentro da capacidade de atendimento das UBS.</p>		
AD2	<p>Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;</p> <p>Necessidade de mais frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro;</p> <p>Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana.</p>	EMAD + EMAP	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
AD3	<p>Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais.</p>	EMAD + EMAP	Habitualmente contínua

Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar, MS (Brasil, 2012).

A AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica (eAB), enquanto as modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade dos SAD, atrelados aos estabelecimentos de saúde habilitados (UPAs, Hospitais, UBS, dentre outros) por meio das portarias deliberadas a partir de 2011(Tabela 1). O SAD, organizado a partir de uma base territorial, é referência em AD para uma população definida, relacionando-se com os demais serviços de saúde que compõem a RAS.

As equipes que compõem os SAD são as EMAD - tipo 1 ou tipo 2 e EMAP, de acordo com o número de habitantes a quem a Equipe se destina, devendo estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. O Quadro 7 apresenta a composição mínima das equipes de um SAD.

A EMAP tem composição mínima de três profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais de seus componentes é de, no mínimo, 90 horas de trabalho. A EMAD realiza atendimento, no mínimo, uma vez por semana para cada usuário. E a EMAP é acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, com objetivo de dar suporte e complementar suas ações. Durante o período em que o usuário se mantém sob os cuidados

do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência tem a responsabilidade de compartilhar o cuidado. O SAD articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e AB, de forma a evitar demanda direta dos usuários. A admissão do usuário ao SAD exige a sua prévia concordância e de seu familiar, com assinatura de termo de esclarecimento e reponsabilidade.

É estimado, em média, o atendimento de 60 usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente. O funcionamento diário do SAD deve ser de, no mínimo, 12 horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado por profissional diarista em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde. À EMAP cabe apoiar a EMAD nos dias úteis e, quando necessário, ter escala especial para finais de semana e feriados. As equipes devem contar com infraestrutura adequada para o seu funcionamento e, inclusive, veículo para locomoção das equipes sediados nos SAD habilitados (BRASIL, MS 2012).

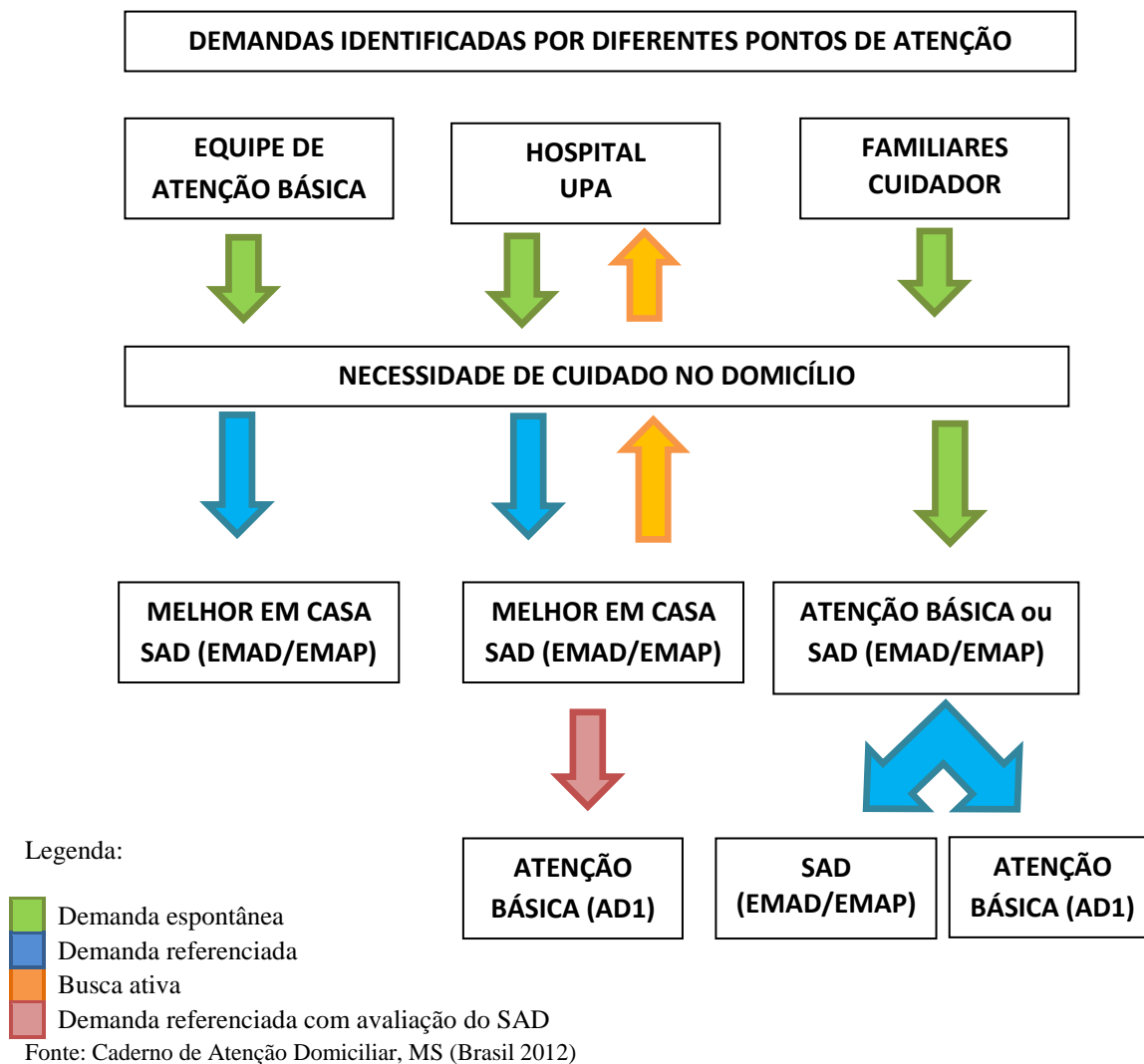
#### **Quadro 7. Composição das equipes de um SAD.**

<b>SAD</b>				
<b>EMAD Tipo 1</b>		<b>EMAD Tipo 2</b>		<b>EMAP</b>
<b>Profissionais</b>	<b>Carga Horária semanal</b>	<b>Profissionais</b>	<b>Carga Horária semanal</b>	<b>Profissionais</b>
Médico	40	Médico	20	Assistente social
Enfermeiro	40	Enfermeiro	30	Fisioterapeuta
Fisioterapeuta	30	Fisioterapeuta	30	Fonoaudiólogo
Aux. e téc. de enfermagem	120	Aux. e téc. de enfermagem	120	Odontólogo
				Psicólogo
				Farmacêutico
				Terapeuta ocupacional

Fonte: Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.

O acesso à AD pode se dar de diferentes formas, por meio de livre demanda, por referência de um serviço a outro, ou até mesmo por meio de busca ativa, realizada por eAB ou pelas EMAD e EMAP. A Figura 2 ilustra as formas possíveis de acesso do usuário à AD e os fluxos delineados na rede.

**Figura 2. Fluxo de acesso à AD**



As competências das equipes diferem de uma modalidade para outra. Pacientes eleitos para a modalidade AD1, receberão cuidados das eAB; pacientes eleitos para as modalidades de cuidado AD2 ou AD3, receberão cuidados das EMAD e EMAP. O Quadro 8 apresenta a classificação de cada procedimento em relação ao seu grau de complexidade. Nota-se que quase todos os procedimentos podem ser desempenhados por eAB.

### Quadro 8. Classificação dos procedimentos em AD por nível de complexidade

Procedimentos		AD1	AD2	AD3
Enteroclisma	Higienização e manobras de alívio intestinal			
Coleta de material biológico	Coleta e envio adequado das amostras			
Aspirações de vias aéreas superiores	Avaliação da permeabilidade de vias aéreas e dispneia			
Administração de medicamentos	Acondicionamento, administração, orientação ao paciente, familiares e cuidador			
Hipodermóclise	Higienização e curativo			
Ajustes de órteses e próteses	Adaptação e treinamento ao uso			
Espirometria	Treinamento ao uso de espirômetros de incentivo			
Nutrição enteral	Cuidados no preparo da dieta, higienização, administração, orientações aos familiares e cuidador			
Paracentese	Procedimento médico - cuidados com a técnica, orientações aos familiares e cuidador			
Traqueostomia	Troca de cânula, higienização, aspiração e decanulação			
Gastrostomia	Troca de sonda, curativo e retirada da sonda			
Jejunostomia	Troca de sonda, curativo e refixação			
Colostomia	Troca da bolsa, higienização e curativos			
Ileostomia	Troca da bolsa, higienização e curativos			
Cistostomia definitiva	Troca de bolsa e higienização			
Cistostomia provisória	Troca de sonda e curativo			
Nefrostomia	Troca de sonda e curativo			
Ureterostomia	Troca de bolsa e higienização			
Sondagem vesical de alívio	Treinamento de autocateterismo e cateterismo de alívio			
Sondagem vesical de demora	Troca de sonda e higienização			
Sondagem nasogástrica	Troca de sonda, fixação e higienização			

Sondagem orogástrica	Fixação e troca de sonda			
Sondagem nasoentérica	Troca de sonda, fixação e higienização			
Curativo em ferida aguda (traumática ou pós-operatória)	Manutenção do leito da ferida limpo, prevenção de infecção, curativos diários ou conforme necessidade prescrita			
Curativo em ferida crônica com presença de necrose	Debridamento			
Curativo em ferida crônica com infecção ou inflamação	Tratamento da infecção e/ou inflamação, controle da dor, orientações ao cuidador sobre riscos de contaminação e manuseio do paciente			
Curativo em ferida crônica limpa com tecido de granulação	Manutenção do leito da ferida limpo, controle da umidade, orientações ao cuidador sobre risco de infecção e manuseio do paciente			
Punção periférica com cateter flexível	Fixação e cuidados com infiltração			
Punção periférica com cateter rígido	Fixação e cuidados com infiltração e mobilização do paciente			
Punção central com inserção periférica	Cuidados com a manutenção do cateter, prevenção de obstrução, curativo e fixação			
Punção central com inserção central	Curativos e fixação, orientações quanto ao manuseio do paciente evitando tracionamento do cateter			

Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar, MS (Brasil, 2013).

Como já mencionado, o cuidador é um ator de importância considerável na dinâmica do cuidado domiciliar. A equipe de profissionais somente prestará cuidado ininterrupto nos casos de internação domiciliar. Por isso, cuidadores devem ser capazes de realizar determinadas ações e procedimentos, e nisso está a importância da relação de confiança entre familiares, equipe e a necessidade da capacitação do cuidador. O Quadro 9 exemplifica alguns cuidados em saúde que podem ser realizados pelos cuidadores/familiares, a partir de pactuação com as equipes, além de orientação e capacitação prévias. O ideal é que o cuidador seja capacitado ainda no período de internação hospitalar, precedendo o momento da alta. Equipes de AD, como as eAB (na modalidade AD1), e as EMADs e EMAPs (nas modalidades AD2 e AD3) devem ser responsabilizadas pela supervisão e orientação contínua dos cuidadores, assim como na intercessão no momento da alta hospitalar e retorno do paciente ao seu domicílio (BRASIL, MS 2012).

### Quadro 9. Cuidados passíveis de desempenho pelo cuidador

Tipo de cuidado
Higienização
Troca de bolsas coletoras
Banho no leito
Administração de medicamentos por via oral
Registros de horários de sono, frequência de diurese e evacuações
Aferição da temperatura
Aviso de sinais de alerta
Mudanças de decúbito
Administração de dietas enterais e cuidados com sondas
Cateterismo vesical intermitente
Hidratação da pele

Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar, MS (Brasil, 2013).

## 5.2. Volume de produção e utilização de serviços e procedimentos relativos à AD

### 5.2.1. Internação domiciliar

No Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), no período de 2008 a 2016, foram encontrados 95.754 registros de internações domiciliares (Tabela 2). Por essas internações foram gastos R\$ 57.746.126,25, o valor médio foi R\$ 603,07 (desvio-padrão - DP: 332,50). O tempo médio de permanência foi 25,6 dias, a mediana 29 dias e o DP 8,7 dias.

Em relação à distribuição das internações domiciliares por período, nos primeiros dois anos o volume foi menor, 4.824 (5,0%) em 2008, e 6.377 (6,7%) em 2009, e nos anos consecutivos mostrou-se maior: 11.242 (11,7%) em 2010, 15.606 (16,3%) em 2011, 12.577 (13,1%) em 2012; 10.181 (10,6%) em 2013; 10.315 (10,8%) em 2014, 12.177 (12,7%) em 2015 e 12.455 (13,0%) em 2016 (Gráfico 2). Observa-se um pico no ano de 2011, que pode estar relacionado com a deliberação de portarias referentes à internação domiciliar e a conformação da AD como um modelo de atenção.

Quanto ao perfil dos pacientes, não houve diferença significativa entre os sexos. Em relação à faixa etária, dentre as crianças, a faixa de 1 a 4 anos teve maior representatividade (2,8%), e dentre os adolescentes, a faixa de 10 a 14 anos (2,2%). Em relação aos adultos, houve um crescente proporcional ao avançar da idade, a faixa de 70 a 79 anos foi a que concentrou o maior número de internações (20,5%). A cor/raça predominante foi a branca (20,4%), sendo relevante o percentual da ausência desta informação (56,9%). Os diagnósticos principais mais frequentes, segundo o capítulo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - décima revisão CID-10, que

justificaram a internação domiciliar, foram os referentes as doenças do aparelho circulatório, representando 28,6% das internações (Tabela 2).

Quanto às características dessas internações, 68,6% foram de longa permanência, com 29 dias ou mais de permanência em internação domiciliar (Tabela 2 e Gráfico 4). Como desfecho do cuidado, mais da metade (53,1%) permaneceu sob cuidados domiciliares, a alta representou 31,8% dos desfechos, enquanto houve um discreto percentual de óbitos (1,6%). O encerramento administrativo que, segundo o Manual Técnico Operacional do SIH-SUS (MS, 2013), deve ser de uso restrito para garantir a qualidade da informação, bem como significa que o SUS pagou, mas não necessariamente esta finalizou, quando o motivo apresentado for permanência ou transferência, correspondeu a 10,8% (Tabela 2).

Das grandes regiões geográficas, a região Nordeste foi a que abrigou o maior volume das internações domiciliares (45,2%), seguida da região Sudeste (22,5%), região Centro-Oeste (18,3%), região Sul (12,6%), e, por último, com mínima relevância, a região Norte (1,3%) – Tabela 2. Quanto ao tipo de gestão do sistema, 64,3% das internações domiciliares foram de responsabilidade de municípios com gestão municipal plena assistida, e 35,7% de gestão estadual. Em relação à natureza jurídica dos hospitais executores de internação domiciliar, 50,7% eram de administração pública estadual, enquanto os privados (filantrópico e filantrópico isento de tributos e contratos sociais) corresponderam a 20,3%. Hospitais executores de natureza jurídica de âmbito municipal e federal, representaram, respectivamente, 7,6% e 6,5%. Quase 15% (14,9%) desta informação foi registrada como ignorada. Quanto à natureza do atendimento, 63,0% ocorreu em caráter de urgência, enquanto 36,7% em caráter eletivo de atendimento (Tabela 2).

**Tabela 2. Perfil das internações domiciliares. Brasil, 2008 -2012**

<b>Características</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Volume das internações domiciliares</b>	<b>95.754</b>	<b>100,00</b>
<b>Ano</b>		
2008	4.824	5,0
2009	6.377	6,7
2010	11.242	11,7
2011	15.606	16,3
2012	12.577	13,1
2013	10.181	10,6
2014	10.315	10,8

2015	12.177	12,7
2016	12.455	13,0
<b>Perfil dos pacientes</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	46.779	48,9
Feminino	48.975	51,1
<b>Faixa etária</b>		
0 - 7 dias	73	0,1
8 - 29 dias	121	0,1
1 - 11 meses	1.239	1,3
1 - 4 anos	2.676	2,8
5 - 9 anos	2.140	2,2
10 - 14 anos	2.104	2,2
15 - 19 anos	2.017	2,1
20 - 29 anos	4.558	4,8
30 - 39 anos	5.147	5,4
40 - 49 anos	7.477	7,8
50 - 59 anos	11.590	12,1
60 - 69 anos	16.001	16,7
70 - 79 anos	19.615	20,5
80 - 89 anos	15.947	16,7
90 - 99 anos	4.693	4,9
100 - 109 anos	356	0,4
<b>Cor/Raça</b>		
Branca	19.532	20,4
Preta	2.426	2,5
Parda	18.009	18,8
Amarela	1.264	1,3
Indígena	19	0,0
Sem informação	54.504	56,9
<b>Diagnóstico principal (capítulo da CID-10)</b>		
II. Neoplasmas (tumores)	8.939	9,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7.695	8,0
VI. Doenças do sistema nervoso	11.679	12,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	27.392	28,6
X. Doenças do aparelho respiratório	20.874	21,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6.243	6,5
XIX. Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	11.064	11,6
Outras	1.868	2,0
<b>Perfil das internações</b>		
<b>Dias de permanência</b>		
≤ 1 dia	1.333	1,4
2 - 7 dias	5.294	5,5
8-14 dias	6.811	7,1
15-21 dias	7.081	7,4



22-28 dias	9.526	9,9
29 dias ou mais	65.709	68,6
<b>Tipo de saída / desfecho do cuidado</b>		
Alta	30.423	31,8
Permanência	50.872	53,1
Transferência	2.548	2,7
Óbito	1.571	1,6
Encerramento administrativo	10.340	10,8
<b>Região geográfica</b>		
Região Norte	1.208	1,3
Região Nordeste	43.324	45,2
Região Sudeste	21.591	22,5
Região Sul	12.064	12,6
Região Centro-Oeste	17.567	18,3
<b>Gestão do sistema</b>		
Estadual plena	34.224	35,7
Municipal plena assistida	61.530	64,3
<b>Natureza jurídica</b>		
Federal	6.223	6,5
Estadual	48.523	50,7
Municipal	7.319	7,6
Privado (Filantrópico e filantrópico isento de tributos e contratos sociais)	19.394	20,3
Ignorado	14.295	14,9
<b>Caráter do atendimento</b>		
Eletivo	35.184	36,7
Urgência	60.281	63,0
Outros	289	0,3

