



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**TECENDO UMA ANÁLISE SOBRE A ATENÇÃO
DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

João Pessoa-PB

2017

BRUNA MARIA LIMEIRA RODRIGUES ORTIZ

**TECENDO UMA ANÁLISE SOBRE A ATENÇÃO
DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Prof. Dr. João Agnaldo Nascimento

João Pessoa-PB

2017

Catálogo na Publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O77t

Ortiz, Bruna Maria Limeira Rodrigues.

Tecendo uma análise sobre a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde / Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz. - João Pessoa, 2017.

170 f. : il.

Orientadora: Dr^a. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

Coorientador: Dr. João Agnaldo Nascimento.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN/PPGMDS

1. Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasil.
3. Políticas públicas - Saúde. I. Título.

UFPB/BC

CDU - 614(043)

BRUNA MARIA LIMEIRA RODRIGUES ORTIZ

**TECENDO UMA ANÁLISE SOBRE A ATENÇÃO
DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

João Pessoa, 31 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora - UFPB

Prof. Dr. João Agnaldo Nascimento
Orientador - UFPB

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coelho
Examinador Interno - UFPB

Prof. Dr. Sergio Ribeiro dos Santos
Examinador Interno - UFPB

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Examinador Externo – CPQAM/FIOCRUZ

À Deus, princípio e fim de todas as coisas.

Aos meus queridos pais, Ivo e Dalva, os grandes responsáveis pela minha formação, meus melhores amigos, por todo o amor e carinho recebido, minha profunda gratidão.

Aos meus irmãos, Guilherme e Giovanna, obrigado pela presença constante na minha vida e pelo amor que sempre nos uniu.

Ao meu amado marido Gianluca, por todo amor, companheirismo, dedicação e compreensão. Tenho certeza que estamos unidos pelos laços da alma já que nenhuma distância pode nos manter longe.

Aos meus amigos da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar pelo apoio e incentivo para tornar este trabalho possível.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos à minha orientadora professora. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro que soube compreender e apoiar meu trabalho sem acorrentar minhas ideias e me presenteou com sua compreensão diante os desafios do percurso e da vida.

Ao meu orientador professor Dr. João Agnaldo Nascimento pelo acolhimento, paciência, estímulo e dedicação à estrutura deste trabalho, sem o qual não poderia ter sido possível sua conclusão.

Aos professores do MDS pelos ensinamentos e convívio ao longo destes dois anos. Os senhores sempre serão dignos do meu respeito e admiração.

Aos meus colegas do MDS: Celso, Ângela, Israel, Ianne, Lídia Dayse, Cecília, Hêmmilly, Jessica Braga, Thiago e Saul pela parceria, força e estímulo nas madrugadas e finais de semana de estudo.

A Josilda Valença, Fabiana Souza, Barbara Andrade e Carlos Sena pelo apoio, força e estímulo cotidiano.

Aos dirigentes do Ministério da Saúde por possibilitar minha mudança de estado e pelo apoio às atividades acadêmicas durante um período tão conturbado.

Aos colegas de trabalho do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS e em especial ao querido Aristides de Oliveira Neto e Mariana Borges, pela amizade, oportunidade e confiança e aos amigos de trabalho Kátia Motta, Alyne Melo, Diego Meloni, Olívia Ugarte, Luciana Guimarães e Débora Verdi pelas maravilhosas vivências e grandes aprendizados.

Aos trabalhadores que vivenciam diariamente o cuidado em atenção domiciliar no SUS e aos pacientes que são o motivo principal dessa pesquisa. Em especial, agradeço a minha prima Fernanda Sante Limeira (*in memoriam*) que com muito carinho, dedicação e competência soube extrapolar os muros do hospital e transformou o trabalho concreto, discreto e cheio de frieza com moradores de rua do centro de São Paulo em algo excepcional, reformulando o conceito de casa e família no seu cotidiano e nos trazendo grandes ensinamentos.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Desde seu nascimento, em 1988, o Sistema Único de Saúde tem passado por constantes e complexas transformações, e embora muitas vezes contraditórias, visam realizar a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e com integralidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, a atenção domiciliar tem sido cada vez mais ligada à possibilidade de responder as mudanças demográficas e epidemiológicas que tanto pressionam o sistema de saúde, relacionando-se à racionalização da utilização dos leitos hospitalares, redução dos custos da assistência para os sistemas de saúde e por uma lógica de cuidado embasada na humanização. O objetivo deste trabalho foi analisar a entrada do tema na agenda do governo e a implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar nos municípios brasileiros entre anos de 2011 e 2015. O método utilizado foi baseado na análise de documentos e dados oficiais, entrevistas com dirigentes federais e representante de sociedade que se relacionaram à formulação e implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), além de análise de dados secundários, obtidos através de sistemas de informação nacionais. Os SAD, representados pelo programa de governo conhecido como Programa Melhor em Casa, passaram a ter prioridade na agenda federal a partir de 2011, articulando uma ampla agenda de mobilização e rápida ascensão. A habilitação e implantação dos serviços variou entre as regiões e os estados, havendo neste cenário um menor impacto em municípios de pequeno porte e em estados como Sergipe, Mato Grosso, Espírito Santo e Roraima. Ao analisarmos as variáveis que possam ter influenciado a efetividade da habilitação e implantação SAD, tratando como variável dependente a habilitação e implantação das equipes de atenção domiciliar e indicadores selecionados como variáveis independentes, os achados representativos foram caracterizados pelos indicadores: domicílios, IDSUS e Índice de Gini. Embora os critérios populacionais sejam mecanismos adotados amplamente para apoiar a direção da política pública, outros indicadores podem colaborar para análise, no intuito de promover equidade na distribuição da atenção domiciliar e outras políticas públicas de saúde no SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde, Atenção Domiciliar.

ABSTRACT

Since its birth in 1988, the Unified Health System has undergone constant and complex transformations, and although often contradictory, aim to achieve the consolidation of a universal health system, equanimous and integral health care. In this sense, home care has been increasingly linked to the possibility of responding to the demographic and epidemiological changes that are so pressing on the health system, relating to the rationalization of hospital beds, reducing healthcare costs for health systems And by a logic of care based on humanization. The objective of this study was to analyze the entry of the topic in the government agenda and the implementation of Home Care Services in Brazilian municipalities between years 2011 and 2015. The method used was based on the analysis of official documents and data, interviews with federal and Representative of society that were related to the formulation and implementation of the Home Care Services (SAD), as well as analysis of secondary data obtained through national information systems. The SADs, represented by the government program known as the "Better at Home Program", will have priority on the federal agenda beginning in 2011, articulating a broad agenda of mobilization and rapid rise. The habilitation and implementation of services varied between regions and states, with less impact in small municipalities and states such as Sergipe, Mato Grosso, Espírito Santo and Roraima. When analyzing the variables that may have influenced the effectiveness of SAD habilitation and implementation, treating as a dependent variable the habilitation and implantation of home care teams and selected indicators as independent variables, the representative findings were characterized by indicators: households, IDSUS and Gini. Although populational criteria are widely adopted mechanisms to support the direction of public policy, other indicators can contribute to analysis in order to promote equity in the distribution of home care and other public health policies in the SUS.

Key words: Single Health System, Public Health Policies, Home Care,

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Evolução física e financeira dos Serviços de Atenção Domiciliar (Brasil, 2011-2015).....	34
Tabela 2:	Divisão por grupos homogêneos (GH) segundo seus índices.....	65
Tabela 3:	Quantidade de EMAD e EMAP de acordo com o porte populacional.....	112
Tabela 4:	Análise descritiva das habilitações realizadas no período.....	120
Tabela 5:	Análise descritiva das implantações realizadas pelo governo federal, segundo município, SAD e tipologias de eAD, 2011-2015.....	126
Tabela 6:	Média, DP, mínimo e máximo das variáveis do modelo.....	128
Tabela 7:	Modelo preditivo para Efetividade da Habilitação das equipes de Atenção Domiciliar.....	129
Tabela 8:	Modelo preditivo para Implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar.....	130
Tabela 9:	Modelo de Regressão Linear Generalizada Binomial Negativa considerando a variável dependente implantação.....	131
Tabela 10:	Modelo de Regressão Linear Generalizada Binomial Negativa considerando a variável dependente implantação e as covariáveis domicílios e gasto.....	131
Tabela 11:	Análise de Correspondência multivariada.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Quadro síntese do Modelo de Múltiplos Fluxos.....	44
Quadro 2:	Representação de uma tabela contingência $i \times j$ (modo geral).....	53
Quadro 3:	Matriz de Correspondências.....	53
Quadro 4:	Especificação da pesquisa documental.....	59
Quadro 5:	Produto Interno Bruto (PIB) e Gasto Público em Saúde, em % do PIB..	82
Quadro 6:	Relação dos principais documentos/portarias federais que estabelecem normas legais para a atenção domiciliar no SUS, entre 2011 e 2015.....	97
Quadro 7:	Categorias de análise para análise de correspondência.....	133

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (FIGURAS, GRAFICOS E MAPAS)

Figura 1:	Modelo dos Múltiplos Fluxos.....	39
Figura 2:	Modelo Conceitual de Kingdon (2014) para análise da etapa de instituição da AD no SUS.....	101
Gráfico 1:	Caracterização dos municípios elegíveis de acordo com a evolução das portarias (2011-2015).....	103
Gráfico 2:	Caracterização dos municípios elegíveis de acordo com a cobertura populacional (2011-2015).....	107
Gráfico 3:	Caracterização dos municípios habilitados, segundo regiões brasileiras (2011-2015).....	115
Gráfico 4:	Efetividade das habilitações quanto a número de municípios elegíveis e a cobertura da população prevista (2011-2015).....	116
Gráfico 5:	Caracterização dos municípios habilitados, por estado entre os anos de 2011-2015.....	117
Gráfico 6:	Caracterização das habilitações e cobertura populacional, por estado entre os anos de 2011-2015.....	119
Gráfico 7:	Caracterização dos municípios implantados, segundo regiões brasileiras (2011- 2015).....	121
Gráfico 8:	Efetividade das implantações quanto a número de municípios elegíveis e a cobertura da população prevista (2011-2015).....	122
Gráfico 9:	Caracterização dos municípios implantados, por estado entre os anos de 2011-2015.....	123
Gráfico 10:	Caracterização das implantações e cobertura populacional, por estado entre os anos de 2011-2015.....	125
Gráfico 11:	Diagrama de associação da Análise de correspondência para a tabela multinível - Índice de Gini x IDHSUS x Domicilio x Habilitação e Implantação.....	134
Gráfico 12:	Gráfico das medidas de discriminação.....	135

Mapa 1:	Caracterização dos municípios elegíveis de acordo com a evolução das portarias (em %), segundo os estados brasileiros, entre os anos de 2011-2015.....	104
Mapa 2:	Caracterização da cobertura populacional de acordo com a evolução das portarias (em %), segundo os estados brasileiros, entre os anos de 2011-2015.....	108
Mapa 3:	Distribuição das EMAD tipo I e tipo II, segundo os municípios brasileiros.....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABRASAD - Associação Brasileira de Atenção Domiciliar

AC - Análise de Correspondência

ACM – Análise de Correspondência Múltipla

AD - Atenção Domiciliar

ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica

AIC - Akaike Information Criterion

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

At - Amplitude total

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIC - Critério de Informação Bayesiano

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

CF - Constituição Federal

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

DAB - Departamento de Atenção Básica

DAE - Departamento de Atenção Especializada

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DOM - Domicílio

DOU - Diário Oficial da União

DP - Desvio padrão

DPA - Diálise Peritoneal Automática

DPAC - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

eAD - Equipe de Atenção Domiciliar

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

eSF - Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMI - Fundo Monetário Internacional
GH - Grupos Homogêneos
GM - Gabinete do Ministro
GT - Grupo de Trabalho
HIV - Human Ummunodeficiency Virus
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS - Índice de Condições de Saúde
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IESSM - Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MLG - Modelos Lineares Generalizados
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
OCDE - Organização do Comércio e Desenvolvimento Econômico
OE - Objetivos Estratégicos
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PL - Projeto de Lei
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNUD - Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PPA - Plano Plurianual

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PSF - Programa Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REQ - Requisição
RM - Região Metropolitana
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAD_HAB - Serviço de Atenção Domiciliar Habilitado
SAD_IMP - Serviço de Atenção Domiciliar Implantado
SAGE - Sala de Gestão Estratégica
SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES - Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SPSS - Statistical Package Social Science
SQR - Soma de Quadrados Residuais
SUS - Serviço Único de Saúde
VD - Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1	O DIREITO A SAÚDE.....	23
3.1.1	O processo histórico e o cuidado no domicílio no Sistema Único de Saúde.....	28
3.2	O ESTUDO DO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	34
3.2.1	O modelo dos Múltiplos Fluxos.....	38
3.3	MODELOS DE DECISÃO.....	45
3.3.1	Modelos Lineares Generalizados.....	45
3.3.2	Análise de Correspondência.....	51
4	PROPOSTA METODOLÓGICA.....	56
4.1	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	56
4.2	COLETA DE DADOS.....	58
4.3	ANÁLISE DE DADOS.....	61
4.3.1	Instrumentos e análise de dados qualitativos.....	61
4.3.2	Instrumentos e análise de dados estatísticos.....	63
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	67
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
5.1	A FORMAÇÃO DA POLÍTICA PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR.....	68
5.1.1	O contexto histórico-político contribuindo para a formação da agenda....	68
5.1.2	O Fluxo de Problemas, Fluxo de Alternativas e o Fluxo Político na formação da Agenda da Atenção Domiciliar.....	81
5.1.3	A Janela de Oportunidade, os atores e o Programa Melhor em Casa.....	94
5.2	A IMPLANTAÇÃO DA AGENDA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.....	102
5.2.1	Caracterização da normativa e a possibilidade de expansão dos SAD.....	103
5.2.2	Das tipologias de equipes de Atenção Domiciliar que compõem o SAD.....	110
5.2.3	A habilitação e implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar no Brasil entre os anos de 2011-2015.....	114

5.2.4	A aplicação dos modelos de Decisão em Saúde.....	127
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
	REFERÊNCIAS.....	140
	Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	156
	Anexo 2 – Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados.....	158
	Anexo 3 – Carta de anuência.....	160
	Anexo 4 – Habilitação avaliada através do modelo linear generalizado.....	161
	Anexo 5 - Implantação avaliado através do modelo linear generalizado.....	164
	Anexo 6 – Análise de correspondência.....	167

1 INTRODUÇÃO

Em um processo histórico e de movimento diário para tornar realidade os princípios e diretrizes, então definidos pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), propostas de transformação vêm sendo organizadas há décadas, de modo a diminuir as tensões entre a oferta programada de ações e a demanda espontânea, e produzir modelos de atenção à saúde mais adequados e economicamente sustentáveis.

Desde a criação do SUS, muitas propostas tornaram-se exitosas (processos de descentralização e regionalização, ampliação de agendas estratégicas, desenvolvimento de programas prioritários) e ajudaram a consolidá-lo como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (SOUSA, 2014).

Até o início dos anos 2000, seu desenvolvimento ainda estava fortemente associado com o reforço ao amplo processo de redução de gastos e privatização da saúde, na medida em que foram sendo produzidos orientações e mecanismos, deram materialidade a estas premissas (SOUSA, 2014, PEREIRA, 2000, LONGO et al, 2015).