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

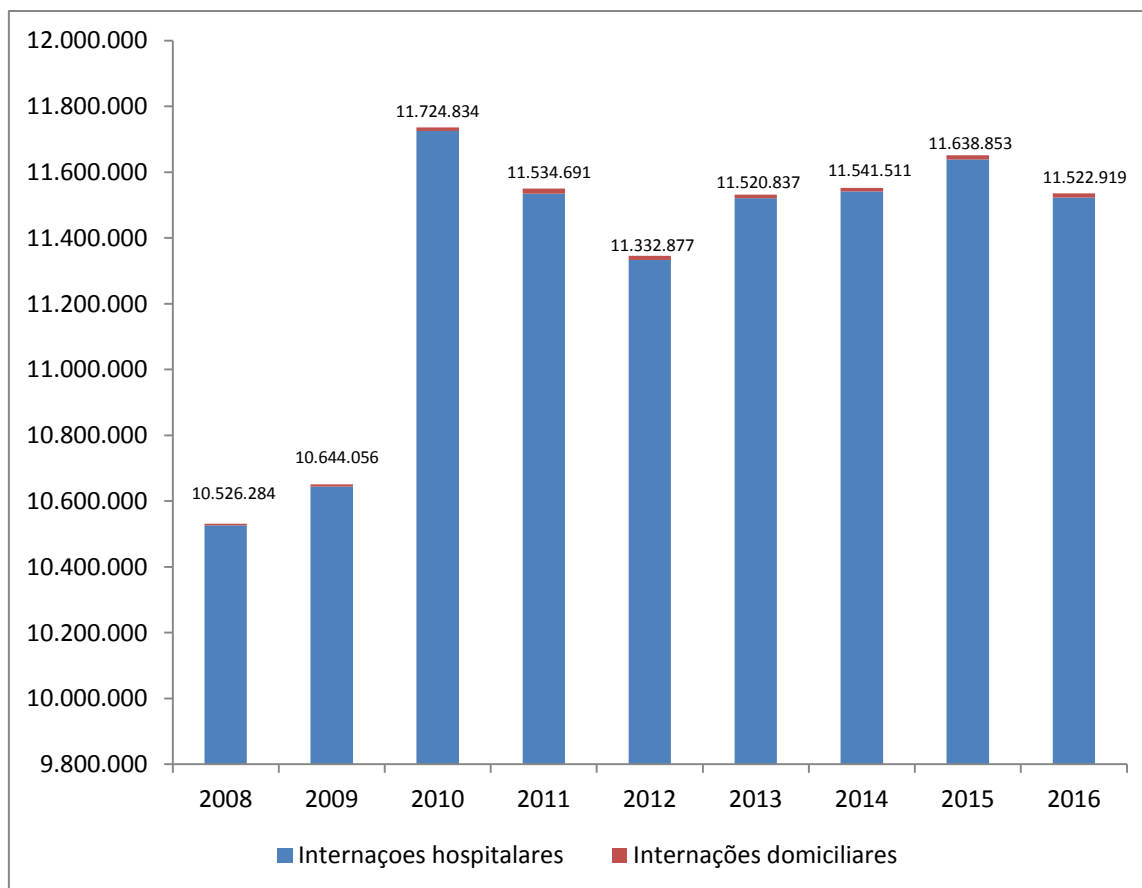
Comparando o número de internações domiciliares (n=95.754) com o número das demais internações hospitalares (n=101.891.108) no mesmo período, as internações domiciliares representaram apenas 0,1% do total de registros contidos no SIH-SUS (Tabela 3 e Gráfico 1), mantendo o mesmo percentual no decorrer dos anos. Um discreto ápice das internações domiciliares no ano de 2011 (n=15.646), não foi acompanhado pelas internações hospitalares (Gráfico 2), que mantêm um padrão bastante homogêneo durante o decorrer dos anos. Isto parece reforçar a hipótese de o crescimento do volume das internações domiciliares estar relacionado com o período de conformação da AD no mesmo período (Quadro 5 e Tabela 3).

**Tabela 3. Percentual de internações hospitalares e domiciliares segundo ano. Brasil, 2008 – 2016**

Ano	Internações					
	Hospitalares		Domiciliares		Total	
	n	%	n	%	N	%
2008	10.521.460	10,3	4.824	0,0	10.526.284	10,3
2009	10.637.679	10,4	6.377	0,1	10.644.056	10,4
2010	11.713.592	11,5	11.242	0,1	11.724.834	11,5
2011	11.519.085	11,3	15.606	0,1	11.534.691	11,3
2012	11.320.300	11,1	12.577	0,1	11.332.877	11,1
2013	11.510.656	11,3	10.181	0,1	11.520.837	11,3
2014	11.531.196	11,3	10.315	0,1	11.541.511	11,3
2015	11.626.676	11,4	12.177	0,1	11.638.853	11,4
2016	11.510.464	11,3	12.455	0,1	11.522.919	11,3
<b>Total</b>	<b>101.891.108</b>	<b>99,9</b>	<b>95.754</b>	<b>0,1</b>	<b>101.986.862</b>	<b>100,0</b>

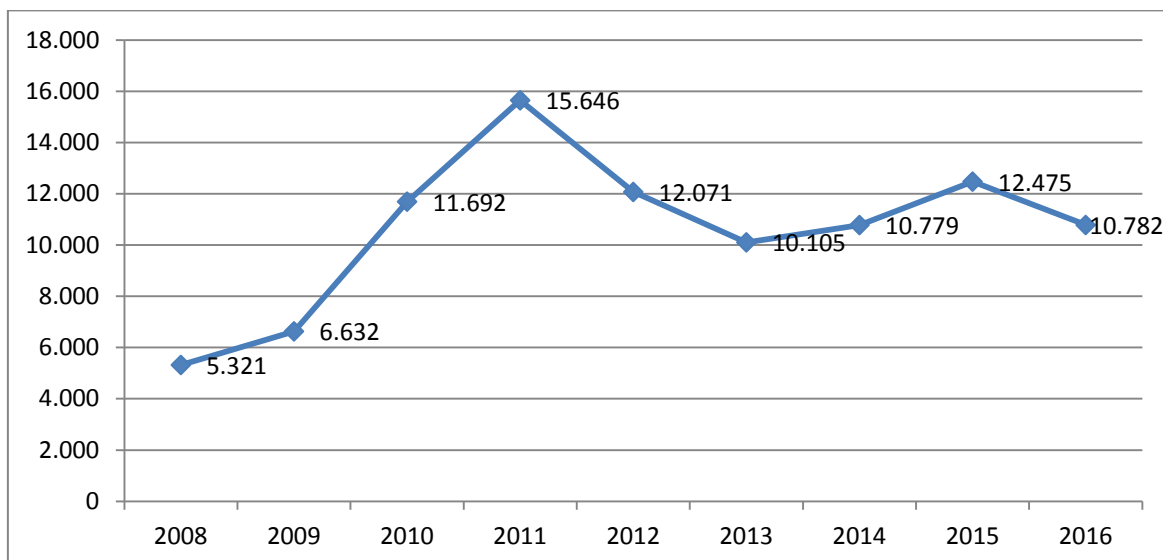
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

**Gráfico 1. Modalidade de internações segundo ano. Brasil, 2008 – 2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

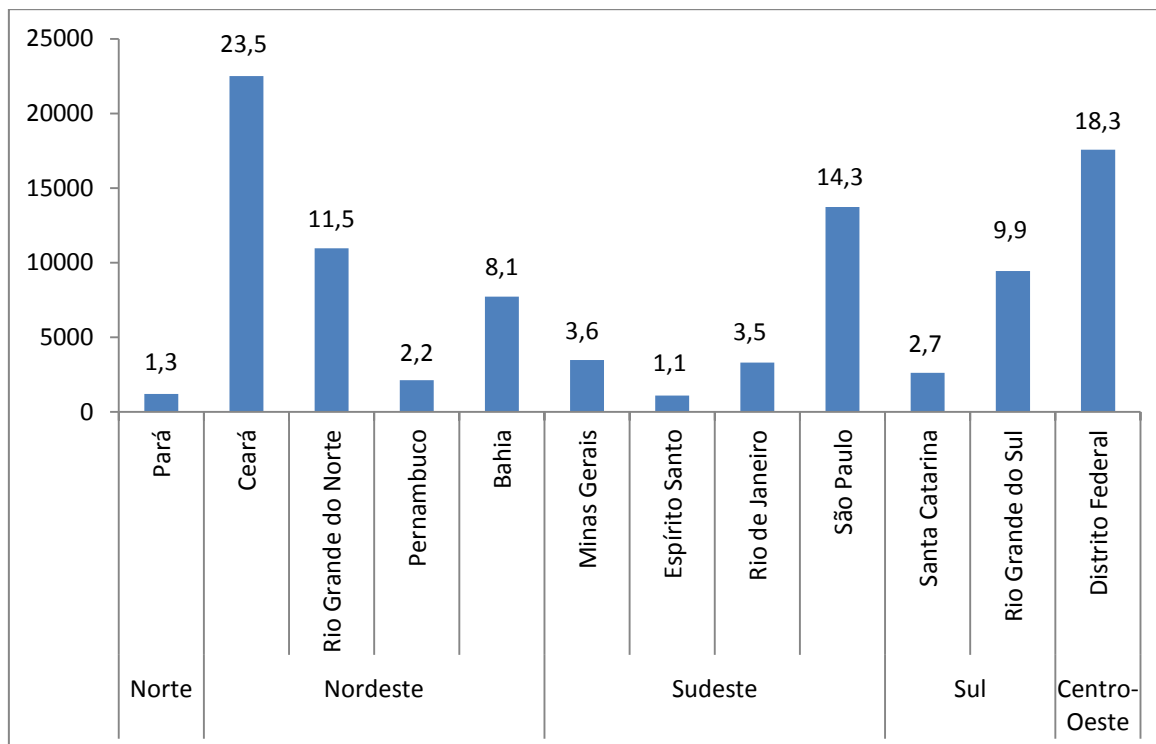
**Gráfico 2. Volume de internações domiciliares por ano. Brasil, 2008 – 2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

Embora a região Nordeste tenha abrigado o maior volume das internações domiciliares, esta modalidade esteve circunscrita, principalmente, ao estado do Ceará. Situação comum às outras regiões, que mantiveram o volume das internações domiciliares circunscritos nas determinadas Unidades da Federação (UF) (Gráfico 3). A região Norte foi representada apenas pelo Pará, a Sudeste teve a maioria das internações domiciliares registradas em São Paulo, a região Sul, no Rio Grande do Sul, e a região Centro-Oeste, apenas foi representada pelo Distrito Federal.

**Gráfico 3. Distribuição percentual de internações domiciliares por Unidade da Federação (UF) e grande região geográfica. Brasil, 2008 -2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

Considerando a classificação por capítulo da CID 10, as doenças do aparelho circulatório - Capítulo IX representaram a causa mais frequente (28,6%), seguidas das doenças do aparelho respiratório - Capítulo X (21,8%) (Tabela 2). Contudo, examinando principais diagnósticos que motivaram as internações domiciliares, classificados segundo a categoria diagnóstica da CID 10 (Tabela 4), as doenças pulmonares obstrutivas crônicas representaram o principal motivo das internações domiciliares (21,6%). Estas foram seguidas pelas sequelas de doenças cerebrovasculares (14,7%), outros transtornos degenerativos do sistema nervoso (9,1%), acidente vascular cerebral (7,5%), e úlcera de decúbito (6,5%) (Tabela 4).

**Tabela 4. Internações domiciliares segundo diagnóstico principal (categoria diagnóstica da CID 10). Brasil, 2008 – 2016**

<b>Categoria diagnóstica da CID 10</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	20.675	21,6
I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	14.047	14,7
G32 Outros transtornos degenerativos do sistema nervoso em doenças classificadas em outra parte	8.707	9,1
I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	7.221	7,5
L89 Úlcera de decúbito	6.194	6,5
I50 Insuficiência cardíaca	4.584	4,8
T81 Complicações de procedimentos não classificadas em outra parte	4.416	4,6
E14 Diabetes mellitus não especificado	4.413	4,6
G04 Encefalite, mielite e encefalomielite	2.029	2,1
T14 Traumatismo de região não especificada do corpo	1.668	1,7
S06 Traumatismo intracraniano	1.430	1,5
C00 Neoplasia maligna do lábio	1.290	1,4
E90 Transtornos nutricionais e metabólicos em doenças classificadas em outra parte	1.029	1,1
E11 Diabetes mellitus não-insulino-dependente	975	1,0
N39 Outros transtornos do trato urinário	969	1,0
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	921	1,0
C61 Neoplasia maligna da próstata	784	0,8
S72 Fratura do fêmur	698	0,7
I63 Infarto cerebral	657	0,7
S34 Traumatismo dos nervos e da medula lombar ao nível do abdome, do dorso e da pelve	595	0,6
C50 Neoplasia maligna da mama	550	0,6
C71 Neoplasia maligna do encéfalo	534	0,6
T08 Fratura da coluna, nível não especificado	491	0,5
I61 Hemorragia intracerebral	483	0,5
C34 Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	454	0,5
S14 Traumatismo de nervos e da medula espinhal ao nível cervical	435	0,5
Outros	9505	9,9
<b>Total</b>	<b>95.754</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

As Tabelas 5 e 6 apresentam as internações domiciliares segundo os diagnósticos secundários, por capítulo e categoria diagnóstica da CID 10, respectivamente. Na classificação por capítulo da CID 10, as causas externas de morbidade e mortalidade se apresentaram com maior relevância (9,4%). Na Tabela 6, é possível observar a recorrência de tais situações relacionadas com a residência, situações essas muitas vezes relacionadas com idosos e os indivíduos em condição de dependência. Quando agrupados (W19. Queda sem especificação – residência; X57. Privação não especificada – residência; W17. Outras quedas de um nível a outro – residência; Y34. Fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada – residência; W99. Exposição a outros fatores ambientais artificiais e aos não especificados – residência; W01. Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] – residência; Y09. Agressão por meios não especificados –

residência; X99. Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante – residência; W18. Outras quedas no mesmo nível – residência; X12. Contato com outros líquidos quentes – residência; X58. Exposição a outros fatores especificados – residência; X93. Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão – residência; Y33. Outros fatos ou eventos especificados, intenção não determinada – residência), correspondem a principal causa secundária (4,8%).

Contudo, uma outra informação relevante é a ausência do registro do diagnóstico secundário em 86,5% dos casos. Uma das razões desta falha de informação, também, pode ter sido a mudança nos anos de 2015 e 2016 do seu campo de registro.

**Tabela 5. Internações domiciliares segundo diagnóstico secundário (capítulo da CID 10). Brasil, 2008-2016**

Capítulo da CID10	n	%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	8.994	9,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	922	1
X. Doenças do aparelho respiratório	757	0,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	464	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	382	0,4
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	381	0,4
VI. Doenças do sistema nervoso	329	0,3
II. Neoplasmas (tumores)	210	0,2
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	93	0,1
XIX. Lesões por envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	76	0,1
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	63	0,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	58	0,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	57	0,1
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	47	0
XI. Doenças do aparelho digestivo	30	0
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	13	0
III. Doenças sangue órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	12	0
VII. Doenças do olho e anexos	4	0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	3	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2	0
Não preenchido e ignorado	82.857	86,5
<b>Total</b>	<b>95.754</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

(\*) Em 2015 e 2016 os campos para registro dessa informação foram mudados e ampliados.

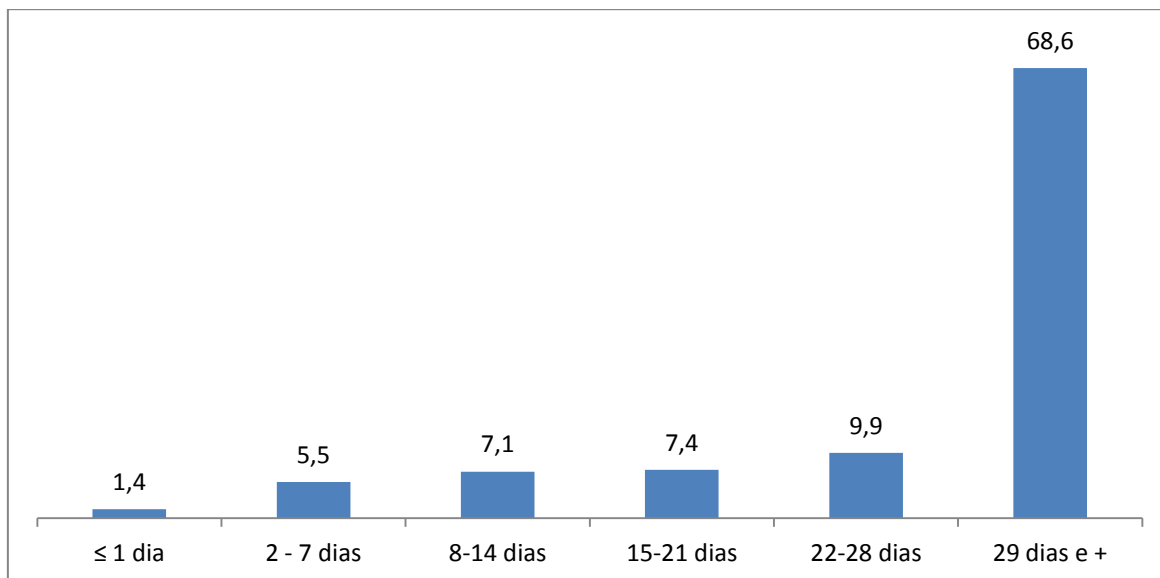
**Tabela 6. Internações domiciliares segundo diagnóstico secundário (categoria diagnóstica da CID 10). Brasil, 2008-2016**

<b>Categoria diagnóstica da CID 10</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Y84. Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por cateterismo cardíaco, sem menção de acidente durante o procedimento	1.237	1,3
W19. Queda sem especificação - residência	912	1,0
X57. Privação não especificada - residência	813	0,8
Y89. Sequelas de intervenção legal	753	0,8
I10. Hipertensão essencial (primária)	607	0,6
W17. Outras quedas de um nível a outro - residência	603	0,6
Y34. Fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada - residência	540	0,6
W99. Exposição a outros fatores ambientais artificiais e aos não especificados – residência	461	0,5
J44. Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior	412	0,4
F03. Demência não especificada	403	0,4
L89. Úlcera de decúbito	352	0,4
V29. Condutor traumatizado em colisão com outros veículos e com veículos não especificados, a motor, em um acidente não-de-trânsito	349	0,4
W01. Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falsos [traspés] – residência	321	0,3
Y09. Agressão por meios não especificados - residência	319	0,3
Y83. Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por intervenção cirúrgica com transplante de todo o órgão, sem menção de acidente durante a intervenção	296	0,3
X59. Exposição a fator não especificado causando fratura	284	0,3
X99. Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - residência	276	0,3
E14. Diabetes mellitus não especificado - com coma	169	0,2
W18. Outras quedas no mesmo nível - residência	150	0,2
V09. Pedestre traumatizado em um acidente não-de-trânsito, envolvendo outros veículos a motor e os não especificados	146	0,2
G30. Doença de Alzheimer de início precoce	143	0,1
X12. Contato com outros líquidos quentes - residência	128	0,1
X58. Exposição a outros fatores especificados - residência	102	0,1
V99. Acidente de transporte não especificado	100	0,1
X93. Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - residência	95	0,1
E11. Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com coma	79	0,1
Y33. Outros fatos ou eventos especificados, intenção não determinada - residência	76	0,1
I50. Insuficiência cardíaca congestiva	72	0,1
J45. Asma predominantemente alérgica	69	0,1
J18. Broncopneumonia não especificada	68	0,1
I69. Sequelas de hemorragia subaracnoídea	65	0,1
V49. Condutor [motorista] traumatizado em colisão com outros veículos e com veículos não especificados, a motor em um acidente não-de-trânsito	64	0,1
E10. Diabetes mellitus insulino-dependente - com coma	63	0,1
C61. Neoplasia maligna da próstata	61	0,1
J21. Bronquiolite aguda devida a vírus sincicial respiratório	61	0,1
G20. Doença de Parkinson	49	0,1
Outros	2.199	2,3
Não preenchido e ignorado	82.857	86,5
<b>Total</b>	<b>95.754</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

(\*)Em 2015 e 2016 os campos para registro dessa informação foram mudados e ampliados.

**Gráfico 4. Distribuição percentual das internações domiciliares por dias de permanência. Brasil, 2008 – 2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

Os óbitos representaram 1,6% dos desfechos das internações domiciliares (Tabela 2), a principal causa segundo capítulo da CID 10 foram as doenças do aparelho circulatório, representando 31,1% dos óbitos (Tabela 7), indo ao encontro dos motivos que justificaram a internação domiciliar (Tabela 2). As neoplasias representaram a segunda causa de óbito (29,9%), seguida das doenças do aparelho respiratório (12,1%). Dentre as doenças do aparelho respiratório, as doenças obstrutivas crônicas foram importantes, também as doenças da pele e do tecido subcutâneo (7,6%), relacionadas com as úlceras de pressão, que aparecem entre os principais motivos de internação domiciliar (Tabela 4), e dentre os diagnósticos secundários das internações (Tabela 5).

**Tabela 7. Causa de óbito na internação domiciliar segundo capítulo da CID 10. Brasil, 2008 – 2016**

Capítulo da CID 10	n	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	500	31,8
II. Neoplasmas (tumores)	470	29,9
X. Doenças do aparelho respiratório	190	12,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	120	7,6
VI. Doenças do sistema nervoso	99	6,3
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	94	6,0
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	81	5,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	6	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6	0,4



I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	0,1
XI.	Doenças do aparelho digestivo	2	0,1
XIII.	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	0,1
<b>Total</b>		<b>1.571</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

Em todo Brasil, 69 hospitais foram responsáveis por prover as 95.754 de internações domiciliares no período analisado. Em relação à natureza jurídica desses hospitais, eles estiveram classificados como Entidade sem Fim Lucrativo (ESFL), de Administração Pública (AP) e Entidade Empresarial (EE), destes 56 (81,2%) eram de AP, 12 (17,4%) ESFL, e apenas 1 hospital correspondia à EE – chamando atenção para a necessidade de maior esclarecimento quanto suas características em relação ao seu caráter público, privado/filantrópico e privado lucrativo.

A Tabela 8 apresenta a distribuição geográfica das internações domiciliares segundo hospital executor e sua natureza jurídica. Conforme apresentado na Tabela 2 e Gráfico 3, as grandes regiões geográficas concentraram o volume de internações domiciliares em determinadas UF, sendo estas restritas a um número circunscrito de municípios. Municípios de menor porte apresentaram apenas um hospital executor do serviço de internação domiciliar, enquanto municípios de maior porte apresentaram mais de um hospital responsável por esta modalidade de cuidado. Circunstância evidente nas regiões Norte e Nordeste, em municípios como Belém (PA), Recife (PE), Salvador (BA), Fortaleza (CE) e Natal (RN) (Tabela 8). Na região Sudeste, as UF São Paulo e Rio de Janeiro não apresentaram nenhum hospital executor em suas capitais, assim como o Espírito Santo (ES). Na região Sul, as capitais Florianópolis (SC) e Porto Alegre (RS) apresentaram um hospital executor em cada capital. A região Centro-Oeste, como visto no Gráfico 3, apenas foi representada pelo Distrito Federal, que abrigou em Brasília todos os hospitais executores do serviço de atenção domiciliar.

**Tabela 8. Distribuição geográfica das internações domiciliares segundo hospital executor e natureza jurídica. Brasil, 2008 – 2016**

Região	UF	Município	Natureza Jurídica	Hospital	N	%
					<b>95.754</b>	<b>100,0</b>
<b>Norte</b>	PA	Belém	AP	HPSM Dr. Humberto Maradei Pereira	606	0,6
		Belém	AP	Hospital Universitário João de Barros Barreto	414	0,4
		Belém	AP	Hospital Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti	188	0,2
<b>Nordeste</b>	PE	Recife	ESFL	IMIP Hospitalar	1090	1,1
		Recife	ESFL	Hospital Maria Lucinda	781	0,8
		Recife	ESFL	Hospital Santo Amaro	255	0,3
	BA	Salvador	AP	Hospital Geral Roberto Santos	12.82	1,3
		Salvador	AP	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	229	0,2
		Salvador	AP	Hospital Geral Do Estado	625	0,7
		Salvador	AP	Hospital Manoel Victorino	45	0,0
		Salvador	AP	Hospital do Subúrbio	403	0,4
		Salvador	ESFL	Hospital Santo Antônio	444	0,5
		Jequie	AP	Hospital Geral Prado Valadares	199	0,2
		Vitória da Conquista	AP	Hospital Geral de Vitória da Conquista	1.240	1,3
		Ihéus	AP	Hospital Geral Luiz Viana Filho	573	0,6
		Alagoinhas	AP	Hospital Regional Dantas Biao	530	0,6
		Feira de Santana	AP	Hospital Geral Cleriston Andrade	448	0,5
		Juazeiro	AP	Hospital Regional de Juazeiro	462	0,5
		Santo Antônio de Jesus	AP	Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus	890	0,9
		Lauro de Freitas	AP	Hospital Geral Menandro de Faria	25	0,0
		Barreiras	AP	Hospital do Oeste	327	0,3
CE	Fortaleza	AP	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart	6.860	7,2	

		Fortaleza	AP	Gomes HGF Hospital Geral de Fortaleza	1.155	1,2
		Fortaleza	AP	HGCC Hospital Geral Dr. Cesar Cals	1.024	1,1
		Fortaleza	AP	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara	5.033	5,3
		Fortaleza	AP	Hospital São José de Doenças Infecciosas	552	0,6
		Fortaleza	AP	HIAS Hospital Infantil Albert Sabin	4.650	4,9
		Fortaleza	ESFL	Hospital Haroldo Juacaba	66	0,1
		Juazeiro do Norte	AP	Hospital Regional do Cariri	321	0,3
		Maracanaú	AP	Hospital Municipal Dr. Joao Elisio de Holanda	2.843	3,0
	RN	Natal	AP	Hospital Dr. Jose Pedro Bezerra	2.122	2,2
		Natal	AP	Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	3.872	4,0
		Natal	AP	Hospital Giselda Trigueiro	3.046	3,2
		Parnamirim	AP	Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena	1.932	2,0
<b>Sudeste</b>					<b>21.591</b>	<b>22,5</b>
	SP	Marília	AP	Hospital das Clínicas Unidade Clínico Cirúrgico	1.393	1,5
		São Bernardo do Campo	AP	Hospital e Pronto Socorro Central	1.032	1,1
		São Caetano do Sul	AP	Complexo Hospitalar Márcia e Maria Braidó	4	0,0
		Barretos	ESFL	Fundação Pio XII Barretos	100	0,1
		Jundiaí	AP	HCSVP Hospital São Vicente	9.225	9,6
		Santo André	AP	Centro Hospitalar de Santo André	1.913	2,0
		São José dos Campos	AP	Hospital Municipal Dr. Jose de Carvalho Florence	60	0,1
	RJ	Itaguaí	AP	Hospital Municipal São Francisco Xavier	663	0,7
		São Gonçalo	AP	Pronto Socorro Central Dr. Armando Gomes de Sá Couto	1	0,0
		Barra do Pirai	ESFL	Cruz Vermelha Brasileira Filial Barra do Pirai	2.644	2,8
	ES	Vila Velha	AP	Hospital Antonio Bezerra De Farias	100	0,1
		São Matheus	AP	Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras	5	0,0

		Serra	AP	Hospital Doutor Dorio Silva	984	1,0
	MG	Belo Horizonte	ESFL	Hospital Sofia Feldman	137	0,1
		Belo Horizonte	AP	Hospital Metropolitano Odilon Bherens Hob	680	0,7
		Uberlândia	AP	Hospital De Clínicas de Uberlândia	2.271	2,4
		Varginha	ESFL	Hospital Regional Do Sul de Minas	379	0,4
<b>Sul</b>					<b>12.064</b>	<b>12,6</b>
	SC	Florianópolis	AP	CEPON	1.106	1,2
		São José	AP	Hospital Regional de São José Drhomero Miranda Gomes	1.509	1,6
	RS	Gravataí	ESFL	Hospital Dom João Becker	3.599	3,8
		Novo Hamburgo	AP	Fundação de Saúde Pública De Novo Hamburgo FSNH	1.115	1,2
		Venâncio Aires	ESFL	Hospital São Sebastião Martir	509	0,5
		Porto Alegre	EE	Hospital Nossa Senhora da Conceição Sá	2.847	3,0
		Santa Maria	AP	HUSM Hospital Universitário de Santa Maria	1.242	1,3
		Pelotas	ESFL	Hospital Universitário São Francisco de Paula	137	0,1
<b>Centro-Oeste</b>					<b>17.567</b>	<b>18,3</b>
	DF	Brasília	AP	HRAN	206	0,2
		Brasília	AP	HRG	1.595	1,7
		Brasília	AP	Hospital Regional de Ceilândia	2.881	3,0
		Brasília	AP	HRT Hospital Regional de Taguatinga	3.155	3,3
		Brasília	AP	HRS	1.844	1,9
		Brasília	AP	HRPL	1.571	1,6
		Brasília	AP	HRPA	1.056	1,1
		Brasília	AP	Casa De Parto de São Sebastião	754	0,8
		Brasília	AP	HRSAM Hospital Regional De Samambaia	1.714	1,8
		Brasília	AP	HRGU	2.791	2,9

Legenda: AP (Administração Pública); ESFL (Entidade sem fins lucrativos); EE (Entidades empresariais).

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

De todas as internações domiciliares, 83,2% foram relacionadas com determinadas entidades mantenedoras, sendo a maioria representada por Secretarias de Saúde Municipais ou Estaduais. Apresentaram-se também como entidades mantenedoras, hospitais, fundações e faculdades (Tabela 9). A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi a principal mantenedora, sendo responsável por 18,3% do total de internações domiciliares; seguida pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (16,7%) e Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (11,5%). Essa distribuição corrobora com o destaque das regiões Centro-Oeste – cujas internações foram circunscritas ao Distrito Federal (18,3%), e Nordeste - com a maior parte das internações ocorridas no Ceará (23,5%) (Gráfico 3 e Tabela 9).

**Tabela 9. Internações domiciliares segundo instituições mantenedoras. Brasil, 2008 – 2016**

<b>Instituição Mantenedora</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	17.567	18,3
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará	15.964	16,7
Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte	10.972	11,5
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	7.278	7,6
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar ISGH	3.631	3,8
Sociedade Educação e Caridade	3.599	3,8
Hospital Nossa Senhora da Conceição Sá	2.847	3
Prefeitura Municipal de Maracanaú	2.843	3
Universidade Federal de Uberlândia	2.271	2,4
Município de Santo André	1.913	2
Secretaria Estadual da Saúde	1.720	1,8
Fundação de Apoio à Faculdade de Medicina de Marília - FAMAR	1.279	1,3
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar	1.090	1,1
Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo	1.075	1,1
Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON - FAHECE	895	0,9
Fundação do ABC – FUABC	886	0,9
Secretaria Municipal de Saúde de Belém	794	0,8
Fundação Manoel da Silva Almeida	781	0,8
Secretaria Municipal de Saúde	622	0,6
Associação Obras Sociais Irmã Dulce	444	0,5
Universidade Federal do Para	414	0,4
Santa Casa de Misericórdia do Recife	255	0,3
Prefeitura do Município de São Bernardo do Campo	146	0,2
Sociedade Pelotense de Assistência e Cultura	137	0,1
Faculdade de Medicina De Marília	114	0,1
Prefeitura Municipal de São José dos Campos	60	0,1
Fundo Municipal de Saúde de Itaguaí – FMSI	41	0

Instituto Estadual de Saúde Pública	9	0
Universidade Federal de Santa Maria	6	0
Casa Nossa Senhora Aparecida	5	0
Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo	1	0
<b>Total</b>	<b>79.659</b>	<b>83,2</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.

### 5.2.2. Assistencial domiciliar ambulatorial

Assim como a análise realizada com os dados do SIH-SUS, buscou-se explorar as informações de acordo com a disponibilidade de dados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). Portanto, a assistência domiciliar ambulatorial deteve-se sobre o período entre novembro de 2012 até 2016. Na Tabela 10 são apresentadas as características da assistência domiciliar ambulatorial, cujo volume de procedimentos ambulatoriais executados em âmbito domiciliar foi 4.008.612.

Ocorreu a distribuição desigual dos procedimentos durante o período analisado (Tabela 10 e Gráfico 5). Pelo recorte temporal, era esperado um volume menor de procedimentos em 2012. Todavia, percebeu-se um pico na produção em 2015 (n=1.721.208), correspondendo a 42,6% do total de procedimentos realizados no período. Chamou atenção o decréscimo em 2016 (n=201.398) (Tabela 10 e Gráfico 5).

Houve ligeira diferença entre os sexos, em favor das mulheres. A faixa etária que mais recebeu atendimentos foi a de 70-79 anos (22,4%), seguida da faixa de 80-89 anos (20,9). A população acima de 60 anos recebeu mais da metade (66,1%) do total de atendimentos (Tabela 10). Em relação a cor/raça, 39,6% dos indivíduos eram brancos e 26,8% pardos, chamou atenção o percentual de ausência desta informação (26,9%) (Tabela 10).

Quanto ao diagnóstico principal, houve discordância em relação a tal registro, pois na base de dados o diagnóstico é registrado em diferentes variáveis, quais sejam: CID principal, CID associado e CID-AD. Esta última relacionada com a situação ou agravo que motivou cada um dos procedimentos ambulatoriais realizados com o paciente. Nos SIA-SUS, na variável CID principal observou-se ausência de registro em 10,3% dos casos (Tabela 10). Diferente da variável CID-AD, que é relacionada com a situação que demandou o procedimento, assim seu registro estava completo. De toda forma, analisando o diagnóstico principal (CID principal) dos pacientes que receberam assistência domiciliar

ambulatorial, as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes dentre os atendimentos (30,9%), seguido das doenças do sistema nervoso (15,0%).

Mais da metade dos procedimentos foram realizados na região Sudeste (53,3%), seguida pela região Nordeste (26,0%) e região Sul (11,4%). As regiões Centro-Oeste e Norte tiveram pouca representatividade com 5,2% e 3,9% (Tabela 10). Todos os procedimentos foram realizados por Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), representando quase a totalidade realizada pelas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD). Apenas 6,7% dos procedimentos foram realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Apoio e um número irrelevante (n=807/0,0%) realizado pela modalidade AD1, que corresponde aos atendimentos desempenhados na Atenção Básica (AB). A maior parte dos procedimentos foram realizados em áreas sem cobertura por Estratégia Saúde da Família (ESF) (63,26%), e 36,59% realizados em áreas cobertas por ESF (Tabela 10).

Cerca de 55% (Tabela 10) dos usuários foram provenientes de serviços da AB, enquanto 23,8% provenientes de internações hospitalares, apenas 5,7% provenientes de serviços de urgência. Em relação ao destino do paciente após a assistência domiciliar ambulatorial, 89,2% permaneceram sob cuidados domiciliares ambulatoriais. Somente um pequeno percentual recebeu alta clínica (2,9%), teve alta administrativa (2,4%), foram encaminhados para cuidados pela modalidade AD1 (2,3%) e para internação hospitalar (0,9%), admitidos em um serviço de urgência (0,3%). Os óbitos representaram 1,7% do desfecho do cuidado.

Em relação ao tipo de gestão do serviço, 70,1%, fizeram parte de Pacto de Gestão, Município Pleno pela NOAS (18,7%), Estado Pleno (10,4%) e Município Pleno de Atenção Básica pela NOAS (0,7%). Como esperado, o caráter de atendimento foi majoritariamente eletivo (99,8%), o que difere do perfil das internações domiciliares, em que 63,3% dos atendimentos ocorreram em caráter de urgência, possivelmente devido aos mecanismos de pagamento.