Apesar das dificuldades, as organizações da política de saúde avançaram paulatinamente, e com maior reforço a partir de 2002, quando foram sendo construídas estratégias, alternativas e inovações do ponto de vista organizacional de gestão.

Não obstante as questões econômicas, políticas e sociais que têm influenciado a constituição do SUS, as mudanças profundas e rápidas da população brasileira, assinaladas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica, colocaram uma grande carga sobre o sistema de saúde e de cuidados de longo prazo. Dentre outros fatores, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada com as necessidades de saúde resultantes desse cenário.

Assim a dicotomia entre a teoria e prática, no caso, entre o que se propõe e o que se realiza pelo Estado brasileiro sempre foram permeados pela escassez de recursos, estabelecendo a necessidade de organizar e definir prioridades entre programas, tratamentos e intervenções alternativas. A busca por modalidades alternativas de cuidado, dentre essas, a substituição da internação hospitalar pelo cuidado promovido em casa por equipe de saúde chega à agenda como uma possibilidade de promover maior ambulatorização de procedimentos e humanização do cuidado.

Busca, também, estimular para que os hospitais se destinem à atenção de casos graves e clinicamente instáveis, principalmente, por causa dos custos e de temas relacionados à

qualidade da atenção, além de desenvolver-se como ferramenta de apoio à mudança do modelo hegemônico que vigora no sistema de saúde brasileiro até os dias atuais (FEUERWERKER; MERHY, 2008; LACERDA et al, 2006; KERBER et al, 2008).

Apresentado como contexto amplo, desde a década de 1960, o cuidado domiciliar vem se desenvolvendo em todo mundo e contando com distintas modalidades e arranjos assistenciais, que vão desde a visita domiciliar a pacientes crônicos, até a utilização de complexo aparato médico-hospitalar no domicílio (SILVA et al., 2010). No Brasil, vem se constituindo com o objetivo de dar cobertura assistencial àqueles que necessitam de uma assistência básica ou quando há a possibilidade de substituir e/ou complementar o atendimento de outros tipos de serviços, como afirmam Sousa (2014), Alonso e Escudeiro (2010) mas especificamente para os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), promovendo a continuidade do atendimento integral, atuando como ponte entre o hospital e a atenção primária, guiado pela lógica do cuidado integral, mas também pela otimização da gestão dos recursos existentes.

Apesar de não fazer parte do projeto original do SUS ¹, esta categoria mais intensiva de cuidado no domicílio no Brasil, ganha impulso nos anos 90, principalmente pela implantação do Programa Saúde da Família e, por serviços específicos organizados de forma pontual em alguns municípios e estados (embriões dos SAD atuais), demandados principalmente pela necessidade em saúde, a partir de gestores sensíveis a proposta de atenção mais humanizada ou em decorrência de demandas judiciais (AMARAL et al, 2001, FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Seja qual for o motivo, a partir de modelos desenvolvidos com êxito nos países europeus e norte-americanos, desde meados da década de 1990 até meados da década de 2000 e das experiências exitosas praticadas no Brasil, a Atenção Domiciliar no SUS vem se configurando e constituindo-se com suas características próprias e compatíveis com a estrutura vigente, buscando substituir a modalidade de cuidado voltada exclusivamente para o hospital, centrando-se no usuário e na integralidade do cuidado.

Identifica-se, a partir dos conceitos atuais, que a Saúde da Família teve grandes avanços nos cuidados de menor densidade tecnológica, promovendo humanização na atenção e prevenção de hospitalizações. Entretanto, o eixo substitutivo a internação hospitalar, promovido por profissionais que atuam em um nível de maior densidade tecnológica e assistencial não segue o mesmo caminho.

¹ Foi proposta por meio da Lei nº 10.424 em 2002.

Somente em 2011, a agenda da Atenção Domiciliar (AD) passa a ser reconhecida e incentivada adequadamente, com as proposições de uma nova gestão que redefine o cuidado domiciliar desvinculando equipes exclusivas que promoviam a desospitalização para uma proposição mais abrangente. O conceito de atenção domiciliar é lançado com a atenção à saúde ofertada em modalidades, com a criação de novas tipologias de equipe e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

Para organizar o processo de inserção destas novas equipes, os SAD definidos como estrutura administrativa, são alavancados na esfera federal e estabelecendo aporte financeiro, passam a se estender de forma sistematizada por todo território nacional em forma de programa.

Denominado de Programa Melhor em Casa, a constituição de serviços e equipes específicas é instituído com vistas a diminuir as lacunas assistenciais do SUS de uma forma racionalizadora e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

No campo científico, alguns estudos têm sido desenvolvidos tomando-se por objetos específicos as ações de baixa, média ou alta complexidade realizadas no domicílio, ou observando a potência para o apoio na mudança do modelo tecnoassistencial, explorando temas como integralidade, equidade, acesso, qualidade, entre outros (SILVA et al., 2005; SPEDO, 2009; FEUERWEKER; MERHY, 2008; KERBER et al., 2008; SILVA et al., 2010; ALONSO; ESCUDEIRO, 2009; SILVA et al., 2010; MENDES, 2011; BRAGA et al. 2016), . Porém, observa-se que ainda são incipientes estudos que caracterizem este processo sobre o eixo das políticas públicas e que tratem do modo como os SAD/eAD vem se expandindo pelo país, compreendendo como alguns fatores podem influenciar os governos e a inserção da agenda nos estados e municípios.

Diante do exposto, o problema que origina essa investigação parte das seguintes perguntas: como a ideia emerge e é transformada em política pública? A partir da constituição do programa, como se organizou a evolução dos serviços, sua distribuição territorial e sua efetivação? Portanto, busca-se constituir subsídios que promovam o entendimento de alguns possíveis fatores que contribuíram ou dificultaram a expansão dos SAD pelos municípios.

Desta forma, elegeu-se para a presente investigação, a etapa de determinação da agenda e formulação e implantação da política no SUS, com vistas a efetuar uma caracterização deste processo nos estados e analisar fatores que podem influenciar a promoção da agenda nos estados e municípios, a fim de contribuir para a pauta de discussão.

Para subsidiar a construção deste trabalho, o terceiro capítulo apresenta o referencial teórico, trazendo conceitos relevantes ao tema, tratando da constituição das políticas públicas

de saúde no Brasil, aprofundando sobre a construção e desenvolvimento do SUS. Aborda, também, a relação com as reformas setoriais e os ajustes fiscais nas últimas décadas e a inserção do tema da Atenção Domiciliar, incluindo os processos que se desenvolveram em torno do tema até a implantação do programa nacionalmente.

Considerando que este estudo se utiliza de modelos, tanto para a análise quantitativa como para a análise qualitativa, este capítulo ainda apresenta em tópicos alguns conceitos essenciais para apoiar o seu entendimento, principalmente, na análise dos dados.

O quarto capítulo trata da metodologia adotada na pesquisa, envolvendo a descrição da população do estudo, a forma de coleta de dados e análise, sendo descritos os instrumentos e ferramentas utilizados em cada etapa da pesquisa

Seguimos apresentando no quinto capítulo, os resultados e discussão, de acordo com os modelos teóricos utilizados, de modo a facilitar a visualização, análise dos dados e avançar para a conclusão deste trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a formação da agenda e implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar nos municípios brasileiros entre os anos de 2011 e 2015.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de formação da agenda da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;
- Caracterizar o processo de habilitação e implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar nos estados brasileiros, entre os anos de 2011 a 2015;
- Apresentar as tendências de efetividade na habilitação e implantação das equipes de atenção domiciliar no Brasil, entre os anos de 2011 a 2015;
- Identificar variáveis que possam estar relacionadas a habilitação e implantação das equipes de atenção domiciliar nos estados brasileiros.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O DIREITO A SAÚDE

O conhecimento sobre o processo histórico que permeia a conformação do sistema de saúde trata-se de um elemento de grande valor para a compreensão sobre o desenvolvimento das políticas públicas de saúde que conformam o atual Sistema de Saúde brasileiro e sobre qual base vem se construindo os desenhos e diretrizes da organização da Atenção Domiciliar.

Segundo Pereira (2012), as mudanças observadas nos fundamentos e nas práticas sociais brasileiras não ocorrem de forma isolada, unilateral e autônoma. Fazem parte de um processo de reestruturação do modelo capitalista que ocorreu em todo o mundo e mais fortemente no final da década de 1970, e que se abriga sob a crença liberal desde então dominante.

O pensamento liberal do final do século XX, conhecido como neoliberalismo, reapareceu no mundo pós 2ª Guerra Mundial, em contraposição as políticas Keynesianas implementadas nos países centrais e ganhou força diante dos sinais de esgotamento do modelo vigente a partir da crise global, iniciada no final dos anos 1960 e início dos anos 1970. (HARVEY, 2007; PEREIRA, 2012).

No Brasil, as definições e os rumos da política social nunca estiveram imunes das influências internacionais hegemônicas que, embora se processem de forma diferenciada, não estão desconectadas. Deste modo, a forte crise estrutural mundial não deixou de afetar o modelo de desenvolvimento da Medicina Científica que se constituiu ao longo do século XX, a partir da década de 1970 e entra em crise em virtude de problemas relativos à ineficiência, à ineficácia e à desigualdade na distribuição de seus progressos (MENDES, 2010; PEREIRA, 2012).

Com crescentes custos gerados pela incorporação acrítica de tecnologias e resultados cada vez mais insatisfatórios, a ineficiência dos serviços de saúde no país é constatada juntamente com a incapacidade de enfrentar problemas de saúde gerados no processo complexificação das sociedades. Outro fator importante da crise no modelo assistencial decorre da desigualdade no acesso aos avanços tecnológicos, expondo uma forte contradição: aqueles que mais necessitavam de cuidados eram os que menos conseguiam acessar tais tecnologias. (SILVA JR., 2006; ESCOREL, 2012).

Adjunto a previdência social, os serviços de saúde eram assinalados por:

- Cobertura previdenciária somente aos trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho;
- O fortalecimento do modelo médico assistencial privatista, com ênfase na prática individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública;
- O estímulo a formação de complexos industriais com elevados ganhos das empresas produtoras de equipamentos e medicamentos;
- Desenvolvimento de um padrão da prática médica orientado para a lucratividade no setor saúde;
- Organização da prática médica em moldes capitalistas.

Assim, o Brasil no início dos anos 1980 é caracterizado pela centralização da gestão no nível federal, promovendo nos territórios desigualdades no acesso aos serviços de saúde (atingindo pouco os grupos sociais mais pobres), dicotomia entre as ações preventivas e curativas, dissociação entre as atividades formativas e as necessidades dos serviços, além de concentração de recursos financeiros nas ações médico-hospitalares e irracionalidade na estrutura de gastos (CONASS, 2003; SOUZA, 2008).

Pouco se atingiam as regiões e os grupos sociais mais pobres, o que fez crescer no país um movimento em defesa de reformas profundas do sistema em vigor, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

De acordo com Giovanella (2012), a criação do SUS foi influenciada por diversos aspectos, entre eles a forte crise financeira da saúde (oriunda da privatização da assistência médica), os direcionamentos internacionais, a exemplo da Conferência de Alma-Ata, em 1978, que fortalece a discussão sobre os cuidados primários em saúde como compromisso dos países participantes, entre os quais estava o Brasil.

Destaca-se ainda o movimento sanitário, contra hegemônico e a redemocratização do país na década de 1980 que instalou uma nova conjuntura política e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com ampla representação de trabalhadores de saúde, governo, usuários e prestadores de serviços de saúde, que representou um marco na formulação das propostas de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira (CONASS, 2003; SILVA JR., 2006; PAIM, 2008).

A Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988), e as Leis Complementares de Saúde (BRASIL, 1990, 1990), foram sancionadas através de um processo conflituoso que resultou na aprovação da legislação estabelecendo que o sistema de saúde passasse a ter uma administração descentralizada e participativa e, com princípios voltados

para a universalidade, equidade e integralidade. Aos municípios foram repassadas as competências de cuidados de saúde, financiados com recursos públicos e oferecidos na respectiva área geográfica, com exclusão daqueles que se constituíssem em referências regionais, estaduais e nacionais.

Além disso, o surgimento do SUS, em 1988, veio fortalecer o debate sobre suas dimensões político-jurídico e político-institucional e, não sendo suficientes para garantir a mudança paradigmática, provoca a necessidade de se discutir também a dimensão político-operacional dos modelos tecnoassistenciais (MENDES, 1993 apud SCHERER et al., 2005). Torna-se imperativo criar e implementar novas práticas de assistência que garantam à população um sistema de saúde universal, equânime e integral (SCHERER et al., 2005; SPEDO, 2009).

Marcando um processo histórico de conformação de um sistema de proteção social para o Brasil (GADELHA; COSTA, 2012; NORONHA; PEREIRA, 2013), a criação do SUS enfatiza o reconhecimento macro político da importância da consolidação de uma estratégia da saúde na agenda do desenvolvimento nacional.

Logo, desde sua implementação, segue-se um esforço diário para tornar realidade os princípios e diretrizes definidos a partir da contrarreforma do Estado – no início dos anos 1990 – sendo permeado por turbulências da política econômica, com reflexos negativos no financiamento do setor saúde, que colocam em perigo as conquistas garantidas com a Constituição Federal (SOUSA, 2014; MACHADO, 2013; PEREIRA, 2012).

Com base nas proposições do Consenso de Washington, proposto em 1989 pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial - o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), fundamentam-se as reformas neoliberais e, apesar do país vivenciar um descompasso histórico entre a política social brasileira e a dos países capitalistas centrais, que vivenciaram os anos gloriosos da proteção social pública, a publicação do consenso afetou sensivelmente a utopia nacional e a recém criada constituição cidadã (PEREIRA, 2012).

A proposição de um Estado mínimo, marca os anos 1990, cujos objetivos políticos consistem em cortar gastos públicos, ampliar o escopo do setor privado, a fim de aprimorar as ações e diminuir o encargo do governo, substituir serviços universais para seletivos, destinando aos mais pobres, os gastos estatais remanescentes, além de apoiar as atividades privadas e voluntárias como substitutas dos serviços previdenciários estatais, só não sendo pior devido a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 2000; REIS; HORTALE, 2004).

As contrarreformas iniciaram-se na década de 1990 e, se intensificam no decorrer dos governos seguintes, ignorando o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8.142/90) como direito fundamental de todos e obrigação do Estado, de modo a promover saúde a todos os cidadãos brasileiros. Mesmo diante de tal cenário, segue-se no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, o processo de descentralização e regionalização do SUS, promovido a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas e Norma Operacional de Assistência à Saúde, com ampliação da agenda estratégica e ênfase nas relações entre saúde e desenvolvimento, além de programas exitosos como a Saúde da Família (BRASIL, 1998; LEVCOVITZ et al., 2001; PEREIRA, 2000).

Mesmo indicada como política prioritária para mudança do modelo assistencial, sendo a proposta de maior potencial, uma vez que possui custos suportáveis, o Programa Saúde da Família passa a coexistir juntamente com os outros programas, com reforço ao amplo processo de redução de gastos e privatização da seguridade social brasileira (BRASIL, 1997; PEREIRA, 2000). Além disso, conserva-se a prática de estímulos a adesão dos municípios a políticas federais por meio da disponibilização de recursos financeiros, persistente até os dias atuais (LIMA; D'ASCENZI, 2014).