**Tabela 10. Perfil da assistência domiciliar ambulatorial. Brasil, 2012 – 2016**

<b>Características</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Volume de procedimentos</b>	<b>4.008.612</b>	<b>100,0</b>
<b>Ano</b>		
2012	167.965	4,2
2013	622.596	15,5
2014	1.318.271	32,9
2015	1.706.196	42,6
2016	193.584	4,8
<b>Perfil dos pacientes</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	1.874.056	46,8
Feminino	2.128.264	53,1
Ignorado	6.292	0,2
<b>Faixa etária</b>		
0 - 7 dias	37.727	0,9
8 -29 dias	3.409	0,1
1 - 11 meses	44.415	1,1
1 - 4 anos	43.185	1,1
5 - 9 anos	37.475	0,9
10 - 14 anos	42.882	1,1
15 - 19 anos	76.294	1,9
20 - 29 anos	183.586	4,6
30 - 39 anos	211.446	5,3
40 - 49 anos	257.696	6,4
50 - 59 anos	424.504	10,6
60 - 69 anos	641.798	16,0
70 - 79 anos	896.533	22,4
80 - 89 anos	837.552	20,9
90 - 99 anos	250.606	6,3
100 - 115 anos	19.496	0,5
Idade inválida	8	0,0
<b>Cor/Raça</b>		
Branca	1.588.032	39,6
Preta	234.324	5,8
Parda	1.072.427	26,8
Amarela	33.798	0,8
Indígena	318	0,0
Sem informação	1.079.713	26,9
<b>Diagnóstico principal (capítulo da CID-10)</b>		
II. Neoplasmas (tumores)	218.992	5,5
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	182.402	4,6
VI. Doenças do sistema nervoso	601.248	15,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	123.736	3,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.239.149	30,9



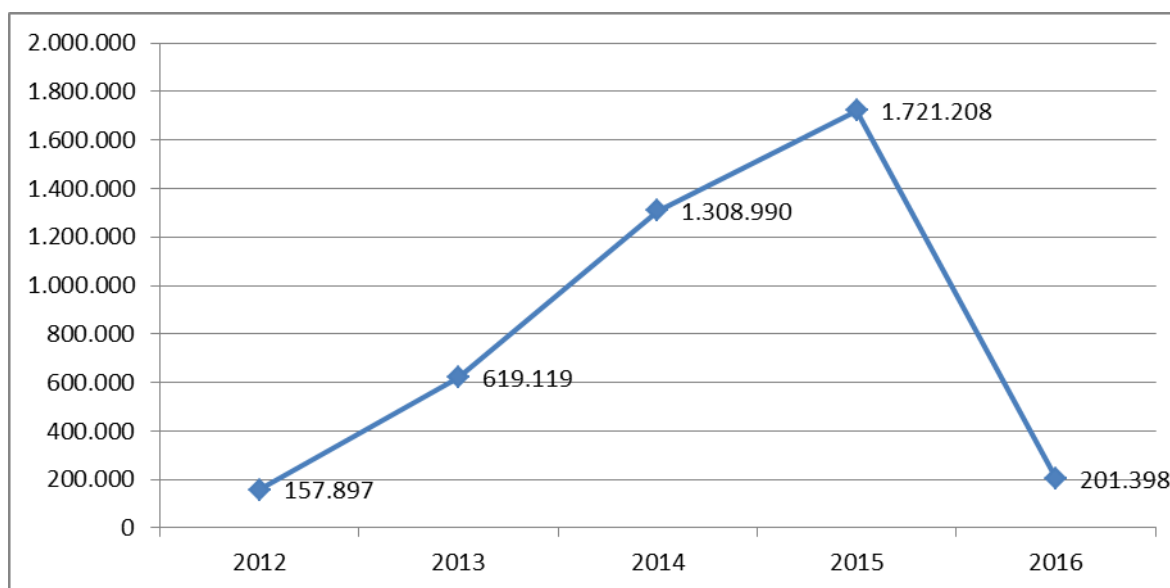
X. Doenças do aparelho respiratório	179.329	4,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	206.346	5,1
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	95.151	2,4
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	390.294	9,7
Outros	358.234	8,9
CID inválido ou não identificado	44	0,0
Diferença/inconsistência	413.687	10,3
<b>Perfil dos atendimentos</b>		
<b>Região geográfica</b>		
Região Norte	155.930	3,9
Região Nordeste	1.042.978	26,0
Região Sudeste	2.136.830	53,3
Região Sul	457.637	11,4
Região Centro-Oeste	208.945	5,2
Ignorado ou exterior	6.292	0,2
<b>Executor do procedimento</b>		
SAD /Assistência Domiciliar	807	0,0
SAD / Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar - EMAD	3.740.038	93,3
SAD / Equipe Multidisciplinar de Apoio - EMAP	267.653	6,7
Outros	9	0,0
Ignorado	105	0,0
<b>Cobertura por Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>		
Sim	1.466.666	36,59
Não	2.535.654	63,26
Ignorado	6.292	0,16
<b>Origem do paciente</b>		
Serviço de Urgência	228.691	5,7
Atenção Básica	2.184.672	54,5
Internação Hospitalar	955.143	23,8
Centro Oncológico	25.837	0,6
Outros	607.977	15,2
Não informado	6.292	0,2
<b>Tipo de saída/resultado do cuidado</b>		
Permanência	3.577.290	89,2
Alta Clínica	116.966	2,9
Encaminhamento AD1	93.820	2,3
Alta Administrativa	95.008	2,4
Admissão na Urgência	13.028	0,3
Internação Hospitalar	37.741	0,9
Óbito	68.280	1,7
Não informado	6.479	0,2
<b>Tipo de gestão</b>		
Município Pleno NOAS	749.998	18,7
Estado Pleno	417.991	10,4
Município Pleno da Atenção Básica NOAS	28.602	0,7

Pacto de Gestão	2.812.021	70,1
<b>Caráter do atendimento</b>		
Eletivo	4.000.305	99,8
Não informado	8.307	0,2

Legenda: SAD (Serviço de Atenção Domiciliar).

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

**Gráfico 5. Distribuição de procedimentos da assistência domiciliar ambulatorial segundo ano. Brasil, 2012 -2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

Na Tabela 11 é possível observar, além da distribuição dos procedimentos realizados ao longo do período de estudo, que o número de atendimentos foi 471.253, mas a quantidade de pacientes atendidos é um pouco menor (n=470.302). O número total de dias de permanência sob cuidados domiciliares foi superior a 12 milhões. Assim, a média de permanência de cada paciente sob cuidado domiciliar ambulatorial foi de 26,6 dias, enquanto a média do número de procedimentos dispensados a cada paciente sob cuidado domiciliar ambulatorial foi de 8,5, e a média de atendimentos/visitas recebidas por paciente foi de 1 visita durante o período aproximado de 1 mês (26,6 dias).

Apesar dessas informações por paciente, essas são as únicas disponibilizadas. Assim, as demais análises para compreensão da prestação do serviço domiciliar ambulatorial foram baseadas no volume de procedimentos realizados (n=4.008.612).

**Tabela 11. Perfil da prestação da assistência domiciliar ambulatorial. Brasil, 2012 a 2016**

Ano de Processamento	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Procedimentos</b>	157.897	3,9	619.119	15,4	1.308.990	32,7	1.721.208	42,9	201.398	5,0	<b>4.008.612</b>	<b>100,0</b>
<b>Atendimentos</b>	24.261	5,1	81.315	17,3	152.912	32,4	1.922.688	40,9	20.077	4,3	<b>471.253</b>	<b>100,0</b>
<b>Pacientes</b>	24.243	5,2	81.030	17,2	152.691	32,5	192.297	49,9	20.041	4,3	<b>470.302</b>	<b>100,0</b>
<b>Dias de Permanência</b>	631.460	5,0	2.118.731	16,9	4.068.696	32,5	5.144.342	41,1	541.809	4,3	<b>12.505.038</b>	<b>100,0</b>
<b>Média de dias de permanência por paciente</b>	26,0		26,1		26,6		26,8		27,0		26,6	
<b>Média de procedimentos por paciente</b>	6,5		7,6		8,6		9,0		10,0		8,5	
<b>Média de atendimentos/visitas por paciente</b>	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

Do volume total de procedimentos (n=4.008.612), os procedimentos mais frequentemente realizados foram as consultas, atendimentos e visitas (Tabela 12). Em primeiro lugar: - 03.01.01.013-7 Consulta/atendimento domiciliar (18,4%), seguido pelos procedimentos 03.01.05.002-3 Assistência domiciliar por equipe multiprofissional (13,6%), 03.01.05.005-8 Assistência domiciliar por profissional de nível médio (12,6%), 01.01.03.001-0 Visita domiciliar por profissional de nível médio (10,8%), Curativos (10,4%) e Atendimento fisioterapêutico (6,3%), de diversos tipos, destinados às diversas patologias, que foram agrupados. Nota-se a predominância dos atendimentos prestados por equipes de profissionais de nível médio, em detrimento de equipes compostas por profissionais de nível superior e da atenção especializada.

**Tabela 12. Principais procedimentos ambulatoriais realizados na assistência domiciliar. Brasil, 2012 a 2016**

<b>Número e nome dos procedimentos realizados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
03.01.01.013-7 Consulta/atendimento domiciliar	738.716	18,4
03.01.05.002-3 Assistência domiciliar por equipe multiprofissional	544.459	13,6
03.01.05.005-8 Assistência domiciliar por profissional de nível médio	506.432	12,6
01.01.03.001-0 Visita domiciliar por profissional de nível médio	432.712	10,8
Curativo com ou sem debridamento(**)	416.971	10,4
03.01.05.014-7 Visita domiciliar por profissional de nível superior	403.692	10,1
Atendimento fisioterapêutico (***)	252.695	6,3
02.14.01.001-5 Glicemia capilar	157.104	3,9
03.01.05.003-1 Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada	117.416	2,9
01.01.03.002-9 Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	102.023	2,5
03.01.07.006-7 Atendimento/acompanhamento em reabilitação	60.346	1,5
02.01.02.004-1 Coleta de material p/ exame laboratorial	53.888	1,3
03.01.05.008-2 Antibioticoterapia parenteral	53.251	1,3
03.01.01.016-1 Consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada	41.980	1,0
Outros	126.927	3,3
<b>Total</b>	<b>4.008.612</b>	<b>100,0</b>

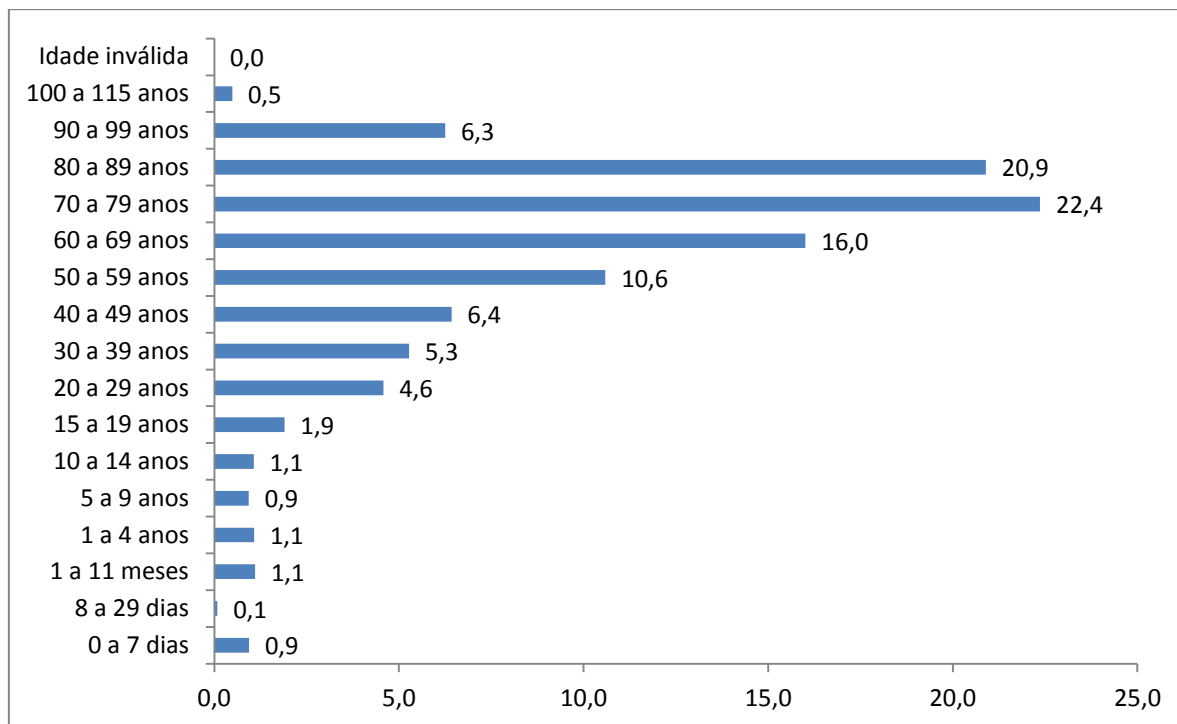
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

(\*) Número e nome dos procedimentos segundo nomenclatura contida na Tabela SIGTAP-SUS [disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>].

(\*\*) Foram unificados os procedimentos - curativo grau I e II com ou sem debridamento (códigos : 04.01.01.002-3, 04.01.01.001-5).

(\*\*\*) Foram unificados todos os tipos de atendimento fisioterapêutico (um total de 24 códigos de procedimentos : 03.02.01.001-7 até 03.02.07.003-6)

**Gráfico 6. Percentual de procedimentos ambulatoriais na assistência domiciliar segundo faixa etária. Brasil, 2012 a 2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

### *Informação diagnóstica registrada no SIA-SUS*

Na tentativa de descrever a assistência domiciliar ambulatorial, considerando as incompletudes e discrepâncias nas informações sobre os diagnósticos registrados no SIA-SUS, buscou-se, de forma aleatória, o registro da atenção prestada a um usuário nesse sistema. O resumo do caso é apresentado no Quadro 9.

Esse caso desvela a assistência prestada a um usuário do sexo feminino, com 37 anos na época do atendimento, atendida na região Norte, no município de Rio Branco (AC), em uma unidade hospitalar de administração pública - SAD, para quem foram prestados os atendimentos, em um total de 70 procedimentos, no decorrer de 3 períodos subsequentes, no ano de 2013. Na última sequência de atendimentos, o desfecho do cuidado foi a alta clínica.

A paciente proveniente de uma internação hospitalar apresentava como diagnóstico que solicitava a assistência domiciliar ambulatorial uma tumoração localizada no troco, associada à presença de úlcera de decúbito, correlacionada com a condição clínica de limitação de mobilidade. Como situações decorrentes da condição clínica, as quais demandaram a realização de tais procedimentos, foram registrados o próprio diagnóstico

principal e a causa associada, além de transtornos miotônicos, hemiplegia não especificada, artropatia traumática e deformidade adquirida do sistema osteomuscular. Os 70 procedimentos estiveram distribuídos em: atendimento fisioterapêutico e outros tratamentos em reabilitação, consultas e visitas domiciliares por profissionais de nível superior e médio, curativos e debridamento de tecidos com necrose.

### Quadro 9. Representação da assistência domiciliar ambulatorial. Brasil, 2012 a 2016

<b>Caso 1</b>	
<b>UF</b>	Acre
<b>Município</b>	Rio Branco
<b>SAD</b>	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco
<b>Natureza jurídica</b>	Administração Pública
<b>Paciente</b>	
<b>Data de nascimento</b>	1 de julho de 1976
<b>Idade na época do atendimento</b>	37 anos
<b>Nacionalidade</b>	brasileira
<b>Sexo</b>	feminino
<b>Raça/cor</b>	parda
<b>Morbidade</b>	
<b>CID principal</b>	R22.2 tumefação, massa ou tumoração localizadas do tronco
<b>CID associado</b>	L89 úlcera de decúbito
<b>Situação/agravo que determinou o procedimento (CID-AD)</b>	R22.2 tumefação, massa ou tumoração localizadas do tronco L89 úlcera de decúbito G71.1 transtornos miotônicos G81.9 hemiplegia não especificada M12.5 artropatia traumática M95.2 deformidade adquirida do sistema osteomuscular não especificada
<b>Assistência</b>	
<b>Origem do paciente</b>	internação hospitalar
<b>Cobertura ESF</b>	Não
<b>Períodos de atendimento</b>	12 a 31 de julho de 2013 (20 dias) - permanência 1 a 30 de novembro de 2013 (30 dias)- permanência 1 a 10 de dezembro de 2013 (10 dias) - alta clínica
<b>Procedimentos realizados</b>	<b>N=70</b>
0302050027 - atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	18
0301010137 - consulta/atendimento domiciliar	15
0401010023 - curativo grau I / com ou sem debridamento	11
0101030010 - visita domiciliar por profissional de nível médio	8
0415040043 - debridamento de úlcera/necrose	7
0401010015 - curativo grau II / com ou sem debridamento	7
0303190019 - tratamento em reabilitação	3
0101030029 - visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

### 5.2.3 Assistência domiciliar: a oferta no âmbito das Regiões de Saúde

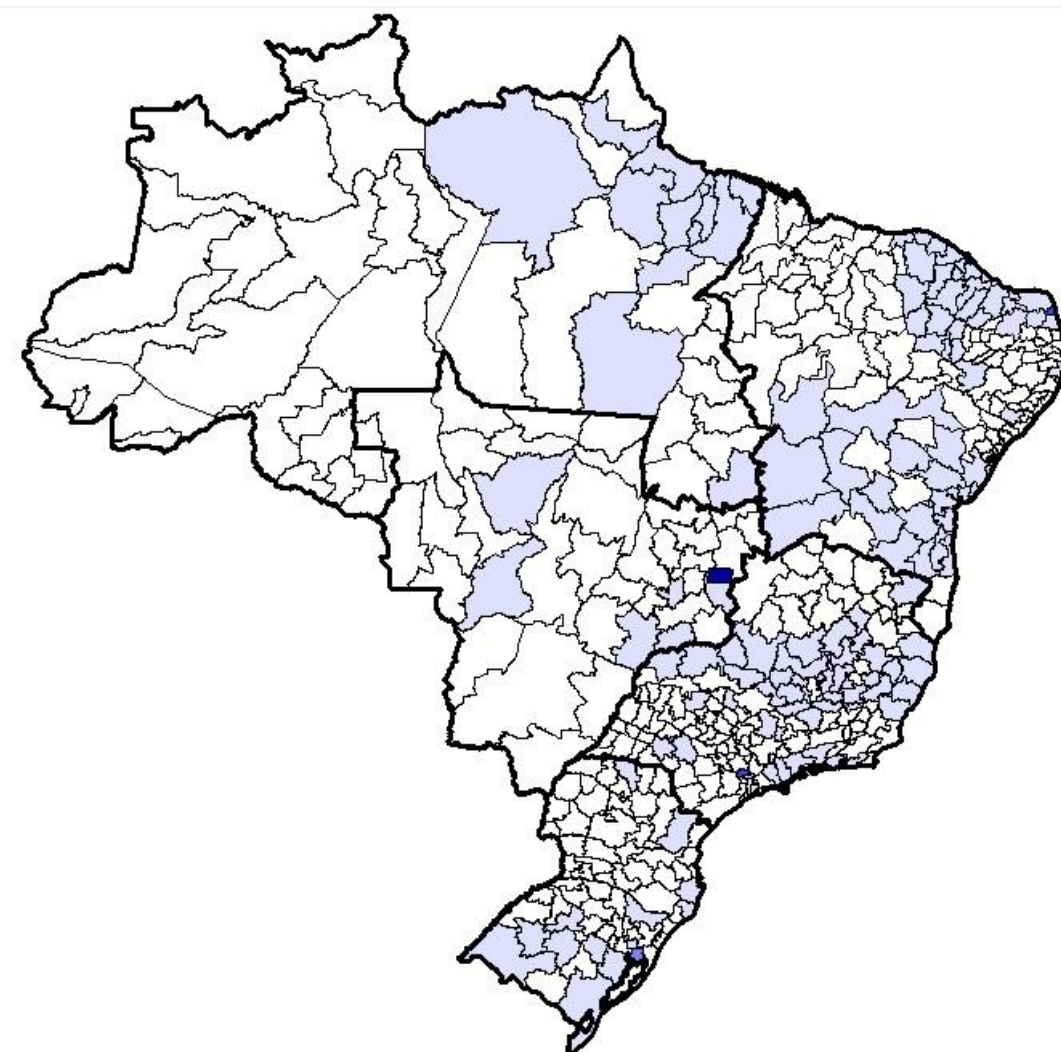
É importante frisar que, embora não fosse objetivo comparar o perfil das internações domiciliares (SIH-SUS) e da assistência domiciliar ambulatorial (SIA-SUS), inclusive dada as diferenças no recorte de períodos em função da disponibilidade dos dados nos SIS-SUS, o mapeamento da oferta dessa modalidade de cuidado é relevante. Essa relevância é também corroborada pela discussão corrente sobre a reorganização do SUS em regiões de saúde intra UF.

Assim, ao realizar o mapeamento do serviço de AD no SUS, no Brasil, de acordo com as regiões de saúde, foi possível observar que ambos tipos de prestação de cuidado domiciliar em saúde (internação domiciliar e assistência domiciliar ambulatorial) estão circunscritos em determinadas regiões, reforçando a ideia de que o acesso a esse tipo de cuidado é geograficamente desigual, em todos os âmbitos: grandes regiões geográficas, UF e regiões de saúde (Mapa 1, Mapa 2).

Na Tabela 13 é apresentado, tal como de maneira mais detalhada na Tabela 14, um panorama do registro da atenção domiciliar hospitalar (internação domiciliar) – prestada por hospitais executores deste serviço e ambulatorial (assistência domiciliar ambulatorial) – prestada pelos SAD, nas suas respectivas equipes na modalidade AD1 (na AB) e nas modalidades AD2 e AD3 (pelas EMAD e EMAP).

Observando a distribuição geográfica de ambos os tipos de prestações da AD (Mapa 1 e Mapa 2), ficou evidente que foram concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste. Estando o maior volume de atendimentos circunscritos em determinadas Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde do Sudeste contemplam mais da metade dos procedimentos ambulatoriais realizados pelos SAD, enquanto que as Regiões de Saúde do Nordeste abrigam quase a metade das internações domiciliares.

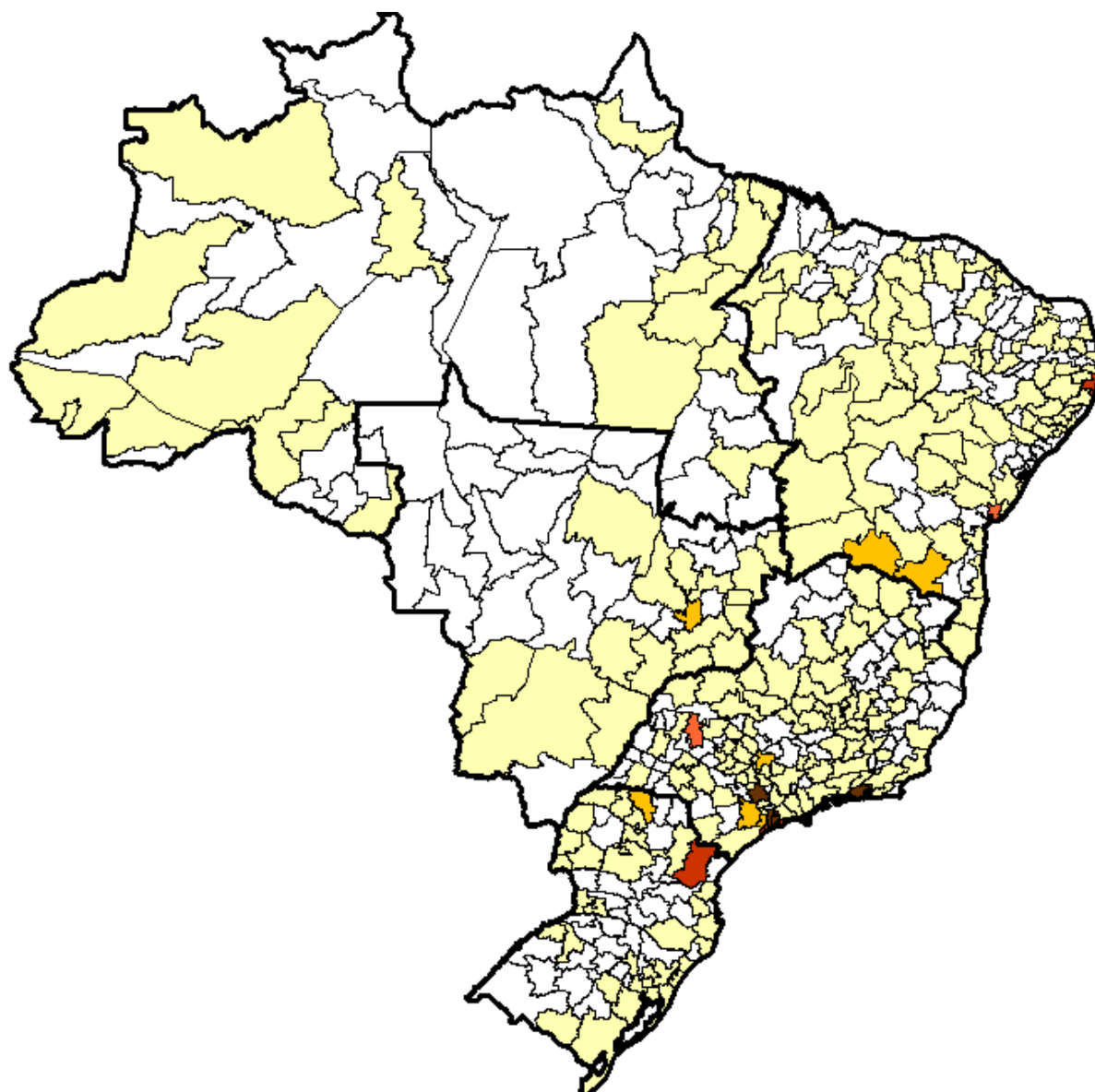
**Mapa 1. Distribuição das internações domiciliares por regiões de saúde. Brasil, 2008 – 2016**



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH.



**Mapa 2. Distribuição dos procedimentos domiciliares ambulatoriais por regiões de saúde. Brasil, 2012 – 2016**



Frequência

até 49.791

49.791 -| 99.580

99.580 -| 149.370

149.370 -| 199.159

199.159 -| 248.949

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

**Tabela 13. Distribuição da assistência domiciliar por região geográfica. Brasil, 2008-2016**

Região Geográfica	Internação Domiciliar		Serviço de Atenção Domiciliar	
	n	%	n	%
<b>Norte</b>	1.207	1,3	155.930	3,9
<b>Nordeste</b>	43.322	45,2	1.042.978	26,0
<b>Sudeste</b>	21.575	22,5	2.136.830	53,3
<b>Sul</b>	12.080	12,6	457.637	11,4
<b>Centro-oeste</b>	17.570	18,3	208.945	5,2
<b>Ig/ext</b>	0	0,0	6.292	0,2
<b>Total</b>	<b>95.754</b>	<b>100,0</b>	<b>4.008.612</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH; Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

**Tabela 14. Distribuição da assistência domiciliar por regiões de saúde. Brasil, 2008-2016**

Região Geográfica	UF	Região de Saúde	Internações Domiciliares		Procedimentos ambulatoriais domiciliares	
			95.754	100,0	4.008.612	100,0
<b>Norte</b>	<b>RO</b>	Vale do Jamari	0		2.206	
		Madeira-Mamoré	0		30.758	
		Cone Sul	0		133	
	<b>AC</b>	Baixo Acre e Purus	0		3.342	
		Juruá e Tarauacá/Envira	0		29.585	
	<b>AM</b>	Manaus e Alto Rio Negro	0		8.327	
		Regional Purus	0		42	
		Alto Solimões	0		92	
	<b>PA</b>	Araguaia	1		15.573	
		Baixo Amazonas	1		0	
		Carajás	0		1	
		Lago de Tucuruí	1		10.828	
		Metropolitana I	1.153		3.603	
		Metropolitana II	11		0	
		Metropolitana III	5		19.863	
		Rio Caetés	1		107	
		Tocantins	16		0	
Marajó I		11		0		
Marajó II	5		0			
<b>AP</b>	Área Central	1		2.715		
<b>TO</b>	Médio Norte Araguaia	0		13.800		
	Sudeste	1		0		
	Amor Perfeito	0		14.955		
<b>Nordeste</b>	<b>MA</b>	Açailândia	0		2.305	
Barra do Corda		0		711		
Codó		0		9.266		
Imperatriz		0		28.155		
Presidente Dutra		0		1.653		
Santa Inês		0		56		
			<b>43.322</b>	<b>45,2</b>	<b>1.042.978</b>	<b>26,0</b>

	São Luís	2		20.898	
	Timon	0		2	
<b>PI</b>	Carnaubais	0		4	
	Chapada das Mangabeiras	2		377	
	Cocais	0		5.208	
	Entre Rios	0		8.409	
	Planície Litorânea	0		1.058	
	Serra da Capivara	0		10.395	
	Tabuleiros Alto Parnaíba	0		1	
	Vale do Canindé	0		33	
	Vale do Rio Guaribas	0		15	
	Vale do Sambito	0		1	
	Vale Rio Piauí/Itaueiras	0		450	
<b>CE</b>	1ª Região Fortaleza	18.344		2.594	
	2ª Região Caucaia	140		10.047	
	3ª Região Maracanaú	2.968		11.311	
	4ª Região Baturité	88		0	
	5ª Região Canindé	8		0	
	6ª Região Itapipoca	186		0	
	7ª Região Aracati	38		0	
	8ª Região Quixadá	84		956	
	9ª Região Russas	7		0	
	10ª Região Limoeiro	68		0	
	11ª Região Sobral	12		7.113	
	12ª Região Acaraú	24		0	
	13ª Região Tianguá	0		1.495	
	14ª Região Tauá	25		0	
	15ª Região Crateús	53		0	
	16ª Região Camocim	9		0	
	17ª Região Icó	3		103	
	18ª Região Iguatú	69		0	
	19ª Região Brejo Santo	2		1.389	
	20ª Região Crato	43		4.790	
	21ª Região Juazeiro Nort	273		5.780	
	22ª Região Cascavel	54		17.742	
<b>RN</b>	São José de Mipibu	35		31.994	
	Mossoró	8		0	
	João Câmara	78		0	
	Caicó	10		1.959	
	Santa Cruz	20		0	
	Pau dos Ferros	18		0	
	Metropolitana	10.798		6.779	
	Açu	7		9.921	
<b>PB</b>	1ª Região Mata Atlântica	0		27.342	
	2ª Região	0		5.641	
	4ª Região	0		2.418	
	5ª Região	0		70	
	7ª Região	0		8.588	
	13ª Região	0		6.951	
	14ª Região	0		0	
	15ª Região	0		22.891	
<b>PE</b>	Arcoverde	0		9	
	Caruaru	0		48.794	
	Garanhuns	0		11.413	
	Goiana	0		1.924	
	Limoeiro	0		4	
	Palmares	0		26	
	Petrolina	0		30.480	
	Recife	2.125		174.539	
	Serra Talhada	1		0	

	<b>AL</b>	1ª Região de Saúde	0		41.172	
		3ª Região de Saúde	0		4.084	
		4ª Região de Saúde	0		5.160	
		5ª Região de Saúde	0		24.764	
		7ª Região de Saúde	1		10.402	
		8ª Região de Saúde	0		19.393	
		9ª Região de Saúde	0		7.743	
	<b>SE</b>	Nossa Senhora da Glória	0		421	
	<b>BA</b>	Alagoinhas	529		333	
		Barreiras	308		10.562	
		Brumado	1		442	
		Camaçari	42		29.591	
		Cruz das Almas	2		0	
		Feira de Santana	455		8.778	
		Guanambi	0		50.866	
		Ibotirama	12		45	
		Ilhéus	572		24.409	
		Itabuna	1		0	
		Itapetinga	4		0	
		Jacobina	5		5.800	
		Jequié	201		15.651	
		Juazeiro	459		10.054	
		Paulo Afonso	0		1.435	
		Porto Seguro	0		20.571	
		Salvador	2.960		124.192	
		Santa Maria da Vitória	5		2.472	
		Santo Antônio de Jesus	885		0	
		Seabra	7		0	
		Senhor do Bonfim	0		6.968	
		Serrinha	28		487	
		Teixeira de Freitas	0		12.137	
		Valença	2		14	
		Vitória da Conquista	1.241		60.972	
<b>Sudeste</b>			<b>21.575</b>	<b>22,5</b>	<b>2.136.830</b>	<b>53,3</b>
	<b>MG</b>	Alfenas Machado	1		0	
		Almenara	1		0	
		Araxá	1		3	
		Barbacena	0		16.556	
		B.Horizonte/N.Lima/Caet	709		39.354	
		Betim	0		35.554	
		Bom Despacho	1		2	
		Caratinga	1		17.866	
		Cons.Lafaiete/Congonhas	1		2	
		Contagem	16		31.901	
		Curvelo	2		1	
		Diamantina	5		0	
		Divinópolis/S.Antº.Monte	6		5	
		Formiga	2		1	
		Francisco Sá	0		5.817	
		Governador Valadares	8		2	
		Guanhães	3		0	
		Itabira	7		6	
		Itaobim	0		161	
		Itaúna	2		34	
		Ituiutaba	5		80	
		Janaúba Monte Azul	0		5.771	
		João Monlevade	3		3	
		J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	0		3.858	
		Leopoldina Cataguases	0		1	
		Manhuaçu	8		0	

	M.Novas/Turmalin/Capeli	3		0
	Montes Claros Bocaiúva	0		10.693
	Nanuque	0		1
	Ouro Preto	5		5
	Pará de Minas	3		5.455
	Patos de Minas	2		1
	Patrocínio Monte Carmelo	5		2.062
	Pirapora	0		1
	Poços de Caldas	0		1.396
	Ponte Nova	4		2
	Pouso Alegre	0		75
	Resplendor	1		0
	Salinas Taiobeiras	0		7.492
	S.Maria Suaçuí/S.João Ev	1		0
	S.Antôn.Amparo/Cpo.Bel	7		0
	São João del Rei	1		1
	São Lourenço	0		9.908
	Sete Lagoas	4		7
	T.Otoni/Malacac/Itambac.	0		1
	Três Corações	0		112
	Ubá	0		1
	Uberaba	0		7.089
	Uberlândia Araguari	2.250		46.948
	Varginha	379		19.729
	Vespasiano	9		9.210
	Viçosa	2		0
<b>ES</b>	Central	32		0
	Metropolitana	1.009		0
	Norte	48		0
	Sul	3		3
<b>RJ</b>	Baia da Ilha Grande	0		3.687
	Centro-Sul	0		16.016
	Médio Paraíba	2.625		44.094
	Metropolitana I	663		248.949
	Metropolitana II	1		24.143
	Norte	0		23.276
	Serrana	0		4.108
<b>SP</b>	Alto do Tietê	0		41.949
	Franco da Rocha	4		0
	Mananciais	0		69.791
	Rota dos Bandeirantes	0		15.474
	Grande ABC	2.946		243.334
	São Paulo	2		233.414
	Central do DRS II	0		2
	Central do DRS III	0		24.897
	Norte do DRS III	0		8.090
	Coração do DRS III	0		2.834
	Baixada Santista	0		173.157
	Norte - Barretos	86		8.554
	Bauru	18		744
	Polo Cuesta	0		63
	Lins	0		12.672
	Bragança	0		12.246
	Metro Campinas	0		210.516
	Jundiaí	9.221		11.017
	Três Colinas	1		88
	Alta Anhanguera	0		15.965
	Marília	1.396		7.877
	Ourinhos	0		45.333
	Araras	0		9.500