Na contramão do pensamento de que a descentralização enfraqueceria o governo federal, houve uma mudança no seu padrão de atuação, com relação à condução da política de saúde, havendo uma ampliação e especialização na intervenção sobre as políticas de saúde de modo significativo no território nacional (LIMA; D'ASCENZI, 2014). Segundo Arretche (2004) e Arretche (2010), embora o papel regulador do governo federal tenha trazido uma condição favorável para unir estados e municípios em torno de um objetivo nacional em comum, para os serviços de saúde não é observado um acompanhamento da redução na desigualdade intermunicipal nos padrões de sua oferta, uma vez que os desembolsos federais apresentam reduzido redistributivo.

Vale destacar neste cenário, a presença de importantes desafios para promover de fato, um sistema de saúde universal, equânime e integral, com grandes questões como a transição demográfica coexistindo com a transição epidemiológica no país (MENDES, 2011).

Assim, ao analisarmos a mortalidade no Brasil, em 1930 as doenças infecciosas representavam 46% das mortes passando para 5% em 2000. Ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares, que representavam aproximadamente 12% das mortes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30% de todos os óbitos. Em relação à morbidade, medida pela morbidade hospitalar, no ano de 2005 as condições crônicas responderam por 9 das 15 primeiras causas de internações no SUS (SILVA, et al, 2006; MENDES, 2009).

Em relação a mudança do perfil demográfico, segundo Geerts, Williems e Mott (2013), em decorrência do envelhecimento da população, a demanda por cuidados em casa entre 2010-2060 na Alemanha terá uma projeção de aumento em 79%, nos Países Baixos aproximadamente 116% e na Espanha, uma projeção de aumento de 150%. Para os países subdesenvolvidos entre 2010-2050 teremos um aumento de 250% no número de idosos (contra 71% nos países desenvolvidos). Para o Brasil mais especificamente, a questão é alarmante, pois passamos por uma transição singular e diferente da transição clássica dos países e transformações socioeconômicas que ainda privilegiam as desigualdades sociais.

Assim, o Brasil enfrenta o grande desafio de gerir serviços, requisitado também por novas demandas, ou seja, movendo uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. O país segue tendo que responder ao desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada e, o forte crescimento de morbidades decorrentes de condições por causas externas e envelhecimento da população (MENDES, 2011).

Neste contexto, apesar da criação e expansão de programas importantes, da universalidade promovida em todos os níveis de atenção, não é possível observar condições políticas e institucionais ideais que configurem o enfrentamento das lacunas estruturais relacionadas ao financiamento, a organização, a assistência, desigualdades regionais, gestão do SUS em sua amplitude (ARRETCHE, 2010; CARVALHO, 2013).

A partir de 2006, o desenvolvimento do SUS passa a ter uma nova diretriz - o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de gestão - que tem por base o documento de orientação e condução político-gerencial, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite, reforçando-se a regionalização dos serviços e a proposta de constituição de redes integradas que articulassem os diferentes níveis de atenção (PAIM, 2006, BRASIL, 2006).

Porém, em 2008, surge uma nova crise do capital, que ressoa de forma generalizada no mundo e produz nos países centrais uma combinação de baixo crescimento, com distribuição desigual da renda e nos países periféricos, seguem desorganizando seus sistemas de bem-estar social, retrocedendo em direitos sociais (PEREIRA, 2012). Os efeitos da crise econômica e financeira global prolongada não deixam de afetar novamente o Brasil e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde a partir de 2012 quando seus efeitos ganham maior proporção na economia do país.

3.1.1 O processo histórico e o cuidado no domicílio no Sistema Único de Saúde

No mundo moderno, o cuidado de saúde no domicílio começa a ser resgatado a partir do século XVIII, diante da existência de hospitais ser colocada em xeque já que se tratavam de lugares fechados, servindo para excluir os doentes pobres.

Em vez de um agente terapêutico para a população em geral, os hospitais acabavam por constituir-se de espaços sinônimos de morte, ou seja, missionários e religiosos apenas preparavam o doente para a vida eterna (FOUCAULT, 2007).

Conforme estudos desenvolvidos por Foucault (2007), o questionamento sobre a existência do hospital, durante o século XVIII, pode ser compreendido, a partir de três fenômenos:

- a emergência de uma população com características biológicas, de longevidade e de saúde;
- a organização da família como centro de transmissão de uma medicalização onde desempenha papel de demanda e de instrumento e;
- do emaranhado médico administrativo em torno dos controles de higiene coletiva.

Como proposta de substituição destas questões, a organização de uma hospitalização a domicílio ganha impulso, com perigo para as doenças epidêmicas, mas com grande vantagem econômica e médica, já que a família pode assegurar cuidados constantes, descentralização dos recursos humanos, generalização do cuidado e distribuição de medicamentos, por exemplo (FOUCAULT, 2007).

A proposta dá lugar a uma série de projetos e programas e, mesmo provocando para o cuidado domiciliar as primeiras referências que se têm sobre um formato organizado de Assistência Domiciliar a Saúde, o desaparecimento do hospital, foi apenas uma utopia (OLIVEIRA; BERGER, 1996; AMARAL, et al., 2001; FOUCAULT, 2007).

O verdadeiro trabalho se inicia na proposta de elaboração do funcionamento de um hospital organizado, medicalizado e especialista, propondo-se, portanto, o ajuste ao espaço urbano onde ele está situado (grandes hospitais acolhendo uma população numerosa, com cuidados agrupados, mais fáceis de controlar e menos custosos, ou mesmo a estruturação de hospitais pequenos onde poderiam vigiar melhor os doentes e diminuir riscos de contágios) (FOUCAULT, 2007).

No Brasil do início do século XX, segue-se a institucionalização do sujeito adoecido com ressonância de um modelo Médico Hegemônico sobre o qual a família não tem autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente e, as atividades de cuidado domiciliares

(traduzidas através de visitas domiciliares), restringem-se a ações educativas e prioritárias de combate às grandes endemias² (OLIVEIRA; BERGER, 1996).

Em 1947, o Hospital de Montefiori, em Nova York, introduziu conceitos de home care como sendo uma extensão do atendimento hospitalar (MENDES, 2001) e alguns estudos referem os primeiros ensaios sobre a assistência domiciliar no sistema de saúde europeu, cujo um dos motivos principais para implantação e expansão se dá pelo envelhecimento populacional e, portanto, da necessidade de criar novas políticas de saúde e realizar a diminuição de custos (WHO, 2012). Diferente do Brasil, as ações demonstram um "pacto" pela saúde entre os vários atores sociais e uma integração entre as estruturas pública e privada de modo complementar.

Dos poucos registros sobre as modalidades de cuidado domiciliar no Brasil, com relação aos serviços de maior complexidade, a primeira notícia que se tem data de 1949, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) no Rio de Janeiro, vinculado inicialmente ao Ministério do Trabalho. O serviço tinha por finalidade prestar assistência médica aos ativos e inativos dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos industriários, comerciários, bancários, marítimos empregados em transportes e cargas e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

Posteriormente, em 1967, é incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo expandido para outros estados como exigência do sindicato dos trabalhadores a fim de suprir a carência no atendimento prestado pelo serviço de urgência vigente à época (MENDES JÚNIOR, 2000; FINKELMAN, 2002). Neste modelo, qualquer médico de plantão poderia fazer saídas em ambulâncias para atendimento de urgência no domicílio e os pacientes previdenciários com doenças crônicas recebiam visitas domiciliares regulares por médicos.

A implantação desta modalidade em 1968 na cidade de São Paulo, cria o serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público de São Paulo, e a primeira experiência sistemática de Assistência Domiciliar como atividade planejada para desospitalização. Tratava-se de uma proposta de atendimento a pacientes com doenças

² As primeiras atividades domiciliárias desenvolvidas no Brasil iniciam em 1919 com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro com objetivo de promover e divulgar noções de higiene e fornecer conselhos de puericultura.

crônicas e que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros (MENDES, 2000).

Além disso, nos anos 1970, nascem nos municípios de bandeiras mais progressistas, imitando o que acontecia no mundo, as equipes de atenção primária (constituída por um médico, um enfermeiro e a nova categoria denominada agentes de saúde) ampliando o debate sobre o assunto (MENDES, 2000; CARVALHO, 2013).

Com o desenvolvimento de algumas experiências exitosas espalhadas pelo país, o tema do cuidado no domicílio no SUS só será reconhecida no âmbito nacional a partir dos anos 1990, orientado para ampliação da assistência à saúde, através de algumas ações a grupos específicos e mais fortemente ao Programa Saúde da Família (MENDES, 2000; SILVA et al, 2010; AMARAL et al, 2001; FEUERWERKER; MERHY, 2008; CARVALHO, 2013).

A partir de 1991, é criado o primeiro código de visita domiciliar para profissional de nível superior na assistência a pacientes com transtornos mentais para a alta hospitalar precoce e segue para a assistência a pessoas com deficiência, usuários dos hospitais dia, portadores de HIV, doenças crônicas, garantindo a continuidade da assistência a estes pacientes (BRASIL, 1991; 1992; 1994;1994).

Diante da conjuntura desta época e, apesar de existirem muitas dimensões e grande diversidade de organizações dessa modalidade no mundo, o que se observa no país é a pouca estrutura que embasa seu desenvolvimento (SILVA et al., 2005; BRASIL, 2013). Com um desenho dando ainda seus primeiros passos, dois documentos orientam quanto às principais modalidades de cuidado:

- A publicação do documento fundador do Programa Saúde da Família (Brasil, 1997) que atribui a necessidade de identificar e incluir a internação domiciliar como ação a ser desenvolvida pela equipe de Saúde da Família e;
- Incorporação da Internação Domiciliar às práticas de cuidado em saúde pelo Ministério da Saúde e, reconhecimento da possibilidade de ampliar as condições de atendimento pós-hospitalar e a qualidade da assistência (BRASIL, 1997; BRASIL; 1998).

A este último, são estabelecidos requisitos para credenciamento de Hospitais e regulamentado os critérios para realização e operacionalização da internação domiciliar no SUS, que se volta apenas para grupos de pacientes egressos de hospitais credenciados (BRASIL, 1998).

Amaral et. al. (2001) destacam a existência de alguns sistemas organizados no âmbito municipal formados, principalmente, a partir dos anos 1990 para o atendimento domiciliar, porém, com uma grande heterogeneidade na sua conformação e, organizados para atendimento às demandas judiciais, cuidados a pacientes crônicos ou continuidade de cuidados secundários.

Não fazendo parte do projeto original do SUS, o tema volta ao debate do cenário federal no início dos anos 2000, com a incorporação da assistência domiciliar e internação domiciliar ao SUS pela Lei Federal nº 10.424/2002 (BRASIL, 2002), incorporada à Lei Federal nº 8.080/90 (BRASIL, 1990; SILVA et al, 2005).

A partir dos anos 2000, as ações de saúde no âmbito do domicílio passam a receber propostas de configuração mais definidas e, as ações das equipes de Saúde da Família (eSF) passam a ficar delimitadas a assistência domiciliar, especificamente a Visitas Domiciliares (VD), onde cada profissional que compõe a equipe assume objetivos e ações distintos (BRASIL, 2001).

Em paralelo, emerge uma proposta de organização dos SAD pelo governo federal que vincula os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso com serviços de assistência domiciliar (REHEM e TRAD, 2005; BRASIL, 2002). Esta normativa trata em seus artigos da vinculação da equipe ao serviço hospitalar, Centros de Referência, a Atenção Básica (AB) e as suas respectivas eSF e, delimita a prestação do cuidado basicamente à população idosa (BRASIL, 2002).

Outras ações também passam a ser desenvolvidas como a proposta de organização do eixo da assistência domiciliar – a partir da confecção de documento norteador para a Assistência Domiciliar na AB pelo Departamento de Atenção Básica e, constituição do regulamento Técnico contendo as Normas de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), porém estes dois últimos não recebem apoio dos decisores e não chegaram a ser publicadas (BRASIL, 2002c; 2004).

No entanto, a orientação da agência reguladora só foi efetivada em janeiro de 2006, quando é publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA) nº 11 que “Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar”, orientando as normas de funcionamento dos serviços de AD (BRASIL, 2006), após nova proposta do Ministério da Saúde em retomar o debate desta modalidade de cuidado. Trata-se de um grande avanço ao definir aspectos conceituais ampliados e sistematizar

requisitos mínimos, além de estabelecer critérios que embasarão as normativas ministeriais que serão publicadas posteriormente.

Em outubro do mesmo ano, após a revisão e reorganização de um conjunto de normas, o Ministério da Saúde lança a Portaria GM/MS nº 2.529/2006 (BRASIL, 2006) que regulamenta a Internação Domiciliar no âmbito do SUS como “o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exigiam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas, que poderiam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim”. Tratou ainda sobre o financiamento específico a esta prática, com repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, mediante apresentação de projetos municipais que solicitavam a habilitação de hospitais específicos (BRASIL, 2006).

Em virtude da habilitação federal preconizar a existência do serviço previamente, muitos gestores municipais seguiram os preceitos organizativos iniciando o atendimento aos usuários oriundos da internação hospitalar, porém, a habilitação dos serviços e transferência de recursos nunca chegou a ser efetivada em muitos lugares, e a regulamentação e o debate na esfera federal sobre a atenção domiciliar mantiveram-se estagnados pelo período de 2006 até 2011, quando esta portaria foi revogada (BRASIL, 2012).

Desta forma, além das diversas modelagens de serviços organizados em decorrência da inexistência de uma regulamentação federal que organizasse os serviços de atenção domiciliar no SUS até 2006, com a falta da garantia de um co-financiamento substancial das ações, constatou-se que até 2011 uma restrição importante na expansão das iniciativas públicas (apenas 38 serviços tiveram habilitação para internação domiciliar) e a maior parte das ações continuaram sob o cargo exclusivo dos gestores locais, sejam eles municipais ou estaduais (ANDREAZZI; BAPTISTA, 2007; SAS, 2010).

Em fevereiro de 2011, o Ministério da Saúde retoma a pauta e institui novo Grupo de Trabalho, promovendo a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, baseando-a na comunidade, na humanização da assistência, no apoio a desospitalização, na atuação junto às Redes de Atenção à Saúde, na responsabilização da família e na possibilidade de desenvolver uma ação menos custosa. Este novo arranjo organiza o trabalho no domicílio em modalidades³,

³ AD1: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, sendo realizado portanto por equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. AD2 e AD3 : destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos sendo de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

estabelecendo normas para habilitação e cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e suas respectivas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), a habilitação dos serviços de saúde, a que estarão vinculados, além de determinar os valores de incentivo para o seu funcionamento (BRASIL, 2011).