		Limeira	0		1.323	
		Rio Claro	0		25.507	
		Alta Sorocabana	0		27	
		Vale do Ribeira	0		5.828	
		Horizonte Verde	0		19.512	
		Aquífero Guarani	0		25.452	
		Vale das Cachoeiras	0		7.842	
		Baixa Mogiana	0		7.789	
		Mantiqueira	0		77	
		Rio Pardo	0		53.028	
		São José do Rio Preto	0		120.990	
		Votuporanga	0		8.690	
		Itapeva	0		1.685	
		Sorocaba	0		65.101	
		Alto Vale do Paraíba	58		2.303	
		Circ. da Fé/V. Histórico	2		413	
		V. Paraíba-Reg. Serrana	2		2.303	
<b>Sul</b>			<b>12.080</b>	<b>12,6</b>	<b>457.637</b>	<b>11,4</b>
	<b>PR</b>	2ª RS Metropolitana	1		170.316	
		3ª RS Ponta Grossa	0		132	
		5ª RS Guarapuava	0		2.031	
		9ª RS Foz do Iguaçu	0		942	
		10ª RS Cascavel	0		13.310	
		12ª RS Umuarama	0		44	
		14ª RS Paranavaí	0		1.917	
		15ª RS Maringá	0		6	
		16ª RS Apucarana	0		16	
		17ª RS Londrina	6		69.051	
		20ª RS Toledo	0		12.571	
		22ª RS Ivaiporã	0		19	
	<b>SC</b>	Extremo Oeste	0		2.135	
		Oeste	0		10.336	
		Médio Vale do Itajaí	0		38.751	
		Grande Florianópolis	2.613		3.484	
		Nordeste	0		13.056	
		Serra Catarinense	0		2	
		Extremo Sul Catarinense	0		1.835	
		Laguna	2		2.971	
	<b>RS</b>	01 Verdes Campos	1.236		0	
		02 Entre Rios	3		0	
		03 Fronteira Oeste	2		0	
		04 Belas Praias	0		1.200	
		05 Bons Ventos	0		863	
		06 V.Paranhana/C. Serra	0		736	
		07 Vale dos Sinos	1.116		13.077	
		08 Vale Caí/Metropolitan	0		8.278	
		09 Carbonífera/Costa Doc	6		2.690	
		10 Capital/Vale Gravataí	6.447		18.782	
		12 Portal das Missões	1		0	
		13 Diversidade	0		8	
		43014 14 Fronteira Noroeste	0		4.564	
		21 Sul	137		31.978	
		22 Pampa	0		671	
		23 Caxias e Hortênsias	0		28.319	
		24 Campos de Cima Serra	1		0	
		25 Vinhedos e Basalto	0		3.063	
		28 Vinte e Oito	509		483	
<b>Centro- oeste</b>			<b>17.570</b>	<b>18,3</b>	<b>208.945</b>	<b>5,2</b>

	<b>MS</b>	Campo Grande	0		37.162	
		Corumbá	0		1.950	
		Três Lagoas	0		6	
	<b>MT</b>	Baixada Cuiabana	4		0	
		Médio Araguaia	0		20	
		Teles Pires	1		0	
	<b>GO</b>	Central	1		50.188	
		Centro Sul	0		5.947	
		Entorno Norte	0		15.242	
		Entorno Sul	7		14.987	
		Estrada de Ferro	0		1.314	
		Nordeste II	0		23	
		Rio Vermelho	0		163	
São Patrício I		0		12.198		
Sudoeste I		9		9.870		
Sudoeste II		0		5.729		
Sul	6		57			
São Patrício II	0		14.602			
<b>DF</b>	Distrito Federal	17.542		39.487		
Ignorado/externo		0	0	6.292	0,2	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) - Movimento de AIH; Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

## 6. DISCUSSÃO

Desde 1998, a atenção domiciliar no SUS nas suas duas modalidades, internação e assistência ambulatorial domiciliar, vem se ampliando e consolidando. A evolução temporal apontou um discreto ápice, em 2011, nas internações domiciliares. Contudo, esse aumento não foi acompanhado pelas internações hospitalares. Isto parece reforçar a hipótese de o crescimento do volume das internações domiciliares ter relação com o período de conformação da AD. Na assistência domiciliar ambulatorial, por sua vez, o ápice foi no ano de 2015, havendo um considerável decréscimo no ano posterior, o que merece um estudo minucioso em relação à desabilitação de SAD, que possam vir a explicar essa situação ou mesmo confiabilidade da informação.

No período de desenvolvimento do estudo proposto, o perfil de utilização nas duas modalidades de cuidado domiciliar não apresentou diferença importante entre os sexos. Em relação à faixa etária, em ambas as modalidades o aumento do volume de utilização foi proporcional ao avançar das idades. A utilização dos procedimentos por indivíduos a partir de 60 anos correspondeu a mais da metade de todos os serviços e procedimentos utilizados. Informação essa que vai ao encontro do destaque dado pela literatura a esta faixa, quando abordado os objetivos e a quem se destina a AD (FALLER et al., 2016; MUNIZ et al., 2016). Aliado ao perfil demográfico, o perfil de morbidade indica a prevalência de doenças crônicas que solicitam esse tipo de cuidado continuamente.

Nas internações domiciliares, o registro relacionado com o diagnóstico secundário esteve ausente na maioria dos casos (86,5%). Problema esse bastante destacado nos estudos que utilizam esse sistema de informação. Mesmo assim, foi possível observar entre as comorbidades registradas nas internações domiciliares algumas citadas em estudos relacionados com a qualidade do cuidado e à segurança do paciente na AD (VICENT et al., 2016; SEARS et al., 2013; DORAN et al., 2009; MADIGAN, 2007; JOHSON, 2005). Nesses estudos, episódios de queda, úlcera por pressão, outros acidentes e, inclusive, agressões foram evidenciadas como uma das principais preocupações, situações essas muitas vezes relacionadas com os idosos e aos indivíduos em condição de dependência.

Na assistência domiciliar ambulatorial, o diagnóstico é registrado em três variáveis, o que levou à necessidade de melhor compreensão da lógica interna do SIA-SUS, gerando a construção do caso 1. Esse caso possibilitou descrever a situação de saúde de um paciente considerando o diagnóstico principal, o secundário e, sobretudo, o associado a cada um dos procedimentos realizados durante o atendimento. Entretanto, não foi possível utilizar essa



mesma abordagem para todo o universo em tempo hábil, o que permitiria descrever e diferenciar a complexidade do tipo de cuidado prestado e o perfil de multimorbidade dos pacientes atendidos, considerando os diferentes grupos etários ou abrangência geográfica.

A longitudinalidade pertinente ao modelo de atenção foi ilustrada nos resultados. A permanência foi o desfecho do cuidado mais frequente nas internações domiciliares, assim como na assistência domiciliar ambulatorial. Foi notável, ainda, a predominância dos atendimentos prestados por equipes de profissionais de nível médio, em detrimento de equipes compostas por profissionais de nível superior e da atenção especializada. O que pode estar relacionado com o déficit na oferta de recursos humanos presente em nosso sistema.

O estudo também possibilitou perceber, de maneira abrangente, a existência de grandes diferenças regionais, tanto em relação ao volume de serviços e procedimentos, quanto em relação à variação das modalidades. A maior parte de serviços e procedimentos no âmbito da AD encontram-se circunscritos a determinadas localidades. Isso parece indicar que, apesar de já haver um Programa nacional que orienta a prestação dessa modalidade de cuidado, a implementação da AD continua restrita a algumas Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais. Assim, esse programa, até o período analisado, não ganhou amplitude nacional, caracterizando uma marcante desigualdade regional.

Contudo, apesar dos esforços para a conformação da AD no SUS, seu caráter parece, ainda, ser complementar à rede de saúde, não tendo a dimensão de substituir outros modelos de cuidado. Para Braga (2015), existe a necessidade de organização de novos campos de prática, que deve estar acompanhada por uma mudança na concepção dos modos de planejar, organizar e executar o cuidado em saúde. Por outro lado, destaca-se a importância dada pelo Programa Melhor em Casa ao caráter transdisciplinar da AD e sua atuação transversal, perpassando por diferentes pontos de cuidado, o que contribui para afirmar o potencial da AD em se consolidar, futuramente, como notável modelo de cuidado no SUS.

Reconhecendo o caráter exploratório e descritivo do estudo proposto, a principal limitação é decorrente da fonte de informação utilizada. Apesar das limitações, como subnotificação de algumas informações e diferentes unidades de observação das bases de dados: internação para o SIH-SUS e procedimentos realizados para SIA-SUS, a disponibilidade de informações nos SIS-SUS superou a expectativa inicial. Nesse sentido, foi necessária cautela para compreensão dos motivos que levaram à internação domiciliar e à assistência domiciliar ambulatorial, e o seu registro nos respectivos SIH-SUS e SIA-SUS. O

SIH-SUS vem sendo utilizado, em comparação ao SIA-SUS, para fins de pesquisa desde a década de 1990, sendo que para o SIA há pouca experiência acumulada. Todavia, foi possível traçar o perfil da atenção domiciliar no SUS.

Percebe-se a importância do cuidador familiar para a qualidade do cuidado domiciliar, bem como o ônus do desempenho desta função mencionada em estudos relacionados com a sobrecarga e estratégias de apoio aos cuidadores familiares (CARVALHO, 2009; CREUTZBERG, 2003; KARSH, 2003). Vale salientar que as bases de dados não contemplam informação respeito. No entanto, informações sobre o nível de autonomia do paciente, do seu ambiente familiar, estrutura física do domicílio e a respeito do cuidador, contribuiriam para conhecimento das singularidades e necessidades de tal aporte no cuidado em saúde.

A capacitação profissional voltada à compreensão desta nova forma de cuidar, assim como suas especificidades técnicas despontam como uma necessidade atrelada à consolidação da AD enquanto um modelo mais fundamentado de atenção à saúde. No campo da organização e coordenação da atenção domiciliar, não é notória, na prática, que haja a articulação formal e contínua entre as EMAD e EMAP com demais serviços de saúde. As eSF e NASF desempenham, sim, as atividades da AD1, porém de maneira incorporada aos seus processos de trabalho, não destacando a existência dessa conformação exposta na legislação e na produção analisada nos SIS-SUS. Tal como evidenciado nos resultados, observou-se que na maioria das localidades nas quais foi registrada a presença das EMAD e EMAP não havia cobertura por ESF. Ademais, parece insipiente a articulação entre internação domiciliar, assistencial ambulatorial e a necessidade de reinternação ou outro tipo de cuidado em função de mudança positiva ou piora do estado de saúde do paciente.

Foi possível preliminarmente também vislumbrar a internação domiciliar como um cuidado continuado da assistência hospitalar, enquanto a assistência domiciliar ambulatorial parece mais próxima de um cuidado substitutivo ou complementar à assistência ambulatorial. Esta última mostra-se de uma maneira mais delineada, constituindo um Programa específico – o Programa Melhor em Casa. Todavia, a internação domiciliar não é contemplada nos manuais instrutivos deste Programa, mostrando-se a parte dele.

A organização dos SAD e a prestação da assistência domiciliar ambulatorial é explicitada nos instrutivos e manuais do Programa Melhor em Casa, porém não contempla a organização do processo de trabalho pertinente às internações domiciliares, que se mostra à parte do Programa.

Reconhecendo a complexidade que esse tipo de cuidado requer para lidar com casos simples e graves fora do ambiente hospitalar ou ambulatorial, este trabalho buscou conhecer o escopo do cuidado domiciliar no SUS, em âmbito nacional e regional. A extensão do território nacional, a diversidade sócioeconômica e da rede de serviços parece gerar desigualdade, também nesse tipo de cuidado, nos distintos recortes regionais e ao interior de microssistemas.

## **Experiências da AD no SUS**

Despontam na literatura publicações, artigos e demais trabalhos relacionados com as experiências na AD. Estes descrevem experiências em diferentes municípios e com atenção destinada aos públicos diversos, dentre eles, em sua maioria, pacientes oncológicos, idosos ou submetidos aos cuidados paliativos, assim como AD na atenção primária (PILATTI et al., 2017; SAVASSI, 2016; FALLER et al., 2016; MUNIZ et al., 2016).

O Distrito Federal mostrou nos resultados do trabalho desenvolvido produção relevante no âmbito da AD, já que, em 2007, contava com a organização do serviço de internação domiciliar, inclusive, com gerência para tal fim, a Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), ligada à Diretoria de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família (DIAPS), interligadas com as SES locais. A AD encontrava-se delineada como um dos pontos de atenção da RAS, abrigando em diversos pontos os chamados Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD). Contava com cinco equipes multiprofissionais e com uma cobertura populacional estimada em 36,4%. As doenças de maior prevalência foram as sequelas de AVE. Já monitoravam em tal época os indicadores de acompanhamento, monitoramento e avaliação dispostos na RDC nº 11/ANVISA, deliberada no ano anterior. As relações interdisciplinares da equipe atuante neste tipo de serviço no DF foram abordadas em outro artigo, em 2013 (FRANÇA, 2013).

Em 2012, no RS, duas localidades relataram suas experiências com a AD. Schlesener e Krug (2012) expuseram em um relato de experiência a implantação de um sistema de internação hospitalar na região do Vale do Rio Pardo. Uma dificuldade apontada foi o processo de adaptação da equipe de profissionais à realidade da família e do paciente, condição explorada por alguns autores ao abordar a relação família e equipe (FEUERWERKER e MERHY, 2008; KERBER, 2008).

Bohusch (2012) caracterizou em seu trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem os usuários de um programa de atendimento domiciliar de um centro de saúde de Porto Alegre, isto é, O Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA), vinculado a uma Unidade de AB, no Centro de Saúde do IAPI, que teve 42 de seus usuários entrevistados. Os resultados foram ao encontro dos achados do estudo. Assim, a faixa etária que mais recebeu atendimentos foi a de 80-89 anos, o diagnóstico mais frequente foi o acidente vascular cerebral e as quedas apareceram com uma das causas secundárias, assim como um dos principais motivos de reinternação. Os cuidadores familiares eram, em sua maioria, do sexo feminino, papel atribuído às filhas ou esposas, corroborando com os estudos de Faria (2016) e Gleen (2011).

O município de Montes Claros (MG) foi cenário do estudo de Paiva et al. (2015), que buscou a sensibilidade de internações hospitalares à AD. Os achados mais uma vez corroboraram com o fato do maior público ser constituído por idosos. O estudo concluiu que parte dos pacientes internados em uma unidade hospitalar estariam elegíveis para a AD, dando continuidade ao tratamento no domicílio, e permitindo assim, que leitos hospitalares pudessem ser liberados para serem ocupados por pacientes em estado agudo/crítico de saúde.

### *Considerações finais*

Pouco trabalhando na literatura nacional, conhecer a AD baseada na legislação e base de dados secundária sobre a produção dessa modalidade de cuidado no nível nacional foi um dos objetivos desse estudo. Os achados permitiram um diagnóstico inicial dos avanços e dos nós críticos à sua expansão. Contudo, limites no sistema de informação existem e até mesmo merecem recursos que permitam aprofundar o panorama aqui delineado. O acompanhamento e monitoramento da sua evolução e entraves no tocante à expansão, tanto em abrangência territorial, quanto em relação à inserção e consolidação como modalidade de atenção na RAS se faz necessário. Para tal, é essencial a ocorrência de melhorias nos próprios sistemas de informação, pois no momento se desconhece o volume de cuidado domiciliar que é prestado no âmbito do Programa de Saúde da Família, não registrado no SIA.

Muitos desafios concorrem para o desempenho do cuidado no domicílio, como a construção de plano de cuidados, o preparo dos profissionais em saúde para assumir a

atribuição de cuidar de forma integral, inserido no contexto de vida do usuário, o trabalho em equipe. Em se tratando do SUS, levando-se em consideração a desigualdade regional e abrangência territorial, esse quadro requer mais atenção, visto que ser mais precário e desafiador, exigindo a retaguarda da rede de serviços com prontidão para garantir acesso e continuidade no tempo oportuno. Nessa perspectiva, iniciativas de capacitação e treinamentos contínuos dos profissionais são necessárias, sobretudo quando se considera que em localidades cobertas por ESF esse tipo de cuidado compõe o rol de atividades, para os quais esses não foram treinados. Complementarmente, outro pilar nessa modalidade de cuidado é o cuidador, pois, além de sobrecarregado e não treinado, pode vir a adoecer e também tornar-se dependente. É comum também que se abstenha de outras atividades pessoais e profissionais, comprometendo seu bem-estar e a renda familiar.

Em suma, este trabalho almejou revelar como vem sendo consolidada a AD no SUS, sobretudo, buscando contribuir para o reconhecimento dos entraves que possam minimizar as desigualdades geográficas na oferta dessa modalidade. O perfil demográfico e epidemiológico coloca como missão o cuidar de múltiplas doenças crônicas em períodos contínuos. Assim, o quadro descrito mapeou uma AD circunscrita a algumas localidades, esse diagnóstico descreveu os recursos disponíveis para atender certas demandas de cuidado crescente no contexto brasileiro e mundial.

## REFERÊNCIAS

- AMARO, S. Sujeito visitado como autor do discurso. In: Visita domiciliar: teoria e prática. Campinas, 2016.
- BARBOSA, F.; MATOS, A.D. Informal support in Portugal by individuals aged 50+. Eur J Ageing. Portugal, 2014.
- BARBER, N. Should we consider non-compliance a medical error? Qual Saf Health Care, v. 11, n. 1, p. 81–84. Londres, 2002.
- BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, p. 903-912. Divinópolis, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília, DF, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília, DF, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Brasília, DF, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 3. Brasília, DF, 2015.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- \_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.029/GM/MS, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 370 SAS/MS, de 4 de julho de 2008. Amplia o rol de doenças neuromusculares a serem incluídas no Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.370 GM/MS, de 3 de julho de 2008. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.529/GM/MS, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002. Estabelece exigências para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.531 GM/MS, de 4 de setembro de 2001. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.416 GM/MS, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS).

BUI, A.L. ; FONAROW, G. C. Home monitoring for heart failure management. *J Am CollCardiol* ,v. 59, n. 2, p. 97–104. doi: 10.1016/j.jacc.2011.09.044. EUA, 2012.

CARVALHO, L. C. A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar. [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. Famílias cuidadoras de pessoas idosas: relação com instituições sociais e de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, n. 6, p. 624-629. Brasília, 2003.

DORAN, D.M. et al. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC reporting system. *J Nurs Manag*, v. 17, n. 2, p. 165–174. Canadá, 2009.

ELLENBECKER, C.H.; FRAZIER, S.C. ; VERNEY, S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs*, v. 25, n. 3, p. 164–170. EUA, 2004.