Substituída rapidamente por uma normativa que amplia o escopo de municípios a solicitarem habilitação dos SAD, se insere sob o imperativo da necessidade de mudanças significativas no modelo de atenção hegemônico vigente no Sistema de Saúde. A incorporação do tema na agenda social e política é visualizado pelo engajamento federal de mobilizações/pactuações em torno do tema, traduzidos a partir:

- publicação da lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar (BRASIL, 2011);
- Inserção da AD, como componente das Redes Prioritárias, como por exemplo a rede de atenção à urgência e emergência, rede da pessoa com deficiência e, políticas estratégicas como a Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, entre outras (BRASIL 2011, BRASIL 2011, BRASIL, 2015);
- Inserção da AD nos protocolos e diretrizes terapêuticas – Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, dentre outros (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013);
- Pactuações de Metas e Recursos Orçamentários definidos no Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2012-2015 (ação de aperfeiçoamento do SUS - objetivo 713), garantindo o seu incremento de forma sustentável (Brasil 2012; Brasil 2012);
- Revisão de algumas propostas, de modo a fazer uma adequação da realidade imposta pelos gestores e usuários do SUS, sendo publicadas as portarias que ampliam o escopo de municípios elegíveis, o apoio às portas de urgências prioritárias (SOS Emergências) e, amplia o repasse de recursos federais às equipes de EMAD (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013; BRASIL, 2013);

Quanto a este último item, o engajamento federal pela expansão das equipes pode ser representado pelas sucessivas revisões na normativa entre 2011 e 2013, que visaram sobretudo, ampliar o escopo de municípios que pudessem solicitar habilitação de novos

SAD/eAD e portanto, criar novos serviços e equipes pelo país (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Tabela 2: Evolução física e financeira dos Serviços de Atenção Domiciliar (Brasil, 2011-2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
Total de equipes implantadas⁴	76	229	473	787	918
Total de municípios com equipes implantadas	17	64	149	288	340
Cobertura populacional (em milhões)	5,9	16,3	28,5	45,2	51,6
Repasse financeiro aos municípios (em milhões)	2,6	55,8	138,9	198,6	265,9

Fonte: Ministério da Saúde. Sala de Gestão Estratégica e Portal da Transparência, 2016.

Não obstante as ações de expansão, cabe ressaltar incentivos para a qualificação dos trabalhadores da saúde, apoio a organização dos serviços de atenção domiciliar, criação e/ou aprimoramento de ferramentas de monitoramento com a instalação de sistema de informação, dentre outras ações (NETO; DIAS, 2014; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Ao objetivar promover uma maior racionalidade e promoção da otimização dos gastos hospitalares ao agenciar uma intervenção precoce sobre o processo de alta dos usuários, os serviços de atenção domiciliar foram se expandindo pelo país, como observado na tabela 1, inserindo-se no Sistema de Saúde gradativamente.

3.2 O ESTUDO DO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Parte-se inicialmente de duas definições amplamente empregadas de modo a ilustrar os sentidos atribuídos ao conceito de política pública pelos diferentes autores. Aquela que talvez seja a mais conhecida, descreve a política pública como “*tudo que o governo decide fazer ou deixar de fazer*” de Thomas Dye (1972, p.2). Muito embora pareça uma definição simplista, Howlett e Ramesh (2013) destacam tratar-se de um conceito importante para o campo das políticas públicas ao nomear o agente primário que produz a política - o governo, e o especifica dizendo que ao discorrermos sobre políticas públicas, faremos referência às iniciativas sancionadas por estes.

⁴ O total de equipes implantadas representa a soma das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP)

A conceituação de Dye traz luz para a ação, sendo uma escolha de tomar ou simplesmente não tomar uma decisão para o curso de uma ação, mantendo ou não o seu status quo. Além disso, Howlett e Ramesh (2013) destacam que este conceito ressalta o fato da política pública se configurar como uma determinação consciente de um governo, trazendo em resumo que as ideias de decisões governamentais são conscientes e deliberadas.

Quanto à outra definição, trata-se de um aperfeiçoamento promovido por Jenkins (1978) que define política pública como um

“conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estará, em princípio, ao alcance desses atores”.

Desta forma, contribui para o aprofundamento do conceito apresentado anteriormente, tratando a política pública como algo dinâmico e que, por versar sobre decisões inter-relacionadas, raramente serão tratados pelos governos com uma única decisão (HOWLETT; RAMESH, 2013). Para o estudo em questão, tal conceito representaria como exemplo, o elenco de decisões para a definição da estrutura político institucional, a definição de um financiamento sustentável e produção de serviços entre outros itens que se inter-relacionam entre diferentes indivíduos, órgãos, secretarias, departamento, estados e municípios resultando em um processo complexo.

Segundo Howlett e Ramesh (2013), Jenkins acrescenta a ideia do comportamento orientado para o alcance dos objetivos e da capacidade de governo para implementar suas decisões, ou seja, a opção do governo em aplicar em uma ou outra política pode ser limitada pela falta de recursos ou de informação, por exemplo. Assim, o entendimento das ações deve requerer a compreensão detalhada sobre as oportunidades e limites dos acordos, tratados e convenções internacionais.

Das abordagens que surgiram e das diversas técnicas e enquadramentos teóricos, apresentamos os quatro grandes fundadores do conceito, sendo a proposta de H. Lasswell como uma dos pioneiros nos anos de 1930 que, pretenderam integrar a teoria e a prática política, sem cair em reducionismos através do conceito da Ciência Política.

Para Lasswell, a Ciência Política se diferencia das demais abordagens por três características: 1) ela precisa ter enfoque multidisciplinar, ou seja, envolve diversos campos do conhecimento, como a sociologia, a economia, o direito e a política; 2) baseia-se na resolução de problemas; 3) reconhece a impossibilidade de separação entre objetivos e meios,

valores e técnicas, na análise das ações de governo, por isso, é notadamente normativa. (HOWLETT; RAMESH, 2013).

Muito embora estas três características tenham sofrido mudanças (permanecendo somente a ênfase na multidisciplinaridade) Laswell introduz o termo “análise de política pública” ainda nos anos 1930, corroborando o conhecimento científico com o empirismo da produção dos governos, além de estabelecer o diálogo entre cientistas, grupos de interesse e o próprio governo (HOWLETT et al, 2013).

Ainda sobre os grandes pioneiros, Simon em 1957 incrementa o conceito a partir da introdução do termo *policy makers*, ou seja, considera a existência de uma racionalidade limitada dos decisores públicos, visto as informações incompletas ou imperfeitas, tempo limitado para a tomada de decisão, entre outros, mas, que pode ser minimizada pelo conhecimento racional e maximizada pela criação de estruturas que enquadrem o comportamento dos atores ou modelem este comportamento na direção dos resultados desejados.

Easton (1965) traz uma valiosa contribuição ao acrescentar o conceito de política pública como sistema, havendo uma relação entre formulação, resultados e o ambiente e, ao receber *inputs* de partidos, dos grupos de interesse e, da mídia, por exemplo, podem influenciar consequentemente seus efeitos e resultados.

Finalizando este seletto grupo, Lindblom (1979) questiona os autores anteriores e propõe a incorporação de outras variáveis à formulação e análise de políticas públicas, tais como relação de poder e integração das fases do processo decisório, destacando que o processo político e decisório se trata de um processo interativo e complexo, sem que haja necessariamente um fim ou um princípio.

Não existe uma única ou melhor definição de política pública, porém a abundância de estudos e abordagens que surgem da existência de distintas escolas e opções teóricas expõe a complexidade do estudo de políticas públicas e intenta para a necessidade de buscar as melhores ferramentas teóricas na sua análise.

Grande parte da construção teórica sobre estudos de políticas públicas na saúde vem acontecendo sob uma ótica de análise de programas, planos ou sob a observação de implementação de políticas públicas locais, considerando estes como instrumentos para operacionalização da política. Neste sentido, destacamos a conceituação apresentada por Rossi (2004), onde o programa é definido por um conjunto sistêmico de ações programadas e articuladas entre si tendo por objetivo o atendimento da demanda pública e tomada como prioridade de políticas públicas de governo.

Baptista e Mattos (2015) ao apresentarem alguns conceitos exploram caminhos para a análise de políticas, sem esgotar a discussão sobre referenciais e metodologias para análise das políticas públicas. Trazem como elementar para discussão o levantamento da ideia de contexto e história, o reconhecimento dos sujeitos participantes do processo político, definição dos espaços de relação e negociação da política, e a análise do enunciado de políticas.

Envolver estes quatro aspectos significa entender os sentidos, saberes e práticas históricas que dão sentido ao texto no tempo, compreendendo os enunciados da política a partir da delimitação das disputas históricas em torno dos conceitos, a quem evoca e quando se evoca uma proposta. Trazer sujeitos para a análise permitindo a expressão dos diferentes “eu”, que não deixam de ser cortados pelas suas histórias e implicações conforme inserção institucional. Não obstante, envolver o aspecto de conteúdo possibilita identificar os conceitos utilizados, diferentes visões da estratégia política, contradições com o contexto que se insere e com a trajetória de uma área ou discussão.

Diversos modelos de análise para compreensão das políticas públicas foram sendo desenvolvidos: processual (ciclo de políticas), institucional, elitista, racional, incremental, da teoria de jogos, da opção pública, sistêmico, *garbage can*, entre outros, colaborando para o desenvolvimento de estudos acadêmicos que se debruçam sobre análises do processo decisório e/ou de resultados, qualificando este tipo de análise (DYE, 2009; FREY, 2000; SECCHI, 2013). De modo a facilitar sua visualização para estudo, utilizaremos a abordagem de Frey (2000) que discute a análise de políticas públicas a partir de três categorias: *policy network*, *policy arena* e *policy circle*.

O primeiro representa a rede de interações entre várias instituições e grupos da sociedade e do Estado em conformação e implementação de uma determinada política específica. Quanto ao segundo, *policy arena*, se refere aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, as quais podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo (FREY, 2000).

Quanto ao o terceiro modelo, *policy cycle* ou ciclo de políticas, propõe a simplificação da análise de políticas através de sua decomposição em um ciclo composto por etapas. Precursor deste modelo, Laswell propunha 7 etapas no ciclo, contudo, atualmente a maior parte dos autores concorda com a presença das seguintes fases: 1) determinação da agenda, ou seja, definição do (s) problema (s) que se tornam objeto de política pública; 2) formulação da política, que expressa as escolhas e o momento de tomada de decisão sendo configurado pelas ações ou não ações que o governo adota; 3) implementação de políticas e, portanto, a

operacionalização em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia e sua execução e; 4) avaliação, conduzido por atores estatais e societários que monitoram os resultados (KINGDON, 2014, FREY, 2000; JANNUZZI, 2009; VIANA; BAPTISTA, 2009; HOWLLETT; RAMESH, 2013).

Nessa concepção, as políticas públicas são processos dinâmicos que envolvem ações e não ações, iniciado a partir da percepção de problemas e em consequência, passa por etapas de formulação de propostas e decisão e, segue sendo implementada e posteriormente avaliada para dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política.

Embora haja limitações quanto à fragmentação em etapas e haja discordâncias quanto à limitação de pensar que uma etapa não se caracteriza necessariamente como anterior ou posterior a formulação, há necessidade de se constituir um processo analítico que permita análise crítica da trajetória dos programas.

3.2.1 O modelo dos Múltiplos Fluxos

Na análise das políticas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, a investigação do processo de formação - formulação, fases pré-decisional e decisional - e de implementação no âmbito da gestão pública tem no modelo de Kingdon a possibilidade de explicar como a política surgiu, as mudanças ocorridas e porque ocorreram. O modelo tem a capacidade de responder o “por que” e “como” as decisões tomadas pelos governos culminam em mudanças no direcionamento das ações.

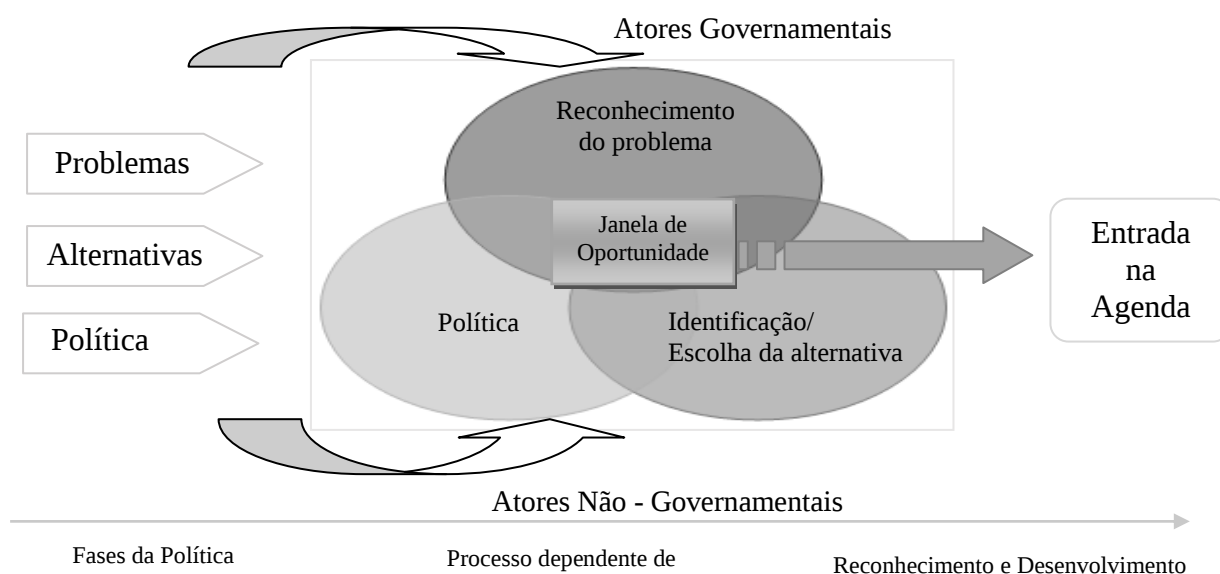
Embora o modelo de Kingdon tenha maior frequência na literatura internacional e possua foco maior na definição da agenda⁵ e no processo decisório, visto a possibilidade de se estender por diversos momentos (análise da formação da agenda, da formulação, do início e da implantação da política), sua utilização em estudos tem se ampliado no Brasil, ganhando maior destaque nos últimos anos (MACHADO, 2006; CAPELLA, 2007; LIMA, PINTO; PEREIRA, 2011; GOTTEMS, 2013).

No modelo teórico-metodológico construído por Kingdon (2014), que combina o modelo processual do ciclo de política pública com um modelo voltado para a análise das

⁵ O termo agenda é definido por Kingdon (2014) como uma lista de temas ou problemas para os quais atores governamentais e não governamentais (intimamente associadas com os atores governamentais), estão prestando a atenção em um determinado momento.

fases iniciais do ciclo de política, o *garbage can*⁶, o autor desenvolve o modelo de correntes múltiplas de determinação da agenda e especificação da alternativa, cuja mudança parte da ação de empreendedores políticos, que unindo as correntes do problema, das soluções e da política dispara uma nova política a partir da ocorrência de uma “janela de oportunidade” (LIMA, PINTO; PEREIRA, 2011).

Figura 1: Modelo dos Múltiplos Fluxos



Fonte: Kingdon, 2014.

No processo de constituição das políticas públicas um primeiro movimento se daria a partir da determinação da agenda, ou seja, definir o rol de ações necessárias, para os atores governamentais e para a sociedade, porém não se limitando apenas a isto, o modelo busca entender como e porque os objetos da agenda mudam de um tempo para outro (KINGDON, 2014).

Partindo do modelo teórico do ciclo de política, a agenda de decisão solicita o entendimento do caminho percorrido por uma ideia, o que pressupõe a análise dos processos de discussão sobre o assunto, dos discursos, dos atores envolvidos, das proposições normativas e projetos de Lei, mudanças de governo e, as pressões dos grupos de interesse. Ou seja, o entendimento de quais estratégias foram utilizadas para identificar o problema, o

⁶ No *Garbage Can* as políticas públicas escolhidas são realizadas como se as alternativas estivessem em uma “lata de lixo”. Segundo o modelo as instituições são formas anárquicas que compõem um conjunto de ideias com pouca consistência, ou seja, existem vários problemas para poucas soluções (CAPELLA, 2007; LIMA; PINTO e PEREIRA 2011).

debate desenvolvido em torno da construção de alternativas e os atores envolvidos no processo (KINGDON, 2014).

Ao compreender o debate que envolveu a construção de alternativas e dos atores envolvidos no processo, nos é permitido aprofundar o conhecimento sobre o processo de discussão, as interferências dos processos políticos, as mudanças de governo, as oscilações do sentimento nacional, da opinião pública e do contexto administrativo e legislativo favorável. (CAPELLA, 2007; LIMA; PINTO e PEREIRA, 2011).

No fluxo de problemas, o modelo busca elencar as questões reconhecidas como problemas e os motivos que os levam a adentrar a agenda governamental. Além das pressões políticas que podem alertar sobre a existência de problemas alguns indicadores permitem identificar as necessidades de mudanças ao definir a magnitude dos problemas (KINGDON, 2014).

O autor classifica estes indicadores nos seguintes tipos: a) indicadores sistemáticos, que podem tanto apontar a magnitude do problema para os formuladores quanto demonstrar a existência de uma questão ainda não observada; b) por acumulação de conhecimento de especialistas; c) do feedback produzido e do monitoramento sistemático, reclamações recebidas ou aprendizado produzido a partir do funcionamento de programas existentes; d) eventos como crises e desastres (questões orçamentárias, grandes epidemias, etc.) que ofertam pequeno “empurrão” para chamar atenção das pessoas de dentro ou ao redor do governo (LIMA; PINTO e PEREIRA 2011; KINGDON, 2014).

Tais indicadores, segundo Kingdon (2014) compõe três tipos de agenda: sistêmica, governamental e de decisão. A primeira, constitui-se de uma lista de assuntos que há anos são preocupação de um país, sem contudo merecer atenção do governo; a segunda, a agenda governamental inclui os problemas que merecem a atenção do governo e, por último, a agenda de decisão lista os problemas a serem decididos.

Outras questões enfatizadas por Kingdon (2014) na definição do fluxo de problemas que podem funcionar como promotores ou simplesmente restringir alguns itens na agenda trata-se do orçamento, as experiências pessoais dos formuladores e os símbolos. O primeiro, presente em quase todas as discussões de política pública, atua como um elemento restritivo mesmo em períodos de disponibilidade orçamentária, ganhando maior destaque em períodos de baixa disponibilidade financeira, ao acarretar incentivo à ações que ofertem maior economia, baixa disponibilidade de recursos e, menores custos (CAPELLA, 2007; GOTTEMS, 2010). Já as experiências pessoais dos formuladores e os símbolos, são

destacados como variações que podem reforçar algo que está acontecendo a ter proeminência na agenda (KINGDON, 2014).

Lima, Pinto e Pereira (2011) chamam a atenção para não se equivocar com o conceito de dificuldade e tratá-lo como problema. Os problemas tratam-se de construções sociais e envolvem interpretações, desta forma, segundo os autores, as dificuldades só podem ser definidas como problemas a partir do momento que as pessoas passam a acreditar que alguma coisa deve ser realizada para que haja mudança.

Quanto ao fluxo de alternativas, também denominado como “criação de ideias”, ao “flutuar” ao redor da política pública, persistem somente as ideias que tendo um apoio político seguem satisfazendo critérios reais de aplicação, sendo viáveis financeiramente, fundamentadas sobre valores compartilhados na sociedade ou simplesmente com possibilidade de adaptação a valores dominantes (GOTTEMS et al., 2013; RUA; ROMANINI, 2013; KINGDON, 2014).

Para Kingdon (2014) tais alternativas são geradas nas comunidades de políticas, constituída em grande medida por especialistas (pesquisadores, acadêmicos, consultores, assessores, funcionários governamentais, analistas, aqueles com mandato legislativo, etc.), que se ocupam de áreas específicas. Nestas comunidades, as propostas surgem, são combinadas entre si, sobrevivem ou simplesmente desaparecem (CAPELLA, 2007; RUA; ROMANINI, 2013).

Segundo Gottems et al. (2013) quando consideradas viáveis, passa a incidir sob as ideias uma defesa dos atores (empreendedores de políticas públicas) que tentam sensibilizar a comunidade política e a população em geral (processo de difusão), buscando chamar atenção e provocar aceitação (processo de persuasão e constituição de consenso).

Na visão de Kingdon (2014), a evolução do pensamento ocorre mais frequentemente pela recombinação de elementos, ideias e propostas já existentes do que pelo surgimento de novas estruturas. Porém, admite-se que a aceitação de uma nova ideia não é automática, desta forma, caso a disseminação seja exitosa, decorre-se um efeito multiplicador, conquistando novos adeptos, diminuindo a resistência dos indivíduos e proliferando a ideia.

O autor destaca que ainda como irrelevante tentar identificar a origem ou fonte de uma determinada ideia e, sendo cada caso único, pode levar a um regresso infinito, o mais importante seria analisar quais situações permitem um determinado item se tornar proeminente na agenda governamental.

Quanto ao terceiro item, o fluxo da política, que possui uma dinâmica fluída, baseada na barganha e na negociação política, três elementos devem ser considerados: o clima nacional, as forças políticas organizadas e as mudanças de governo.

O clima nacional, determinado por manifestações dos movimentos sociais, no processo eleitoral, opinião pública, nas pressões do legislativo, entre outros, envolvem situações onde há compartilhamento de preocupações e percepções entre pessoas de tal modo que produzam um solo fértil e ascendam à agenda no governo. Este elemento muda de tempos em tempos, provocando mudanças importantes na composição política e das políticas públicas e é tida como o aspecto mais forte do fluxo político, de acordo com Kingdon (2014).

Quanto às forças políticas organizadas, exercida por grupos de pressão geram um ambiente propício para mudança, quando há consenso para elaboração de uma proposta (equilíbrio de forças) (CAPELLA, 2006). Geralmente acompanhadas pelos políticos eleitos que realizam uma análise em relação a uma questão ou mesmo um problema, a percepção de que uma proposta não conta com apoio de alguns setores e/ou atores não implica necessariamente no seu abandono, mas, sinalizam aos formuladores sobre o ambiente, necessidade de custos adicionais ao processo e estabilidade da agenda (CAPELLA, 2006; KINGDON; 2014).

Finalmente quanto ao terceiro elemento, as mudanças de governo, são caracterizadas pelas mudanças de posições estratégicas dentro da estrutura governamental, mudanças de gestão, mudanças na composição do Congresso ou de chefias (HOCHMAN et al, 2007; CAPELLA, 2007; KINGDON; 2014). Tais mudanças exercem segundo Kingdon (2014), uma grande influência sobre a agenda governamental ao possibilitar mudanças que promovam a introdução de novos itens na agenda ou que provoquem um impacto dramático restringindo a entrada e/ou permanência do tema na agenda de políticas públicas de determinada área.

Os atores públicos são aqueles que, de fato, podem decidir sobre políticas públicas (HOCHMAN et al, 2007). Assim, no modelo de múltiplos fluxos, os atores acabam por desempenhar papel importante no processo político.

Entre os atores definidos como governamentais, inclui-se o Presidente, indicados, servidores, tendo o Presidente, mesmo sujeito a interferências externas, um papel fundamental na formação da agenda visto os recursos e visibilidade pública, poder de veto e possibilidade de fazer indicações que dispõe (KINGDON; 2014).

Outros atores, como os gestores de políticas públicas indicados pelo presidente, servidores e o poder legislativo, são destacados como atores governamentais que podem “elevar” demandas ao status de política pública, apoiar a especificação de alternativas e

implementação da agenda (GOTTEMS, 2007). Mesmo as esferas estaduais e municipais não deixam de ser atores importantes, muito embora não possuam tanta influência quanto o Presidente e o Congresso Nacional (GOTTEMS, 2007).

Entre os atores não governamentais destacam-se os grupos de interesse e a academia que exercem influência sobre os coletivos (diretamente relacionado ao número de pessoas que estes grupos são capazes de mobilizar) ou que podem influenciar na definição e escolha de alternativas (GOTTEMS, 2007). Segundo Kingdon (2014), a opinião pública tem relevante impacto na definição da agenda, promovendo ou bloqueando a agenda, porém, com limites para essa influência.

Finalmente, a conexão entre os elementos descritos acima eleva a probabilidade de um assunto entrar na agenda, a partir de um momento que Kingdon (2014) denomina como “janela de oportunidade”.

Os atores que exercem papel fundamental para a integração dos fluxos, denominados de empreendedores de políticas públicas, apresentam algumas implicações segundo Kingdon (2014): os indivíduos têm capacidade de perceber a oportunidade; atuam como defensores, articuladores e negociadores entre as pessoas e propostas, sensibilizando o meio político para uma determinada ideia; promovem ações e metas relativamente vagas de forma a possibilitar inovações e novas ideias e, de modo geral são atentos, persistentes e com habilidade de fazer conexões, antevendo a abertura de janelas de oportunidade e mobilizando-se no momento certo.

A abertura da agenda governamental parece ser maior nos primeiros anos de um novo governo segundo Kingdon (2014), configurando a presença de ciclos, em que as agendas possuem maior capacidade de expansão ou retração de acordo com certos períodos. Independente do momento em que é aberta, um atributo do modelo de múltiplos fluxos refere-se ao caráter transitório da abertura da janela de oportunidade, ou seja, do mesmo modo que as janelas se abrem, elas também se fecham, cessando portanto, a articulação dos fluxos e oportunizando a mudança na agenda governamental.

As principais características do modelo estão consolidadas a seguir:

Quadro 1: Quadro síntese do Modelo de Múltiplos Fluxos

Elementos que compõem o modelo	Descrição
Fluxo de Problemas	- Não há vínculo causal entre os problemas e soluções; - Questões decorrem de construções que envolvem a interpretação da dinâmica social; - São representados em geral por indicadores, eventos, crises, feedback de ações e símbolos que relacionam questões a problemas.
Fluxo de Soluções	- Não necessariamente resolvem os problemas mas, são as soluções tecnicamente viáveis que representam valores compartilhados, contam com consentimento público e receptividade dos formuladores, ganhando, portanto, maior chance de chegar à agenda - Sofre influências para seu desenvolvimento tais como viabilidade técnica, aceitação pela comunidade e, presença de custos toleráveis
Fluxo político - contexto	- Refere-se ao contexto político que favorece o reconhecimento de alguns problemas e o desenvolvimento de soluções. - “Clima Nacional”, forças políticas organizadas e mudanças dentro do governo são fatores que afetam a agenda.
Atores/Empreendedor Político	Alguns atores são influentes na definição da agenda e outros exercem maior influência na definição de alternativas. Implementadores podem ter participado da construção da política. O presidente exerce influência decisiva sobre a agenda
Janela de oportunidade /Mudança na Agenda	As oportunidades de mudanças dão ao empreendedor a possibilidade de realizar a integração dos fluxos e alterar a agenda.

Fonte: Capella, 2007 (Adaptado)

Bonafont (2004) e o próprio Kingdon (2014) destacam que das limitações na utilização do modelo dos múltiplos fluxos uma vez que o enfoque nos atores e nas relações interpessoais podem deixar a margem algumas questões, devendo-se considerar a influência das instituições no processo de formulação. Zahariadis (2007) também faz pequenas críticas ao modelo, propondo a ampliação da capacidade explicativa e de alcance ao considerar além dos processos decisórios, todo o processo político, incluindo a implementação. Contudo, Capella (2007) destaca que o modelo continua com foco nas ideias e considera o desenvolvimento de políticas como uma disputa sobre algumas eleições de problemas e criação de alternativas.

Sabatier (2007) apresenta outras críticas ao modelo, mencionando questões quanto a fluidez da estrutura, a operacionalização e o nível de abstração porém, em que pesem as críticas, o modelo tem potencial para constituir uma construção teórico-metodológica para apoiar na compreensão de como algumas questões são inseridas ou retiradas da agenda governamental (VIANA; BAPTISTA, 2008), além de auxiliar a compreensão do impacto das relações na formulação e implantação de políticas públicas de saúde.

3.3 MODELOS DE DECISÃO

Considerando que para um mesmo conjunto de dados possa existir diversos modelos que expliquem de forma satisfatória a sua estrutura, deve-se encontrar um conjunto de modelos válidos e adequados ao objeto do estudo, que esteja de acordo com critérios de qualidade, de simplicidade de interpretação.

Assim, foram utilizados para a análise estatística duas técnicas estatísticas, utilizadas de modo complementar, para o alcance dos objetivos da pesquisa: Modelos Lineares Generalizados e Análise de Correspondência, apresentados a seguir

3.3.1 Modelos Lineares Generalizados

O procedimento de modelagem proposto corresponde a uma síntese de diversos modelos unificados, tanto do ponto de vista teórico como conceitual quanto da teoria da modelagem estatística desenvolvida. Unifica a análise de desvios e generaliza a análise de variância para dados com distribuição normal e, incorpora os modelos log-lineares para tabelas de contingência, regressão logística e regressão Poisson, dentre outras, ligando a análise de dados discretos e contínuos (NELDER; WEDDERBURN, 1972).

Nelder e Wedderburn (1972), mostram que uma série de modelos comumente estudados separadamente podem ser reunidos sob o nome de Modelos Lineares Generalizados (MLG), sendo considerada, portanto, uma extensão dos modelos clássicos de regressão. Devido ao grande número de modelos que englobam e a facilidade de análise associada ao rápido desenvolvimento computacional vivenciado nas últimas décadas, os MLG têm desempenhado um papel cada vez mais importante na análise estatística (TURKMAN; SILVA, 2000).

Por definição, o modelo é constituído pelas variáveis Y e $x_1, x_2, \dots, x_n$, em que Y pode ser uma variável contínua, discreta ou dicotômica, tendo uma relação funcional com as variáveis $x_1, x_2, \dots, x_n$. Para uma amostra de n observações (y_i, x_i) , em que $x_i = (x_{i1}, \dots, x_{in})^T$ trata-se do vetor coluna de variáveis explicativas. Envolvem uma variável resposta (variável dependente univariada), variáveis preditoras também designadas por covariáveis ou variáveis independentes e, uma amostra aleatória de n observações independentes (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011). É caracterizado da seguinte forma:

a) componente aleatório do modelo: a variável dependente tem uma distribuição pertencente à família de distribuições que engloba as distribuições normal, gama e normal

inversa para dados contínuos; binomial para proporções; Poisson e binomial negativa para contagens. A importância destes modelos, como por exemplo o modelo binomial negativo na teoria dos MLG, é que permite incorporar dados que exibem assimetria, dados de natureza discreta ou contínua e dados que são restritos a um intervalo do conjunto dos reais, como o intervalo (0,1), ou seja, não há necessidade de fazer transformações (MCCULLAGH; NELDER, 1989; CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011). Dado o vetor de covariáveis x_i as variáveis Y_i são (condicionalmente) independentes com distribuição exponencial.

b) componente sistemático: constituído pelas variáveis independentes que entram na forma de uma soma linear de seus efeitos $\eta = X\beta$, sendo $X = (x_1, \dots, x_n)^T$ a matriz do modelo, $\beta = (\beta_1, \dots, \beta_p)^T$, o vetor de parâmetros e, $\eta = (\eta_1, \dots, \eta_n)^T$ o preditor linear (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

c) função de ligação: relaciona o componente aleatório ao componente sistemático, ou seja, vincula a média ao preditor linear, isto é, $\eta_i = g(\mu_i)$ (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

De forma diferente dos modelos normais lineares, para MLG não são necessárias normalidade e homocedasticidade para a variável resposta, que deve pertencer à família exponencial de distribuições (MCCULLAGH; NELDER, 1989).