FARIA, L.; CALÁBRIA, L. K. L; AMARAL, S. Sentimento mútuo: as relações de cuidar e ser cuidado no domicílio. In: FARIA, L.; CALÁBRIA, L. K. Luciana; ALVES. W. A. *Envelhecimento, um olhar interdisciplinar*. São Paulo, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panamericana Salud Publica*, v. 24, n. 3, p.180-8. Rio de Janeiro, 2008.

GERSHON, R.R. et al. Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. *J Patient Saf*, v. 8, n. 2, p. 51–59. EUA, 2012.

GLENN, E. N. Forced to Care. Coercion and Caregiving in America. EUA, 2012. Disponível em: <<https://caringlabor.files.wordpress.com/2012/05/forced-to-care.pdf>>. Acesso em 08 de março de 2017.

- HIRSCHFELD, M. J.; OGUISSO, T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do Home Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, p. 452-9. 2002.
- IAMAMOTO, V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In: CFESS (org.). *Atribuições privativas do(a) assistente social em questão*, p. 13-50. Brasília, 2002.
- JOHNSON, K.G. Adverse events among winnipeg home care clients. *Healthc Q*, v. 9, p. 127–134. Toronto, 2005.
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.3. Rio de Janeiro, 2003.
- KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 485-493. Florianópolis, 2008.
- LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 2, p. 88-95. Paraná, 2006.
- LORINCZ, C.Y. et al. Research in ambulatory patient safety 2000–2010: a 10-year review. American Medical Association, Chicago, 2011.
- LOYOLA, C. M. D. Cuidado Continuado. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2008.
- MADIGAN, E.A. A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthc Nurse*, v. 25, n. 3, p. 191–197. Ohio, 2007.
- MENDES JUNIOR, W.V. *Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil*[dissertação]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.
- SAVASSI, L.C.M. et al. Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 3, p. 151-155. Ouro Preto, 2012.
- SILVA, I. P. *As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher-cuidadora* [dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1995.
- SILVA, L. K. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 166-176. São Paulo, 2010.
- SEARS, N. et al. The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 25, n. 1, p. 16–28. Canadá, 2013.
- SORENSEN, L. et al. Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health. *Age and Ageing*, v. 34, p. 626 – 632. Austrália, 2005.
- STAJDUHAR, K. I. Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. *J Palliat Care*, v.19, n.1, p. 27–35. Canadá, 2002.



VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Cuidado de Saúde mais Seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Proqualis. Rio de Janeiro, 2016.

**APÊNDICE A - Assistência domiciliar ambulatorial - volume de procedimentos por localidade. Brasil, 2012 a 2016**

Região	UF	Município	2012	2013	2014	2015	2016	Total	
			<b>167.965</b>	<b>622.596</b>	<b>1.318.271</b>	<b>1.706.196</b>	<b>193.584</b>	<b>4.008.612</b>	
<b>Ignorado ou exterior</b>			6.292	0	0	0	0	6.292	
<b>Norte</b>	RO	Ariquemes	0	7	765	1.434	0	2.206	
		Candeias do Jamari	0	0	0	0	24	24	
		Porto Velho	0	1.105	15.874	13.030	725	30.734	
		Vilhena	0	133	0	0	0	133	
	AC	Cruzeiro do Sul	0	0	8.603	15.704	5.278	29.585	
		Rio Branco	0	1.165	1.392	785	0	3.342	
	AM	Boca do Acre	0	0	42	0	0	42	
		Manaus	0	948	7.002	160	217	8.327	
		Tabatinga	0	0	92	0	0	92	
	PA	Ananindeua	0	0	1.510	2.069	0	3.579	
		Belém	0	0	1	23	0	24	
		Capanema	0	0	0	107	0	107	
		Castanhal	27	4.556	3.580	2.962	46	11.171	
		Conceição do Araguaia	0	733	2.074	686	0	3.493	
		Goianésia do Pará	0	0	0	218	0	218	
		Igarapé-Açu	0	0	1.791	3.150	232	5.173	
		Jacundá	0	0	534	4.204	666	5.404	
		Ourilândia do Norte	0	0	0	1.665	0	1.665	
		Parauapebas	0	0	1	0	0	1	
		Redenção	0	0	67	915	0	982	
		Santana do Araguaia	0	0	392	352	0	744	
		São Félix do Xingu	0	159	2.405	2.560	0	5.124	
		Tailândia	0	0	0	1.454	0	1.454	
		Tucumã	0	0	40	509	0	549	
		Tucuruí	0	0	595	2.155	1.002	3.752	
		Ulianópolis	0	0	859	2.660	0	3.519	
	Xinguara	0	0	832	2.184	0	3.016		
	AP	Macapá	519	989	278	929	0	2.715	
	TO	Araguaína	371	1.067	3.944	8.418	0	13.800	
		Porto Nacional	0	0	5.080	9.875	0	14.955	
	<b>Nordeste</b>	MA	Açailândia	0	0	1	0	0	1
			Alto Alegre do Pindaré	0	1	0	0	0	1
			Amarante do Maranhão	0	0	2.008	3.299	2.285	7.592
Buriticupu			0	0	684	1.469	151	2.304	

	Codó	0	0	0	1.049	1.062	2.111
	Coroatá	0	0	56	226	83	365
	Dom Pedro	0	0	552	1.096	0	1.648
	Governador Newton Bello	0	0	0	25	30	55
	Grajaú	0	0	347	364	0	711
	Imperatriz	242	4.480	3.832	5.355	0	13.909
	Paço do Lumiar	0	2.723	3.241	867	0	6.831
	Porto Franco	0	0	2.415	4.239	0	6.654
	Presidente Dutra	0	0	5	0	0	5
	São José de Ribamar	0	1.551	3.049	4.720	267	9.587
	São Luís	0	0	279	4.201	0	4.480
	São Mateus do Maranhão	0	0	1.006	3.508	2.271	6.785
	Timbiras	0	0	0	5	0	5
	Timon	0	0	2	0	0	2
PI	Agricolândia	0	0	1	0	0	1
	Água Branca	0	0	1	0	0	1
	Angical do Piauí	0	0	6	0	0	6
	Antônio Almeida	0	0	1	0	0	1
	Barras	0	0	88	828	26	942
	Batalha	0	0	1	0	0	1
	Bela Vista do Piauí	0	0	5	0	0	5
	Bom Jesus	0	0	0	338	38	376
	Bonfim do Piauí	0	0	1	0	0	1
	Buriti dos Montes	0	0	4	0	0	4
	Cajueiro da Praia	0	0	0	0	8	8
	Canto do Buriti	0	0	156	292	0	448
	Caracol	0	0	2	0	0	2
	Colônia do Piauí	0	0	1	0	0	1
	Curimatá	0	0	1	0	0	1
	Demerval Lobão	0	0	3	0	0	3
	Domingos Mourão	0	0	0	1	0	1
	Esperantina	0	0	3	0	0	3
	Floriano	0	0	2	0	0	2
	Jaicós	0	0	1	0	0	1
	Joaquim Pires	0	0	1	0	0	1
	José de Freitas	0	0	226	2.244	0	2.470
	Luís Correia	0	0	345	552	153	1.050
	Miguel Alves	0	0	1	0	0	1
	Novo Oriente do Piauí	0	0	1	0	0	1
	Oeiras	0	0	14	0	0	14
	Pedro II	0	0	35	1.501	427	1.963
	Picos	0	0	14	0	0	14
	Piripiri	0	57	1.076	1.164	0	2.297
	Regeneração	0	0	2	0	0	2

	Santo Inácio do Piauí	0	0	1	0	0	1
	São João do Piauí	0	0	4.023	3.519	1.050	8.592
	São Pedro do Piauí	0	0	0	7	0	7
	São Raimundo Nonato	0	28	643	1.027	102	1.800
	Simplício Mendes	0	0	12	0	0	12
	Teresina	0	0	103	5.420	395	5.918
CE	Cascavel	0	2.933	8.601	0	1.968	13.502
	Cedro	0	11	92	0	0	103
	Crato	0	1277	3.439	0	74	4.790
	Eusébio	0	0	906	2	227	1.135
	Fortaleza	0	0	0	0	4	4
	Guaiúba	0	0	0	0	411	411
	Horizonte	0	0	4.240	0	0	4.240
	Ipu	0	0	306	0	414	720
	Itaitinga	0	0	33	9	1.413	1.455
	Itapagé	0	0	120	0	0	120
	Juazeiro do Norte	0	0	5.253	5	520	5.778
	Maracanaú	0	25	574	0	0	599
	Maranguape	1.334	4.289	3.188	68	1.141	10.020
	Mauriti	0	0	781	10	598	1.389
	Missão Velha	0	0	2	0	0	2
	Pacatuba	0	0	25	0	0	25
	Paracuru	0	0	246	0	726	972
	Pentecoste	0	0	0	0	6.286	6.286
	Quixeramobim	0	0	956	0	0	956
	Redenção	0	0	69	0	187	256
	São Gonçalo do Amarante	0	669	1.923	77	0	2.669
	Sobral	0	2.018	4.375	0	0	6.393
	Viçosa do Ceará	0	0	13	0	1.482	1.495
RN	Açu	0	0	6.066	3.652	0	9.718
	Carnaubais	0	0	203	0	0	203
	Extremoz	0	0	0	4	1	5
	Macaíba	0	0	0	8	0	8
	Natal	0	6	718	2.152	1.738	4.614
	Parelhas	0	0	0	1.860	99	1.959
	Parnamirim	0	24	1.622	506	0	2.152
	Passa e Fica	1	0	0	0	0	1
	São José de Mipibu	0	0	4.606	16.243	11.144	31.993
PB	Conceição	0	0	2.442	3.684	0	6.126
	Conde	0	0	0	966	0	966
	Cuité	0	0	765	1.653	0	2.418
	Guarabira	0	0	1.367	3.439	835	5.641
	Itaporanga	0	0	0	2.462	0	2.462
	João Pessoa	999	9.922	9.303	6.152	0	26.376

	Monteiro	0	0	0	70	0	70
	Pombal	0	0	1.931	5.020	0	6.951
	Queimadas	640	2.103	11.011	9.137	0	22.891
PE	Abreu e Lima	0	1.821	807	1.934	0	4.562
	Águas Belas	0	0	511	8.830	405	9.746
	Cabo de Santo Agostinho	539	836	963	1.911	0	4.249
	Caruaru	3.655	6.732	10.963	4.935	0	26.285
	Custódia	0	0	0	9	0	9
	Goiana	0	0	414	1.167	343	1.924
	Ilha de Itamaracá	0	0	1.052	5.761	0	6.813
	Jaboatão dos Guararapes	0	8	1.586	13.530	1.347	16.471
	João Alfredo	0	4	0	0	0	4
	Lajedo	0	0	0	973	694	1.667
	Olinda	0	0	0	21	0	21
	Petrolina	914	3.049	13.137	13.380	0	30.480
	Recife	9.441	18.680	47.084	63.233	9	138.447
	São Benedito do Sul	0	6	20	0	0	26
	São Bento do Una	0	0	253	189	0	442
	São Caitano	0	0	0	7.250	5.306	12.556
	São Joaquim do Monte	0	0	1.969	5.582	1.960	9.511
	Vitória de Santo Antão	218	1.601	740	1.417	0	3.976
AL	Arapiraca	0	367	2.883	4.414	755	8.419
	Atalaia	0	0	1.372	2.339	57	3.768
	Campo Alegre	0	0	3.630	8.018	0	11.648
	Girau do Ponciano	0	0	9	635	1.339	1.983
	Junqueiro	0	0	0	3.927	0	3.927
	Maceió	781	3.872	17.011	12.709	1.518	35.891
	Marechal Deodoro	0	1.328	2.644	1.298	0	52.70
	Palmeira dos Índios	1.814	5.632	5.113	6.279	555	19.393
	Rio Largo	0	3	8	0	0	11
	Santana do Ipanema	0	0	4.040	3.703	0	7.743
	São Miguel dos Campos	0	0	1.301	807	134	2.242
	Teotônio Vilela	0	0	1.080	5.867	0	6.947
	União dos Palmares	0	0	680	3.404	0	4.084
	Viçosa	0	0	186	1.206	0	1.392
SE	Canindé de São Francisco	0	0	70	351	0	421
BA	Alagoinhas	328	5	0	0	0	333
	Anagé	0	0	0	2.611	0	2.611
	Barreiras	1.035	3.045	2.969	3.246	0	10.295
	Bom Jesus da Lapa	0	33	1.379	1.036	24	2.472
	Caetitê	0	2.992	1.789	2.401	1.000	8.182
	Camaçari	0	7.352	8.529	7.745	4.405	28.031

		Campo Alegre de Lourdes	0	0	458	220	49	727
		Capim Grosso	0	0	36	1.067	0	1.103
		Dom Basílio	0	0	5	20	11	36
		Eunápolis	515	2.441	1.957	1.426	116	6.455
		Feira de Santana	0	478	3.852	4.181	253	8.764
		Guanambi	0	5.679	14.776	14.060	5.472	39.987
		Ibotirama	0	0	0	45	0	45
		Ilhéus	483	1.996	8.038	9.591	3.463	23.571
		Itabela	0	0	1.126	3.411	641	5.178
		Itagi	0	0	2	0	0	2
		Itamaraju	0	0	0	516	110	626
		Itiúba	0	16	3.498	3.390	0	6.904
		Jaguarari	0	0	0	56	8	64
		Jequié	0	2.012	5.482	6.558	1.597	15.649
		Jeremoabo	0	0	585	850	0	1.435
		Juazeiro	1.130	1.889	3.488	1.625	1.155	9.287
		Lauro de Freitas	0	1.483	2.986	1.736	485	6.690
		Luís Eduardo Magalhães	0	12	0	0	0	12
		Mairi	0	0	0	3.651	0	3.651
		Mata de São João	0	0	0	126	0	126
		Miguel Calmon	0	0	362	684	0	1.046
		Nova Viçosa	0	0	0	241	27	268
		Palmas de Monte Alto	0	0	0	0	27	27
		Poções	0	11	3.465	4.029	0	7.505
		Porto Seguro	0	184	4.152	4.222	380	8.938
		Riacho de Santana	0	0	750	1.589	331	2.670
		Rio de Contas	0	0	49	307	12	368
		Salvador	97	17.495	51.511	33.555	14.769	117.427
		Santa Rita de Cássia	0	0	35	145	75	255
		Santo Amaro	0	0	75	0	0	75
		Sento Sé	0	0	0	40	0	40
		Serrinha	0	0	0	131	0	131
		Simões Filho	0	0	547	568	319	1.434
		Tanhaçu	0	9	29	0	0	38
		Teixeira de Freitas	0	0	3.536	7.707	0	11.243
		Teofilândia	0	173	183	0	0	356
		Terra Nova	0	14	0	0	0	14
		Una	0	0	0	674	164	838
		Valença	0	0	14	0	0	14
		Vitória da Conquista	0	2.370	17.977	20.297	10.212	50.856
<b>Sudeste</b>	<b>MG</b>	Araguari	0	0	8	9	0	17
		Araporã	0	0	0	3	0	3
		Ataléia	0	0	1	0	0	1
		Barão de Cocais	0	1	1	0	0	2

Barbacena	0	1.639	5.207	7.756	1.954	16.556
Bela Vista de Minas	0	0	1	0	0	1
Belo Horizonte	1.440	8.835	8.678	19.243	0	38.196
Belo Vale	0	1	1	0	0	2
Betim	3.559	11.619	12.044	8.314	0	35.536
Bom Despacho	0	0	2	0	0	2
Bom Jesus do Galho	0	1	0	0	0	1
Brumadinho	0	0	1	0	0	1
Buritzeiro	0	0	1	0	0	1
Caetanópolis	0	0	1	0	0	1
Caeté	0	1	0	1	0	2
Campanha	0	0	112	0	0	112
Canápolis	0	0	0	2	0	2
Capim Branco	0	1	0	0	0	1
Caratinga	0	0	8.721	9.144	0	17.865
Catas Altas	0	1	0	0	0	1
Confins	0	0	1	0	0	1
Contagem	1.444	2.494	4.267	9.533	0	17.738
Divinópolis	0	3	0	1	0	4
Elói Mendes	13	0	0	0	0	13
Esmeraldas	1	8	3	2	0	14
Ferros	0	0	1	0	0	1
Formiga	0	0	1	0	0	1
Francisco Sá	0	0	1.962	3.855	0	5.817
Governador Valadares	0	0	1	0	0	1
Ibiá	0	0	0	3	0	3
Ibirité	1	2.072	4.415	3.367	1.729	11.584
Ipiaçu	0	0	8	0	0	8
Itabira	0	2	0	0	0	2
Itabirito	1	2	0	1	0	4
Itaguara	1	0	0	0	0	1
Itanhomi	0	0	0	1	0	1
Itaobim	0	0	121	34	0	155
Itaúna	0	0	33	0	0	33
Ituiutaba	0	35	16	19	0	70
Jaboticatubas	0	1	0	0	0	1
Jaíba	0	0	951	3.546	1.274	5.771
Juiz de Fora	0	49	2.901	908	0	3.858
Lagoa da Prata	0	0	1	0	0	1
Lagoa Santa	0	5	852	1.677	16	2.550
Leopoldina	0	0	1	0	0	1
Maravilhas	0	0	0	5	0	5
Mariana	0	1	0	0	0	1
Mateus Leme	0	0	1	0	0	1
Matozinhos	0	1	2	0	0	3