Cordeiro e Demétrio (2011), define que devem ser seguidos como etapas essenciais para tentar modelar dados através de um MLG: I) Formulação dos modelos; II) Ajustamento do modelo e; III) Inferência.

As etapas devem ser realizadas sequencialmente, sendo que a etapa de formulação de modelos compreende a escolha de opções para a distribuição de probabilidade da variável resposta, a escolha das covariáveis e formulação apropriada da matriz de especificação (matriz modelo) e, escolha da função de ligação. A escolha destas opções visa a descrição adequada das características principais da variável resposta. Assim, Cordeiro e Demétrio (2011) destacam que deve-se examinar cuidadosamente os dados, principalmente quanto a: assimetria, natureza (variáveis dependentes discretas) e intervalo de variação. Quando a variância dos dados é maior do que a média (ao invés de igual), pode-se trabalhar com as distribuições gama, normal inversa e binomial negativa (HINDE; DEMÉTRIO, 1998).

Quanto ao ajuste do modelo, é representado pelo processo de estimação dos parâmetros lineares do modelo, ou seja, passa pela estimação dos coeficientes β 's e do parâmetro de dispersão ϕ , caso esteja presente (TURKMAN; SILVA, 2000; CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011). Neste momento é importante estimar ainda parâmetros que representem medidas de adequabilidade dos valores estimados, obter intervalos de confiança e realizar testes de bondade de ajustamento (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011)

Para a última etapa, a inferência é essencialmente baseada na verossimilhança e objetiva verificar a adequação do modelo, considerando a precisão e a interdependência das estimativas, construção de intervalos de confiança e testes de parâmetros de interesse, além de analisar os resíduos e realizar previsões de modo a verificar as discrepâncias locais. Quando as discrepâncias são significativas, pode resultar na escolha de outro modelo, ou aceitar a existência de observações aberrantes.

3.3.1.1 Modelo Binomial Negativo

A distribuição binomial negativa com parâmetros $k > 0$ e $0 < p < 1$ pode ser definida por:

$$P(Y = y) = \binom{k+y-1}{k-1} \left(\frac{p}{p+1} \right)^y \frac{1}{(p+1)^k}$$

para $y = 0, 1, 2, \dots$. O parâmetro $\mu = kp$ é igual à média e pode ser usado no lugar de p (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

A variância pode ser composta em termos da média como $\text{Var}(Y) = \mu(1 + \mu/k)$, o que caracteriza o modelo binomial negativo para estudar adequadamente fenômenos de superdispersão, ou seja, quando $\text{Var}(Y) > E(Y)$ (HINDE; DEMÉTRIO, 1998).

Segundo Cordeiro e Demétrio (2011), a distribuição acumulada da binomial negativa $P(Y \leq y)$ para y inteiro pode ser determinada a partir da distribuição acumulada da variável aleatória X , tendo distribuição binomial com parâmetros $k + Y$ e $(1 + p)^{-1}$ por $P(Y \leq y) = P(X \geq k)$.

3.3.1.2 Estimação dos parâmetros dos MLG

Há vários modelos para estimação dos parâmetros dos MLG. Diversos autores referem que o mais importante na aplicação do MLG está na escolha: da distribuição da variável resposta $\times$ constituição de uma matriz modelo adequada $\times$ função de ligação. Uma vez escolhido o modelo mais adequado, devem ser estimados os seus parâmetros e verificada a precisão dos mesmos (a partir do método da máxima verossimilhança com valores que maximizam a função de verossimilhança, e conseqüentemente a log-verossimilhança) (TURKMAN; SILVA, 2000; CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

Neste trabalho será apresentado o método de máxima verossimilhança, que possui propriedades ótimas como consistência e eficiência assintótica. O logaritmo de verossimilhança para o modelo de regressão Binomial Negativo é dado por:

$$l(\beta) = \sum_{i=1}^n \left(y_i \ln \left(\frac{\alpha \mu_i}{1 + \alpha \mu_i} \right) - \frac{1}{\alpha} (1 + \alpha \mu_i) + \ln \left(\frac{\Gamma(y_i + \frac{1}{\alpha})}{\Gamma(y_i + 1) \Gamma(\frac{1}{\alpha})} \right) \right)$$

Para estimativa dos parâmetros (α e β), é necessário recorrer a métodos iterativos para encontrar as suas soluções.

O algoritmo proposto opera através de uma sequência de problemas de mínimos quadrados ponderados para os quais existem técnicas bem testadas e, muito embora o algoritmo de Newton-Raphson seja bastante utilizado para resolver sistemas de equações não lineares isso nem sempre ocorre e, nos MLG o método de scores de Fisher acaba sendo utilizado como método mais simples, havendo apenas que fazer pequenos ajustes de acordo com a distribuição de probabilidade e função de ligação utilizada (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

As iterações param quando é atingido o critério de precisão escolhido, em geral, quando se atinge a convergência. Caso o processo iterativo não pareça convergir, isto demonstra uma má estimativa inicial ou a não existência de um estimador de máxima verossimilhança dentro dos valores admissíveis para o parâmetro β . (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

3.3.1.3 Escolha das variáveis do modelo

Uma vez especificado o componente aleatório e a função de ligação, há diferentes formas para definição do componente sistemático, ou seja, escolha de quais variáveis serão incluídas neste componente ou não. Depois de escolhidas as variáveis e realizado a estimação dos respectivos parâmetros (controlando sempre através de testes a qualidade de ajustamento do modelo obtido em cada passo), os resultados podem ser avaliados como significativos ou não, e por se tratar de um processo iterativo, se trouxeram ou não melhoria da qualidade do modelo.

Considerando que os modelos mais simples são normalmente mais estáveis (do ponto de vista numérico) e mais facilmente generalizáveis e que quanto maior o número de

parâmetros, maiores serão os desvios e a dependência do modelo em relação aos valores observados, pode-se optar por metodologias que se adequam mais facilmente ao conjunto de dados estudados, ou seja, há a possibilidade de partir com todas as covariáveis e ir eliminando as que não forem significativas - backward analysis, que parte passo a passo para trás, ou utilizar-se do método forward analysis – que parte do modelo mais simples e vai testando a inclusão das variáveis ainda não incluídas (verificando a qualidade do modelo resultante após a inclusão de cada uma delas separadamente), escolhendo-se portanto, a variável mais significativa. Este processo é repetido até que as variáveis ainda não incluídas no modelo tenham nível de significância inferior ao pretendido. Há ainda um terceiro método – stepwise analysis – que verifica em cada passo a importância de cada covariável já presente no modelo, uma vez que a inserção de uma covariável pode dispensar outras já incluídas anteriormente, havendo, portanto, a necessidade de avaliar a sua remoção (PAULA, 2010).

Independentemente do método escolhido, a avaliação da qualidade do modelo resultante deve sempre ser realizada, considerando para tanto, a qualidade do ajustamento aos dados, objetivo do estudo, relevância, número e grau de precisão dos parâmetros, etc. (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011; PAULA, 2010).

Quanto aos parâmetros de dispersão, também pode ser estimado utilizando o método da máxima verossimilhança, porém como método mais simples e que garante bons resultados, Cordeiro e Demétrio (2011) destacam a possibilidade de realizar a estimação através da estatística de Pearson ou através do método do desvio (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011; PAULA, 2010).

3.3.1.4 Medidas de qualidade de ajuste e seleção do modelo

Nelder e Wedderburn (1972) propuseram a *deviance* (análise desvios) como medida de discrepância entre os modelos que se configura como uma generalização da soma de quadrados residuais (SQR) na análise de variância e da razão de verossimilhança X^2 em tabelas de contingência e pode ser utilizada tanto para avaliação da qualidade do modelo quanto para testes de hipótese (LITTEL et al, 2006).

Para a distribuição binomial negativa, a função desviance é dada por:

$$D = 2 \sum_{i=1}^n w_i \left[y_i \ln \left(\frac{y_i}{\hat{\mu}_i} \right) - (y_i + k) \ln \left(\frac{y_i + k}{\hat{\mu}_i + k} \right) \right]$$

Quanto melhor o ajuste do modelo aos dados tanto menor será o valor de D , ou seja, um modelo bem ajustado aos dados apresentará uma verossimilhança grande e uma deviance pequena. Na prática, o objetivo-se executar modelos simples com desvios moderados, situados entre modelos complicados e os que se ajustam a mal dados (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011).

Outra medida de discrepância que pode ser utilizada para ajuste de um modelo a um conjunto de dados é chamado de estatística de Qui-Quadrado Pearson generalizada, dada pela seguinte expressão (CORDEIRO; DEMÉTRIO, 2011):

$$X^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(y_i - \hat{\mu}_i)^2}{\hat{\mu}_i + \alpha_i \hat{\mu}_i^2}$$

A escolha de um modelo apropriado deve considerar ainda os seguintes critérios de informação que apoiam a seleção de modelos:

a) O critério de Akaike – (AIC) Akaike (1974) em que p é o número de parâmetros a serem estimados no modelo, e definiu seu critério de informação como:

$AIC = 2p - 2 \log(L)$, sendo L a função de máxima verossimilhança do modelo.

b) Bozdogan (1987), propôs a seguinte correção para o AIC:

$$AIC_c = -2 \log L + 2(p) + 2 \frac{p(p+1)}{n-p-1}$$

c) critério de informação bayesiano (BIC), proposto por Schwarz (1978), dado por:

$BIC = -2 \log f(x_n) + p \log n$, em que $f(x_n)$ é o modelo escolhido, p é o número de parâmetros a serem estimados e n é o número de observações da amostra.

3.3.1.5 Testes de Hipóteses

Segundo Cordeiro e Demétrio (2011), os métodos de inferência nos MLG baseiam-se na teoria da verossimilhança e, portanto, três estatísticas mais usuais são utilizadas para testar hipóteses relativas ao parâmetro β : razão de verossimilhança, teste de Wald e, escore, que são assintoticamente equivalentes.

Para hipóteses relativas de um único coeficiente β_r , a estatística de Wald é a mais utilizada segundo Cordeiro e Demétrio (2011) e para hipóteses referentes a vários coeficientes, a razão de verossimilhança é considerada mais adequada.

Quando o Teste de Wald é utilizado para testar a hipótese considerando o parâmetro β_j estimado é igual a zero, a hipótese a testar será:

$$H_0: \beta_j = 0$$

$$H_1: \beta_j \neq 0, j = 1, \dots, p$$

A estatística do teste e a respectiva distribuição, sobre a validade de H_0 será:

$$W_j = \frac{\beta_j}{se(\beta_j)} \cap N(0,1)$$

Quando o objetivo for comparar a qualidade de ajustamento de dois modelos, o teste de razão de verossimilhança em que um modelo tem o subconjunto de variáveis do outro modelo (modelos aninhados) possibilita avaliar a significância dos coeficientes estimados simultaneamente, ou seja, verificar se o modelo estimado pode ser considerado globalmente significativo.

3.3.2 Análise de Correspondência

De acordo com Hair (2005) e Johnson e Wichern (2007) a Análise Multivariada é uma ferramenta estatística capaz de processar as informações e simplificar a estrutura dos dados de modo a sintetizar as informações quando o número de variáveis envolvidas é grande, facilitando o entendimento da relação existente entre as variáveis em estudo.

A análise de Correspondência (AC) foi descrita inicialmente em 1935 por Hirschfeld sendo redescoberto a partir dos anos 1960 na França e, desde então, tem sido utilizada como técnica de análise exploratória-descritiva de dados bastante eficiente para a análise de tabelas de duas entradas ou tabelas de múltiplas entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. Deste modo, a AC tem permitido a visualização gráfica das categorias das variáveis em uma tabela de contingência, verificando o grau de interação entre as mesmas e produzindo vantagens uma vez que possibilita a identificação de múltiplos fatores considerados pertinentes para captar a estrutura dos fenômenos em estudo. (CARVALHO, 2004).

De acordo com Pestana e Gageiro (2000) a técnica de AC pode ser proposta para encontrar e representar as relações existentes entre as variáveis em um espaço multidimensional, reduzindo assim a dimensão das variáveis qualitativas, obtendo-se portanto um número de fatores reduzido. Hair (2005) traz como objetivo a possibilidade de redução

dimensional em um conjunto de atributos e a possibilidade de produção de mapas perceptuais - como a técnica de agrupamento de casos, retratando, portanto, a correspondência de categorias das variáveis em estudo. Garson (2007) descreve a AC como proposta de fatoração das variáveis categóricas e exibição destas em um espaço de propriedades que realize a associação dessas variáveis em duas ou mais dimensões.

Embora este estudo não possua um volume elevado de dados, a possibilidade de representar um conjunto de dados através de um modelo gráfico que facilite a interpretação da relação entre as variáveis, estudando o cruzamento das variáveis linhas com variáveis colunas, dispostas em tabelas de contingência, pode trazer subsídios para tomada de decisão.

3.3.2.1 Conceito e descrição do método estatístico

Como técnica de análise exploratória de dados a AC realiza a conversão de uma matriz de dados em um tipo particular de representação gráfica, em que linhas e colunas da matriz são representadas de forma simultânea em forma de pontos no gráfico.

A Análise de Correspondência Simples, adequada para dados categóricos, permite a análise gráfica das relações existentes através da redução da dimensão do conjunto de dados, possibilitando a determinação do grau de associação global entre linhas e colunas, indicando como as variáveis estão relacionadas e suas possíveis associações (GREENACRE, 2007). A Análise de Correspondência Múltipla por sua vez tem como base a adaptação da estrutura dos dados para que se tenham casos nas linhas e variáveis nas colunas, gerando uma tabela de código binário, permitindo, porém, que mais de duas variáveis sejam analisadas ao mesmo tempo. A Análise de Correspondência Múltipla permite ainda que seja estabelecido perfis para cada unidade observada, permitindo a avaliação de relações entre estes e as variáveis em análise (GREENACRE, 2007).

Assim, o método permite a exploração de associações mais importantes entre as variáveis categóricas de um grande conjunto de variáveis discretas e sem estrutura claramente definida a priori, possibilitando uma representação e análise gráfica dos dados (GREENACRE, 2007; GARSON, 2007)

Considerando as linhas como “casos” e as colunas como variáveis, a forma mais simples de AC é através da aplicação a uma tabela de contingência de dupla entrada com i categorias de linhas e j categorias de colunas (GREENACRE; BLASIUS, 2006; INFANTOSI et al., 2014). Assim, pode-se construir a matriz:

Quadro 2: Representação de uma tabela contingência $i \times j$ (modo geral)

		Variável Y				
		1	2	...	J	Total
Variável X	1	n_{11}	n_{12}	...	n_{1J}	n_{1+}
	2	n_{21}	n_{22}	...	n_{2J}	n_{2+}
	...	...	...	...	...	
	I	n_{I1}	n_{I2}	...	n_{IJ}	n_{I+}
Total		n_{+1}	n_{+2}	...	n_{+J}	n_{++}

Onde:

n_{ij} é a frequência observada pela intersecção da i -ésima categoria da variável X com a j -ésima categoria da variável Y;

n_{i+} é a frequência total observada na i -ésima categoria de X;

n_{+j} é a frequência total observada na j -ésima categoria de Y;

n é o total geral de frequências observadas.

Seja N a matriz de frequências absolutas $N = [n_{ij}]_{I \times J}$, a matriz de frequências relativas será dada por $P = (1/n)$, onde cada linha ou coluna de P pode ser considerada um vetor de proporções, vai se obtendo o perfil de linha ou perfil de coluna e N passa a ser chamado de matriz de correspondência (GREENACRE; BLASIUS, 2006; INFANTOSI et al., 2014).

Quadro 3: Matriz de Correspondências

		Variável Y				
		1	2	...	J	Total
Variável X	1	p_{11}	p_{12}	...	p_{1J}	p_{1+}
	2	p_{21}	p_{22}	...	p_{2J}	p_{2+}
	...	...	...	...	...	
	I	p_{I1}	p_{I2}	...	p_{IJ}	p_{I+}
Total		p_{+1}	p_{+2}	...	p_{+J}	1

Onde:

$$p_{ij} = n_{ij} / n$$

$$p_{i+} = n_{i+} / n$$

$$p_{+j} = n_{+j} / n$$

Na nomenclatura da AC, os elementos dos centroides, seja ele de linha ou de coluna refletem a frequência relativa de uma determinada categoria em relação às demais, podendo

ser reconhecido como ponto de equilíbrio da distribuição da massa (frequências marginais) de observações.

O vetor de massas de linhas é dado por $r = [p_{1+}, p_{2+}, \dots, p_{I+}]$ e, o vetor de massa de colunas é dado por $c = [p_{+1}, p_{+2}, \dots, p_{+J}]$. O vetor $x_i = [n_{i1}/n_{i+}, n_{i2}/n_{i+}, \dots, n_{iJ}/n_{i+}]$ é chamado de perfil linha. Em função da matriz de correspondência P, o i-ésimo perfil linha será $x_i = [p_{i1}/p_{i+}, p_{i2}/p_{i+}, \dots, p_{iJ}/p_{i+}]'$, $i=1, \dots, I$, onde cada vetor x_i representa uma realização da distribuição multinomial, condicionada à i-ésima categoria da variável X. Analogamente, vetor $y_j = [n_{1j}/n_{+j}, n_{2j}/n_{+j}, \dots, n_{Ij}/n_{+j}]' = [p_{1j}/p_{+j}, p_{2j}/p_{+j}, \dots, p_{Ij}/p_{+j}]'$, $j=1, \dots, J$, é chamado de perfil coluna (GREENACRE; BLASIUS, 2006; INFANTOSI et al, 2014).

As distancias entre os pontos e o centroide são medidas entre os valores esperados e observados. Desta forma, é possível representar as distâncias entre os pontos linha e/ou coluna resultantes da associação entre as variáveis da tabela de contingência dentro do Espaço Euclidiano – utilizando as distâncias qui-quadrado (GREENACRE; BLASIUS, 2006; INFANTOSI et al, 2014).

Assim, é produzido o gráfico conhecido como Mapa de Correspondência ou Gráfico Perceptual que facilita a visualização das relações existentes entre as variáveis (LOURENÇO, 1997).

Um dos pontos relevantes da AC é que não há exigência de normalidade para a resposta estudada. Assim, permite simplificar dados complexos e produz análises de informações com soluções ajustadas sem a necessidade de realizar testes (GREENACRE; BLASIUS, 2006).

3.3.2.2 Teste de Hipótese

Com base nos estudos desenvolvidos por Greenacre, considera-se a hipótese nula de independência de linha-coluna, $n_{ij} = n_{i+} n_{+j} / n$, onde $i=1 \dots I$ e $j=1 \dots J$, e sendo equivalente à hipótese de homogeneidade das linhas: $n_{1j} / n_{1+} = n_{2j} / n_{2+} = \dots = n_{Ij} / n_{I+}$ ($j=1, \dots, J$).

A estatística X^2 que testa a hipótese nula de independência entre as linhas e colunas é dada por:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J \frac{(n_{ij} - n_{i+} n_{+j} / n)^2}{n_{i+} n_{+j} / n}$$

Para a hipótese da homogeneidade, a estatística X^2 pode ser interpretada geometricamente como a diferença dos perfis linha ou coluna aos seus respectivos centroides - c ou r. A significância de χ^2 indica desvios significativos dos perfis linha em relação a seu centroide ou a hipótese de homogeneidade.

3.3.2.3 Representação Gráfica

O processo gráfico gera inicialmente, uma nuvem de pontos contidos em um espaço multidimensional, tendo que recorrer a técnicas de redução de dimensionalidade e utilizando a análise de componentes principais para derivar um sistema de coordenadas para projeção plana. Nos planos, os pontos se distribuem naturalmente, segundo a representatividade dos mesmos, de acordo com o valor dos perfis, linha ou coluna, que representam o conjunto de dados (GREENACRE, 2007).

A representação gráfica obtida através da análise de correspondência possibilita a visualização da distribuição das variáveis na sua relação com todas as outras, portanto, cada categoria de cada variável estudada será representada por um ponto sendo que, as distâncias entre os pontos representam as relações entre as variáveis em análise (GREENACRE, 2007).

3.3.2.4 Teste Qui-Quadrado

A utilização do teste se dá quando há interesse em observar as frequências e tabelas de contingência e averiguar se existe associação entre os grupos definidos pelas variáveis (DANIEL, 2009).

A hipótese nula a ser testada deve considerar que não existe associação entre a situação pesquisada e as demais variáveis envolvidas

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} \quad , \text{ onde } k \text{ representa o número de categoriais, } o_i \text{ representa a}$$

frequência observada da categoria i e, e_i é considerada a frequência esperada na categoria i (DANIEL, 2009).

4 PROPOSTA METODOLÓGICA

Trata-se de estudo descritivo-analítico retrospectivo, desenvolvido a partir de abordagem qualitativa e quantitativa. Descritivo, pois, possibilita conhecer ou aumentar o conhecimento em torno da constituição e desenvolvimento da agenda federal para os Serviços de Atenção Domiciliar e, a partir uma visão geral, desenvolver, esclarecer ou modificar ideias. Analítico, uma vez que envolve a análise com maior profundidade dos dados, na tentativa de explicar o contexto da intervenção em estudo, ou seja, produzir algumas respostas acerca da sua efetivação pelo país (GIL,2008).

As abordagens qualitativas e quantitativa serão apresentadas com maior detalhamento a seguir, no entanto, destaca-se que a utilização destas se dá pelo fato da primeira adequar-se a configuração de processos particulares e específicos possibilitando a produção de um estudo com maior aprofundamento em torno da complexidade que julga-se possuir o tema. Quanto à abordagem quantitativa, ao utilizar dados numéricos e recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, busca-se constituir mensurações reprodutíveis e que apresentem precisão, confiabilidade e representatividade para as generalizações (GIL,2008).

4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa de âmbito nacional foi composta de municípios dos 27 estados brasileiros, sendo considerado para critério de inclusão a existência de uma estrutura mínima de ações e serviços de saúde em níveis de complexidade diferentes, de modo a garantir a integralidade dos usuários, respeitar as orientações definidas pelas normativas federais para os SAD, garantindo um volume de recursos compatíveis com as necessidades de investimento das RAS. Desta forma, com base nas normativas publicadas em 2011 e 2013 (Portarias nº 2527/2011 e Portaria nº 963/2013), ficou estabelecido para inclusão dos municípios as seguintes condições:

- Municípios menores de 40 mil habitantes: presença de SAMU e hospital de referência (no município ou região que integra), com presença no mínimo de 30 leitos;
- Municípios maiores de 40 mil habitantes: presença de SAMU e hospital de referência no município ou região que integra, com presença no mínimo 60 leitos.

A portaria nº 963/2013 destaca que municípios > 40 mil habitantes poderiam utilizar como substituto ao SAMU (Serviço Móvel de Urgência) o serviço móvel de urgência próprio. Porém, diante da heterogeneidade da sua estruturação pelos gestores locais, da dificuldade

para o levantamento destas experiências no âmbito nacional, da alta cobertura do SAMU no país e da inexistência do serviço em algumas localidades, foram excluídos da análise os municípios > 40 mil habitantes que não possuíam habilitados o SAMU até dezembro de 2015.

Desta forma, a população deste estudo foi composta por 2532 municípios, dos 27 estados brasileiros. Foram destacados os municípios com serviços habilitados no Diário Oficial da União (com proponente municipal ou estadual) e, as equipes cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

Para as equipes cadastradas no SCNES foi considerado como equipe de Atenção Domiciliar (eAD) as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) tipo I e tipo II, equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) e equipes habilitadas para o programa SOS Emergência.

Após selecionar a população para o estudo quantitativo, havendo a possibilidade de generalizações devido o número elevado de inclusões, ao contrário do estudo quantitativo, o estudo qualitativo buscou a seleção de casos que sejam ricos em conteúdo e que permitam ao pesquisador a obtenção de muitas informações sobre o propósito da pesquisa.

Para o desenvolvimento deste componente, considerou-se para o elenco dos participantes (critério de inclusão) a presença de pelo menos um dos seguintes critérios:

a) participação da formulação/reformulação da normativa em 2011 ou 2013; b) atuação na gestão e espaços de decisão no âmbito federal entre 2011 e 2015, por período mínimo de 2 anos; c) ter sido apontado como informante-chave pela Coordenação Geral de Atenção Domiciliar, representando, portanto, o que Contandriopoulos (2011) tem denominado como amostra não probabilística por escolha racional.

Ficou definida para apoiar a análise do momento inicial da política de Atenção Domiciliar a entrevista de gestores federais e um representante da Associação Brasileira de Assistência Domiciliar, que em função das suas *expertises* no assunto ou posicionamento político foram fundamentais para a inserção do tema na agenda pública e consequente formulação/reformulação da política.

Dos selecionados, um ministro da saúde não se sentiu confortável para responder as perguntas uma vez que não esteve tão próximo ao tema quanto aos outros participantes, o Secretário de Atenção à Saúde (entre 2011-2014) aceitou participar, porém diante de consecutivos problemas de agenda e conexão da internet, a entrevista não pode ser completada. Cabe ressaltar que o Diretor do Departamento de Atenção Básica não deu retorno aos contatos realizados. Assim, foram sistematizados ao final os dados de 7 participantes,

sendo identificados na apresentação dos resultados através de siglas – E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7, conforme forem sendo citados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, nº 55165116.7.0000.5188, com parecer liberado no dia 05 de maio de 2016, sendo adotado posicionamento ético do pesquisador segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS, nº 466/2012, que considera a necessidade de: respeito à autonomia do participante da pesquisa, garantia do anonimato que assegure a privacidade dos envolvidos aos dados confidenciais, declarando desconfortos e riscos mínimos previsíveis, medidas a serem tomadas pelo pesquisador para prevenir ou minimizar tais riscos, os benefícios esperados, entre outros.

4.2 COLETA DE DADOS

As técnicas escolhidas para a realização da coleta de dados foram: pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas, e, levantamento de dados secundários a partir de bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e bancos de dados de domínio público.

A pesquisa documental buscou melhorar a compreensão da teoria e a relação Estado e Sociedade que embasa a formação e formulação da AD, sendo sistematizados no quadro a seguir:

Quadro 4: Especificação da pesquisa documental

Documento	Ano	Fonte	Documentos relacionados ao tema	Descritores utilizados
Decretos presidenciais, projetos de lei e leis federais	1988 a 2015	Sistema de Legislação Federal da Câmara dos Deputados (http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao)	11	Assistência domiciliar, internação domiciliar, atenção domiciliar; domicílio; atendimento domiciliar; home care.
Pautas, Atas, Deliberações, Resumo Executivo das reuniões da CIT e CNS e, Conferências Nacionais de Saúde	1998 a 2015	http://portal.arquivos.saude.gov.br ; http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm ; http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/dai-departamento-de-articulacao-interfederativa/se-cit	19	
Relatórios e publicações do governo brasileiro e órgãos internacionais	1988 a 2015	Sistematizados a partir de citações em documentos de referência nacional e, conhecimento prévio	24	
Cartilhas e Manuais. Documentos técnicos relativos ao tema	2011 a 2015	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (http://bvsmis.saude.gov.br/index.php) e indicações da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/Ministério da Saúde	07	
Normativas, planos e diretrizes nacionais	1988 a 2015	Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde – Saúde Legis (http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM) e Biblioteca Virtual em Saúde (http://pesquisa.bvsalud.org/portal/)	34	
Total			95	

Fonte: Elaborado pela autora

Após o levantamento dos documentos foi realizada seleção, sendo incluído para a análise aqueles pertinentes ao tema e ao objeto de estudo. A inclusão de documentos anteriores a 2011 consideram a abordagem teórica, cuja reconstrução dos processos de formação e formulação considera a existência de um conjunto de decisões anteriores que influíram e orientaram a configuração da proposta em 2011, sendo decisivas, portanto, para a estrutura atual.

Para as entrevistas, foi proposto roteiro com questões semiestruturadas contendo questões essenciais e flexíveis de modo a respeitar a heterogeneidade dos respondentes e, cuja sequência e minuciosidade obtido no conteúdo ficaram por conta do discurso dos entrevistados e da dinâmica instituída durante o momento da coleta dados – embasada pelos pressupostos teóricos e pela vivência do entrevistador junto ao tema.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial ou utilizando-se de ferramentas síncronas, seja através de Aparelho de Videoconferência – disponibilizado pela sala do

Departamento de Informática do SUS (DATASUS) de Pernambuco ou software de conexões de voz e vídeo (SKYPE). O roteiro de entrevista foi previamente ajustado através da aplicação de piloto para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho.

Todas as entrevistas foram gravadas com gravador de voz digital em formato mp3 e posteriormente foram transcritas, tendo duração média de 49 minutos.

A partir da adoção da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS, nº 466/2012, o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1) foi enviado previamente por e-mail para leitura do conteúdo e posterior assinatura. A entrevista foi iniciada com a apresentação das informações sobre a pesquisa (objetivos, riscos, benefícios, e procedimentos aos quais seriam submetidos) e confirmado o desejo de participar voluntariamente da pesquisa.

Finalmente, para completar a coleta de dados, foram consultados sistemas oficiais, que na maior parte eram de domínio público, de modo a contribuir para a construção do modelo estatístico e tornar o estudo reproduzível em outros espaços ou períodos de tempo. Desta forma, foram utilizados:

- dados disponibilizados pela Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/Ministério da Saúde (termo de autorização de utilização dos bancos de dados disponível e carta de anuência - anexo 2 e 3);
- dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD) além de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS);
- Sala de Gestão Estratégica (SAGE) e,;
- Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

As limitações do uso dos dados, a defasagem na divulgação de algumas informações, o não preenchimento adequado dos instrumentos pelos órgãos e/ou instituições foram considerados como obstáculos à pesquisa, porém considera-se como fatores relevantes a seleção e utilização destas fontes devido sua relevância e disponibilidade, além de facilidade de manuseio e representação de um conjunto de variáveis de fácil levantamento em outras situações ou por outros indivíduos.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

A utilização de “modelos” deriva da necessidade humana em entender a realidade aparentemente complexa, possuindo uma relevância crescente diante da possibilidade de agrupar um conjunto de instrumentos e técnicas que vislumbrem a simplificação e apresentação das características essenciais de um determinado campo de estudo (SAYÃO, 2001; LOUSADA; VALENTIM, 2011).