	Medina	0	0	0	6	0	6
	Moeda	0	2	0	0	0	2
	Monte Carmelo	0	147	773	1.142	0	2.062
	Montes Claros	0	2	4.051	6.134	506	10.693
	Nanuque	0	0	1	0	0	1
	Nova Lima	0	2	445	531	0	978
	Ouro Branco	0	2	0	0	0	2
	Ouro Fino	0	0	36	39	0	75
	Pará de Minas	0	0	1.829	3.625	0	5.454
	Pedro Leopoldo	0	2	0	1	0	3
	Piedade dos Gerais	0	1	0	0	0	1
	Pitangui	0	1	0	0	0	1
	Poços de Caldas	0	0	498	898	0	1.396
	Ribeirão das Neves	6	31	29	28	0	94
	Rio Casca	0	0	0	1	0	1
	Sabará	3	13	8	7	0	31
	Santa Luzia	2	17	9	20	0	48
	São Domingos do Prata	0	1	0	1	0	2
	São Gonçalo do Sapucaí	0	1	0	0	0	1
	São Gotardo	0	1	0	0	0	1
	São Joaquim de Bicas	0	0	1	0	0	1
	São José da Lapa	0	0	3	1	0	4
	São Lourenço	0	0	3.254	6.654	0	9.908
	São Pedro dos Ferros	0	1	0	0	0	1
	São Tiago	0	1	0	0	0	1
	Sarzedo	0	1	0	1.228	1.350	2.579
	Taiobeiras	0	0	1.400	6.092	0	7.492
	Tocantins	0	1	0	0	0	1
	Três Marias	0	0	0	1	0	1
	Uberaba	764	4.115	2.005	205	0	7.089
	Uberlândia	0	11.411	13.115	21.798	604	46.928
	Varginha	2.014	2.700	7.949	7.052	0	19.715
	Vespasiano	530	1.163	2.827	1.875	254	6.649
ES	Cachoeiro de Itapemirim	0	3	0	0	0	3
RJ	Angra dos Reis	0	0	1.999	1.688	0	3.687
	Barra do Piraí	13	0	33	19	0	65
	Barra Mansa	1.120	1.974	3.982	2.595	135	9.806
	Belford Roxo	7	198	418	255	0	878
	Campos dos Goytacazes	1.548	9.050	7.911	4.305	0	22.814
	Cantagalo	0	0	0	57	0	57
	Duque de Caxias	0	1.503	4.110	3.122	71	8.806
	Itaboraí	0	0	2	10	0	12



	Itaguaí	0	2.750	5.150	5.761	1.841	15.502
	Itatiaia	0	0	6.437	6.114	0	12.551
	Japeri	0	0	928	2.622	354	3.904
	Macaé	0	73	0	389	0	462
	Mesquita	0	0	278	425	0	703
	Nilópolis	55	131	415	763	0	1.364
	Niterói	0	60	49	27	0	136
	Nova Friburgo	0	0	1.693	2.347	0	4.040
	Nova Iguaçu	0	41	1.164	1.735	0	2.940
	Petrópolis	0	0	0	11	0	11
	Pinheiral	0	0	0	6	0	6
	Piraí	0	46	4.265	4.768	0	9.079
	Queimados	0	0	14	787	0	801
	Resende	0	0	73	1.270	0	1.343
	Rio Bonito	0	1.217	462	412	0	2.091
	Rio de Janeiro	17.880	38.092	66.426	61.957	11.148	195.503
	São Gonçalo	0	3.419	5.026	6.712	0	15.157
	São João de Meriti	15	430	1.924	6.956	825	10.150
	Seropédica	0	969	2.746	4.382	301	8.398
	Silva Jardim	0	99	1.393	3.116	2.139	6.747
	Três Rios	0	165	4.564	11.287	0	16.016
	Volta Redonda	973	3.052	4.213	3.006	0	11.244
SP	Altinópolis	0	0	208	680	96	984
	Americana	638	5.750	7.346	6.704	0	20.438
	Américo Brasiliense	0	0	7.285	3.072	1.644	12.001
	Araçatuba	0	0	0	2	0	2
	Araraquara	881	2.523	4.749	3.157	1.586	12.896
	Araras	0	0	2.271	7.229	0	9.500
	Arujá	0	607	2.308	1.377	0	4.292
	Atibaia	321	159	539	80	0	1.099
	Barretos	0	0	1.834	4.931	1.789	8.554
	Barrinha	0	0	337	2.058	0	2.395
	Barueri	0	0	0	5	0	5
	Batatais	0	0	124	6.255	473	6.852
	Bauru	0	0	128	616	0	744
	Biritiba-Mirim	0	0	737	2.254	846	3.837
	Bragança Paulista	1.315	2.623	3.231	3.978	0	11.147
	Campinas	8.007	20.502	21.477	35.260	0	85.246
	Carapicuíba	466	771	1.272	450	0	2.959
	Cosmópolis	0	0	731	488	0	1.219
	Cotia	6	6	0	0	0	12
	Cruzeiro	0	1	157	255	0	413
	Diadema	0	91	87	0	0	178
	Embu das Artes	5.820	11.870	15.352	7.346	247	40.635
	Embu-Guaçu	0	2.371	2.755	1.779	0	6.905
	Ferraz de	0	0	376	3.231	1.216	4.823

Vasconcelos						
Garça	0	712	3.388	3.777	0	7.877
Guarujá	7.432	12.821	20.235	17.288	0	57.776
Guarulhos	0	0	4.075	7.962	1.299	13.336
Holambra	0	0	0	58	1	59
Hortolândia	0	0	2.722	5.275	0	7.997
Indaiatuba	0	0	2.175	7.555	3.820	13.550
Ipeúna	0	2	0	0	0	2
Itanhaém	3	834	2.868	2.999	0	6.704
Itapeçerica da Serra	106	219	4.461	7.523	2.774	15.083
Itapeva	0	0	521	1.030	134	1.685
Itapevi	0	0	409	475	0	884
Itaquaquecetuba	504	742	1.072	1.446	10	3.774
Itu	0	0	513	4.183	877	5.573
Itupeva	0	1.106	4.741	3.865	1.284	10.996
Jacareí	0	1	821	1.454	27	2.303
Jaguariúna	0	2.435	3.798	3.542	126	9.901
Jardinópolis	0	0	2.713	7.008	0	9.721
Laranjal Paulista	0	0	0	63	0	63
Limeira	0	0	212	1.111	0	1.323
Lins	0	5.671	3.146	3.307	548	12.672
Mauá	0	749	9.475	8.022	0	18.246
Miracatu	0	0	0	5.828	0	5.828
Mococa	0	6.608	5.082	10.380	538	22.608
Mogi das Cruzes	0	0	1.330	2.467	948	4.745
Moji Mirim	0	0	3.461	3.785	543	7.789
Monte Mor	0	0	7	1	0	8
Orlândia	0	0	6.318	9.647	0	15.965
Osasco	0	2.139	7.112	2.372	0	11.623
Ourinhos	326	8.315	11.565	12.974	0	33.180
Patrocínio Paulista	0	0	42	46	0	88
Pindamonhangaba	0	0	0	1.702	601	2.303
Pitangueiras	0	0	626	1.950	151	2.727
Pontal	0	0	4.596	8.286	0	12.882
Porto Feliz	0	874	2.169	1.828	21	4.892
Pradópolis	0	2	0	97	0	99
Praia Grande	0	0	1.208	2.612	1.491	5.311
Presidente Prudente	0	0	0	27	0	27
Ribeirão Pires	0	0	2	16	0	18
Ribeirão Preto	967	2.454	5.064	7.246	0	15.731
Rio Claro	0	5.071	11.347	7.397	1.688	25.503
Rio Grande da Serra	0	0	4	0	0	4
Salto	0	2.352	4.576	6.627	1.671	15.226
Santa Bárbara d'Oeste	329	4.668	4.388	2.830	0	12.215
Santa Cruz do Rio Pardo	0	2.155	6.065	3.933	0	12.153

		Santa Gertrudes	0	2	0	0	0	2
		Santana de Parnaíba	0	0	0	3	0	3
		Santo André	24	0	12.934	21.231	0	34.189
		Santo Antônio da Alegria	0	0	0	6	0	6
		Santos	9.436	9.690	10.160	8.349	214	37.849
		São Bernardo do Campo	7.240	25.232	31.788	54.210	0	118.470
		São Caetano do Sul	5.317	18.948	23.255	23.600	1.109	72.229
		São Carlos	0	1.515	910	409	0	2.834
		São João da Boa Vista	0	0	0	77	0	77
		São José do Rio Pardo	507	9.300	7.558	13.055	0	30.420
		São José do Rio Preto	4.661	15.252	34.508	66.569	0	120.990
		São Paulo	9	44.954	82.374	103.967	2.110	233.414
		São Vicente	0	809	33.472	31.236	0	65.517
		Sertãozinho	0	0	375	1.034	0	1.409
		Sorocaba	0	0	9.046	24.331	0	33.377
		Sumaré	0	0	3.406	9.955	0	13.361
		Suzano	0	622	2.420	3.124	976	7.142
		Taboão da Serra	0	2.965	1.755	2.436	0	7.156
		Taquaritinga	0	89	3.114	3.402	1.485	8.090
		Valinhos	0	1.165	997	827	72	3.061
		Várzea Paulista	0	0	0	21	0	21
		Vinhedo	3.960	12.995	11.218	15.288	0	43.461
		Votorantim	0	190	1.475	2.299	2.069	6.033
		Votuporanga	0	2.000	2.075	3.043	1.572	8.690
<b>Sul</b>	<b>PR</b>	Apucarana	16	0	0	0	0	16
		Assis Chateaubriand	0	0	0	0	11	11
		Cafezal do Sul	0	0	44	0	0	44
		Cambé	857	3.656	876	2.690	0	8.079
		Cascavel	2.555	3.708	3.400	3.647	0	13.310
		Curitiba	16.134	45.256	54.950	53.841	0	170.181
		Guarapuava	0	0	602	1.429	0	2.031
		Itaipulândia	0	0	0	9	0	9
		Jardim Alegre	0	15	4	0	0	19
		Londrina	12.938	12.180	16.991	18.863	0	60.972
		Maringá	0	6	0	0	0	6
		Nova Santa Rosa	0	0	0	51	0	51
		Palotina	0	0	4.851	5.504	2.154	12.509
		Paranavaí	0	0	379	1.523	0	1.902
		Piraquara	7	46	58	0	0	111
		Ponta Grossa	0	0	38	94	0	132
		Querência do Norte	0	0	0	14	0	14
		Santa Terezinha de Itaipu	0	0	17	798	118	933

		São José dos Pinhais	0	0	24	0	0	24
		Terra Rica	0	0	1	0	0	1
SC		Araquari	0	0	0	39	0	39
		Araranguá	11	18	43	1.763	0	1.835
		Biguaçu	0	0	1.080	2.198	0	3.278
		Blumenau	1.464	4.967	15.676	13.351	0	35.458
		Capivari de Baixo	0	0	720	2.251	0	2.971
		Chapecó	0	0	2.143	6.570	1.623	10.336
		Descanso	0	0	6	4	0	10
		Florianópolis	0	0	123	83	0	206
		Gaspar	0	0	2.019	1.274	0	3.293
		Jaraguá do Sul	0	0	2.901	9.548	568	13.017
		Maravilha	0	36	56	1.643	389	2.124
		Ponte Alta	2	0	0	0	0	2
		São Miguel do Oeste	0	0	1	0	0	1
RS		Alvorada	0	0	0	3	0	3
		Augusto Pestana	0	0	2	3	0	5
		Bento Gonçalves	0	0	1.161	1.665	237	3.063
		Cachoeirinha	0	0	1	2	0	3
		Candiota	0	0	0	671	0	671
		Canguçu	0	0	0	4	0	4
		Canoas	22	21	0	28	0	71
		Capão da Canoa	0	0	3	1.154	43	1.200
		Capão do Leão	0	57	50	39	0	146
		Caxias do Sul	1	9.028	11.741	7.549	0	28.319
		Charqueadas	0	0	7	2.683	0	26.90
		Cidreira	0	0	0	4	0	4
		Herval	0	6	8	0	0	14
		Ijuí	0	0	0	3	0	3
		Montenegro	0	0	0	2.534	15	2.549
		Novo Hamburgo	0	0	5.239	7.287	551	13.077
		Parobé	0	0	0	684	52	736
		Pedro Osório	0	6	25	0	0	31
		Pelotas	5.968	6.696	9.376	8.042	0	30.082
		Pinheiro Machado	0	0	0	1.701	0	1.701
		Porto Alegre	0	0	758	18.012	0	18770
		Santa Rosa	0	0	0	1.658	2.903	4.561
		Santo Cristo	0	0	0	3	0	3
		Sapucaia do Sul	1.557	1.219	1.442	1.370	70	5.658
	Tramandaí	0	0	0	851	8	859	
	Venâncio Aires	0	0	204	279	0	483	
	Viamão	0	0	0	6	0	6	
Centro-oeste	MS	Aquidauana	0	0	7	2	0	9
		Bonito	19	0	0	0	0	19
		Campo Grande	1.812	7.032	7.203	8.850	356	25.253
		Corguinho	0	0	44	0	0	44

	Corumbá	0	0	0	1.838	112	1.950
	Coxim	0	0	1.752	1.666	0	3.418
	Nova Alvorada do Sul	0	0	0	18	0	18
	São Gabriel do Oeste	0	0	3.956	4.405	0	8.361
	Sidrolândia	0	37	0	0	0	37
	Terenos	0	0	0	3	0	3
	Três Lagoas	0	0	0	6	0	6
MT	Querência	0	20	0	0	0	20
GO	Águas Lindas de Goiás	0	62	5.422	5.681	995	12.160
	Aparecida de Goiânia	328	1.269	436	732	0	2.765
	Caldas Novas	0	0	44	1.248	0	1.292
	Corumbáiba	0	0	0	0	17	17
	Cristalina	0	0	267	555	298	1.120
	Damolândia	0	0	29	0	45	74
	Formosa	0	837	2.345	821	830	4.833
	Goianésia	0	0	0	518	737	1.255
	Goiânia	1.691	7.323	13.918	20.534	2.277	45.743
	Goiás	0	0	0	154	9	163
	Goiatuba	0	0	0	38	0	38
	Inhumas	0	0	1.074	2.483	248	3.805
	Itumbiara	0	0	0	19	0	19
	Luziânia	0	0	10	454	42	506
	Mineiros	0	0	1.950	3.779	0	5.729
	Nerópolis	0	0	26	435	45	506
	Novo Gama	0	0	0	39	0	39
	Padre Bernardo	0	0	3.665	7.824	1.858	13.347
	Piracanjuba	0	0	11	1.904	175	2.090
	Pires do Rio	0	0	0	0	5	5
	Planaltina	139	875	1.824	6.142	1.429	10.409
	Posse	0	0	0	0	23	23
	Quirinópolis	0	0	187	6.363	3.320	9.870
	Rubiataba	0	0	2.034	8.525	1.639	12.198
	Santo Antônio do Descoberto	0	0	0	19	0	19
	Senador Canedo	0	0	380	473	239	1.092
	Trindade	0	60	0	0	0	60
	Valparaíso de Goiás	0	0	108	921	114	1.143
DF	Brasília	1.404	18.961	11.537	3.446	4.139	39.487

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) – Serviço de Atenção Domiciliar.

Procedimentos: 0101030010 visita domiciliar por profissional de nível médio; 0101030029 visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior; 0201020033 coleta de material p/ exame **citopatológico** de colo uterino; 0201020041 coleta de material p/ exame laboratorial; 0211020036 eletrocardiograma; 0214010015 glicemia capilar; 0301010137 consulta/atendimento domiciliar; 0301010153 primeira consulta **odontológica** programática; 0301010161 consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada; 0301050023 assistência domiciliar por equipe multiprofissional; 0301050031 assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada; 0301050040 **assistência**

domiciliar **terapêutica** multiprofissional em hiv/aids (adtm); 0301050058 **assistência** domiciliar por profissional de **nível médio**; 0301050082 antibioticoterapia parenteral; 0301050090 atendimento **médico** com finalidade de atestar **óbito**; 0301050104 visita domiciliar **pós**-obito; 0301050112 administração de imunoderivados (oral e/ou parenteral); 0301050120 terapia de reidratação parenteral; 0301050147 visita domiciliar por profissional de **nível superior**; 0301050155 acompanhamento de paciente em terapia nutricional; 0301070024 acompanhamento de paciente em **reabilitação** em **comunicação** alternativa; 0301070067 atendimento / acompanhamento em reabilitação nas **múltiplas** deficiências; 0301070113 terapia **fonaaudiológica** individual; 0301100012 **administração** de medicamentos na **atenção** especializada; 0301100047 cateterismo vesical de alívio; 0301100055 cateterismo vesical de demora; 0301100063 cuidados com estomas; 0301100071 cuidados c/ traqueostomia; 0301100098 **enema**; 0301100144 oxigenoterapia; 0301100152 retirada de pontos de cirurgias **básicas** (por paciente); 0301100179 sondagem **gástrica**; 0301100187 terapia de **reidratação** oral; 0301140014 atendimento de paciente em cuidados paliativos; 0302020012 atendimento fisioterapêutico de paciente com cuidados paliativos; 0302020020 atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico; 0302040021 atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas; 0302040030 atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular; 0302050027 atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras; 0302060014 atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neutro-cinético-funcionais sem complicações; 0302060022 atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neutro-cinético-funcionais com complicações; 0303030038 tratamento de diabetes mellitus; 0303060263 tratamento de **pé diabético** complicado; 0303070030 **remoção** manual de fecal Omã; 0303070030 **remoção** manual de fecaloma; 0305020013 tratamento da pielonefrite; 0305020056 tratamento de **insuficiência** renal **crônica**; 0307010031 restauração de dente permanente anterior; 0307010040 restauração de dente permanente posterior; 0307020010 acesso a polpa dentaria e **medicação** (por dente); 0307030016 raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); 0307040062 **manutenção periódica** de **prótese** buco-maxilo-facial; 0307040070 moldagem dento-gengival p/ **construção** de **prótese dentária**; 0307040143 adaptação de prótese dentária; 0307040151 ajuste oclusal; 0307040160 instalação de prótese dentária; 0308010019 tratamento de traumatismos de **localização** especificada / **não** especificada; 0308010043 tratamento de traumatismos envolvendo **múltiplas regiões** do corpo; 0309010047 nutrição enteral em adulto; 0309010063 nutrição enteral em pediatria; 0309010071 **nutrição** parenteral em adulto; 0309010101 passagem de sonda naso **entérica** (inclui material); 0309050030 sessão de eletroestimulação; 0401010015 curativo grau ii c/ ou s/ debridamento; 0401010023 curativo grau i c/ ou s/ debridamento; 0401010031 drenagem de abscesso; 0415040035 debridamento de **úlceras** / de tecidos desvitalizados; 0415040043 debridamento de **úlceras** / necrose.