Ao propor simplificação da visualização geral e da amplitude de uma variável alguns autores destacam também a possibilidade de representar de modo facilitado sobre os aspectos da realidade, auxiliando a identificação de possíveis relações entre os elementos (SAYÃO, 2001; BEATTY, 2013). Assim, tornando os dados descritíveis qualitativa e quantitativamente, buscou-se a utilização de modelos de reconhecimento no campo científico que pudessem colaborar para o objeto deste estudo, sendo apresentados a seguir em duas seções.

4.3.1 Instrumentos e análise de dados qualitativos

Adotando os conceitos de divisão em etapas para o estudo da política pública de saúde quanto à atenção domiciliar, partimos da proposta de investigação voltada a compreender como esta questão foi alçada à condição de problema de política pública de saúde. Seguindo o modelo de Múltiplos Fluxos, buscou-se verificar se a alternativa apresentada se mostra apta a solucionar os problemas constatados e como o fluxo político favoreceu mudanças importantes na agenda de políticas públicas, sem esquecer de observar outros dois recursos estruturantes destacados por Kingdon (2014): a janela de oportunidade e o empreendedorismo político.

Também se torna pertinente entender que se trata de uma dissertação, por isso, envolver no estudo a abordagem integral do ciclo de política extrapolaria os limites propostos. Além disso, diante do fato de o objeto em estudo constituir-se de um programa recente, dificultando um estudo de implementação mais aprofundado no âmbito nacional, trataremos na seção a seguir somente da implantação pelo eixo político-institucional (evolução nacional dos serviços, equipes, sua distribuição territorial e cobertura) de modo a produzir contribuições acerca do tema.

Segundo a base teórica, o estudo sob esta ótica exige a definição de modelos teóricos que possibilitem a compreensão da realidade, a definição dos sentidos e os significados dos processos envolvidos nas operações que, serão fixados na análise a introdução dos Serviço de

Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, cuja composição envolve a constituição de equipes específicas de Atenção Domiciliar (eAD).

Assim, o modelo de múltiplos fluxos de análise de políticas públicas é inserido neste trabalho devido à possibilidade de ser aplicável em diferentes sistemas políticos, definindo de forma relativamente simples a análise em uma perspectiva processual da formulação, nas fases pré-decisional e decisional, e de implementação no âmbito da gestão pública. A utilização desta abordagem visa sobretudo, apoiar a construção de respostas às perguntas de como a política surgiu, o que mudou e por que as mudanças ocorreram, respondendo “por que” e “como” as decisões do governo culminaram em mudanças dessa política ao longo do tempo.

Para atingir o objetivo, o método utilizado para análise das entrevistas foi a análise de conteúdo, com técnica da análise temática, ou seja, compreendendo o tema como um acervo de relações representado por palavras. A organização dos dados coletados e desenvolvimento das etapas de análise temática foram desenvolvidos com o auxílio do *software* Atlas.ti 7.0 (versão trial) apropriado para análise qualitativa e divididas nas seguintes etapas:

- a) pré-análise: consistido pela leitura exaustiva do material;
- b) exploração do material: transformação dos dados brutos - recorte do texto em unidades de registro e, posteriormente, na realização da classificação e agregação dos dados;
- c) tratamento dos resultados e interpretação: a partir da análise dos dados foram realizadas as inferências realizando interpretações articuladas com o arcabouço teórico (MINAYO, 2000)

As ferramentas do software possibilitaram a codificação das falas segundo as categorias de análise. Cada documento constituiu-se em um documento primário que após leitura foi dividido em citações (trechos relevantes para o estudo). A seguir foram agrupados em códigos e em famílias. Categorias mais fracas ou que tiveram pouca ênfase foram reagrupadas quando possível ou absorvidas pelos grupos familiares, conforme identificação umas com as outras.

A construção dos agrupamentos considerou o tema da Atenção Domiciliar como unidade de análise principal e as unidades intermediárias de análise constituídas a partir da temporalidade e dos interesses do estudo, segundo o modelo adotado.

A análise documental e fontes secundárias constituíram-se de importante estratégia para complementar os dados, sendo observados as recomendações de George e Bennett (2004) da necessidade de considerar questões como a utilidade de documentos para a formulação da

política e a relação das atividades, de modo a compreender a que propósito servia e apurar a relevância dos documentos analisados.

Diante da recomendação de Kingodn (2014) de observar os determinantes econômicos, políticos e sociais, haja vista a mobilização dos atores em torno da agenda em um contexto ampliado, foi inserido ainda tais determinantes no plano de análise para a construção da narrativa apresentada nos resultados.

4.3.2 Instrumentos e análise de dados estatísticos

A utilização de ferramentas estatísticas e constituição de modelos de decisão buscaram dar respostas a alguns dos objetivos propostos neste trabalho. Para iniciarmos a investigação sobre a implantação, algumas perguntas norteadoras foram utilizadas com o objetivo de direcionar o levantamento as variáveis de interesse.

1. Como a agenda governamental proposta em 2011 se expande pelos estados e municípios?
2. Quais fatores poderiam contribuir ou dificultar a expansão dos SAD?

Considerando a dificuldade do cumprimento de planos e metas pactuados entre as esferas de governo, o modelo de financiamento atual (condicionado a adesão ou não de programas e ações tidas como prioritárias) e dos objetivos propostos neste trabalho, foram definidas três (3) etapas para a análise. A primeira, constituída pela caracterização das mudanças propostas pelo governo federal para ampliar a elegibilidade dos municípios e, consequentemente, a possibilidade de adesão dos gestores municipais. A segunda etapa, composta pela caracterização das habilitações e implantações dos SAD/eAD e verificação da efetividade da expansão das eAD. A terceira etapa visa identificar como as variáveis de interesse (habilitação e implantação) podem ser influenciadas por aspectos específicos, tais como indicadores sociais, econômicos, organizacionais, entre outros (variáveis explicativas), facilitando ou dificultando a expansão dos SAD e eAD.

Desta forma, após realizar a classificação dos municípios segundo os critérios de inclusão e exclusão, as informações sobre as habilitações e implantações dos SAD/eAD foram agregadas com as seguintes variáveis:

a) Domicílios (DOM):

Considerando o cenário de práticas das eAD e o foco de atuação no domicílio, utilizamos o quantitativo de domicílios como indicador de base populacional e bem-estar social. Para construção do indicador de base populacional, partimos da população estimada

em 2015, seguindo a orientação do IBGE para cálculo de pessoas nos domicílios (3,3 pessoas por domicílio). Como indicador social, partimos dos conceitos do IBGE (2017) de que o domicílio também é um espaço de conforto, pois indicam a quantidade de moradores por dormitório e por cômodo, os serviços de que dispõem e os bens de consumo duráveis presentes nos lares.

b) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM):

Medida geral e sintética que aglutina três indicadores: o nível educacional, a esperança de vida e o produto interno bruto e, portanto, passam a ser considerados as dimensões básicas do desenvolvimento humano de um país (PNUD, 2013). Embora seja atualizado de tempos em tempos a partir de estimativas, utilizamos para o estudo os dados provenientes do último censo, oficializados pelo IBGE em 2010. Segundo o Atlas IDH-M, desenvolvido com base nos dados do Censo Demográfico de 2010, o Brasil possui um IDH-M de 0,727, com maior concentração dos municípios de baixo desenvolvimento humano nas regiões norte e nordeste e os municípios com alto desenvolvimento humano concentrados, principalmente, nas regiões sudeste e sul.

c) Índice de Gini para renda domiciliar per capita:

O indicador mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar per capita de uma determinada população, em um determinado espaço geográfico, variando entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo do zero menor a desigualdade de renda num país. Tem sido utilizado para analisar diferenciais na concentração da renda pessoal ao longo de toda a distribuição de renda, além de contribuir para a análise da situação socioeconômica da população, identificando segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras.

d) Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS):

Propõe a sistematização de um conjunto de indicadores que levam em consideração aspectos de condição de saúde da população, a estrutura do sistema único de saúde, desempenho do sistema de saúde e determinantes sociais que são analisados transversalmente no que se refere a equidade (BRASIL, 2012).

Para a avaliação do desempenho do SUS, foram selecionados pelo MS 24 indicadores (14 indicadores para inferência de oferta potencial de atendimentos e atendimentos realizados e 10 indicadores para medição do grau com o que os serviços e ações atingem os resultados esperados) distribuídos entre os níveis de atenção básica, atenção ambulatorial, atenção hospitalar e urgência e emergência. Posteriormente foram criados *Grupo Homogêneos (GH)* (tabela 02) baseando-se no Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), no Índice de

Condições de Saúde (ICS) e no Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do município (IESSM).

Tabela 3: Divisão por grupos homogêneos (GH) segundo seus índices

Grupos Homogêneos (GH)	IDSE	ICS	IESSM	Quantidade de municípios no Brasil por GH	Representatividade (%)
6	Baixo	Baixo	Sem Estrutura MAC	2183	39%
5	Médio	Médio	Sem Estrutura MAC	2038	37%
4	Baixo	Baixo	Pouca Estrutura MAC	587	10%
3	Médio	Médio	Pouca Estrutura MAC	632	11%
2	Alto	Médio	Média Estrutura MAC	94	2%
1	Alto	Médio	Alta Estrutura MAC	29	1%

Fonte: <http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>

e) Gasto per capita com ações e serviços públicos de saúde, transferências federais entre 2011-2015:

Gasto total per capita com ações e serviços públicos de saúde mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante e tem objetivo de analisar as variações geográficas e temporais do gasto com ações e serviços públicos de saúde por habitante, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Trata-se de uma ferramenta que visa subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde, sendo utilizado neste trabalho somente dados do ente federal, ou seja, o recorte de transferências federais médio entre os anos de 2011-2015(valor total empenhado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços de saúde aos estados e municípios).

Após o levantamento e a sistematização dos dados, a conferência foi realizada pela autora e as discordâncias foram sendo resolvidas conforme a necessidade. Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica.

As etapas de análise foram compostas pela sistematização dos dados, análise estatística descritiva das variáveis de interesse, seguido de modelagem e a análise dos dados com base na construção de modelos de decisão, ocorrendo a interpretação dos mesmos, para seguir a redação do relatório de pesquisa.

Deve-se destacar para este último processo, a necessidade de desenvolvimento da modelagem e parametrização, ou seja, que se façam escolhas e que sejam assumidos alguns pressupostos. Este trabalho adota alguns posicionamentos, ou seja, a escolha do tipo de modelo a ser utilizado, bem como os parâmetros apresentados consideram apenas o modelo de maior impacto.

Para todos os procedimentos estatísticos foi utilizado o programa *Statistical Package Social Science* (SPSS) for student para Windows, sendo adotado o nível de significância nos testes de hipóteses aplicados de 5%.

As análises seguiram os pressupostos para MLG e após a definição do componente aleatório e a função de ligação, seguiu-se com a escolha de quais variáveis seriam incluídas ou não, tendo como unidade amostral os estados. A seleção das variáveis explicativas foi realizada através do método stepwise.

Destaca-se a utilização da premissa de que modelos mais simples são normalmente mais estáveis e mais facilmente generalizáveis e, quanto maior o número de parâmetros, maiores os desvios e a dependência do modelo em relação aos valores observados. Depois de escolhidas as variáveis e realizada a estimação dos respectivos parâmetros (controlando sempre através de testes a qualidade de ajustamento do modelo obtido em cada passo) os resultados puderam ser avaliados se eram significativos ou não e por se tratar de um processo iterativo, se trouxeram ou não melhoria da qualidade do modelo.

Concomitantemente, foi utilizada a análise de correspondência como método complementar diante da possibilidade de visualização das relações mais importantes do conjunto de variáveis entre si. Partindo-se de uma matriz, constituída com as informações do modelo significativo produzido anteriormente, as habilitações e implantações dos serviços organizados por unidade federada (UF) foram tratadas como casos (linhas) e, nas colunas foram alocadas as variáveis de interesse: Índice de Gini, IDSUS e Domicílios.

A representação gráfica obtida através da análise de correspondência possibilitou a visualização da distribuição das variáveis na sua relação com as outras categorias, sendo representada por pontos e a distância entre estes, representando as relações entre as variáveis em análise.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Foram adotadas medidas para proteção ou minimização de quaisquer riscos durante toda pesquisa, sendo os participantes estimulados a fazer questionamentos sobre a pesquisa e retirar dúvidas relacionadas com o procedimento que a foram submetidos.

A confidencialidade foi mantida e, em nenhum momento ou por quaisquer meios existiu a possibilidade de divulgação pública dos resultados que permita identificar os dados do sujeito da pesquisa.

Sobre os riscos e benefícios da pesquisa:

Os riscos e desconfortos que eventualmente tenham ocorrido, foram de ordem subjetiva, considerando às expectativas pessoais e profissionais no que diz respeito à reflexão sobre o papel no processo estudado.

Quanto ao benefício, considera-se uma contribuição coletiva e de ordem acadêmico-institucional, não havendo benefício direto para o participante deste estudo. Está previsto para o final do estudo o compartilhamento das informações com atores e instituições que o apoiaram, assim como, a comunidade científica, através da publicação de artigo em periódico indexado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trataremos inicialmente da apresentação dos resultados e discussão do eixo da formação da agenda da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde e da formulação do programa que versa sobre os serviços de atenção domiciliar (Melhor em Casa), respeitando a metodologia e os modelos de análise selecionados.

No segundo eixo, seguiremos apresentando o que representou as mudanças propostas no âmbito organizativo, realizando uma caracterização sobre as mudanças que concederam uma ampliação no escopo de municípios que poderiam solicitar adesão ao programa, além da análise da efetividade na habilitação e implantação dos serviços. A partir da informação de efetividade na habilitação e implantação e, de um grupo de variáveis definidas como representativas (dos aspectos sociais, econômicos, demográfico e de saúde), buscaremos ainda analisar quais variáveis influenciam a habilitação e implantação, de modo analisar o perfil do conjunto de municípios que tem conseguido acessar os programas federais.

5.1 A FORMAÇÃO DA POLÍTICA PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR

5.1.1 O contexto histórico-político contribuindo para a formação da agenda

Partimos da necessidade de considerar o ambiente externo e histórico no qual surgem situações ou pressões, buscando compreender o que ocorreu para que o tema entrasse no estágio atual e, portanto, elencar as possíveis influências para a determinação da agenda.

Considerando a Constituição Federal de 1988 (CF) como instrumento inaugural para a garantia de saúde como direito fundamental (reconhecido pela Organização Mundial da Saúde – OMS, desde 1946) e do processo de descentralização e ampliação da autonomia dos gestores locais. Trata-se de um marco para o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, sendo constituída a partir da grande aposta de ampliação da rede de cuidados e diminuição das desigualdades de acesso, promovendo uma reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social e melhoria da assistência à saúde. Dentre seus artigos, destaca-se:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196, Constituição Federal).

Com uma conjuntura política e econômica desfavorável no início dos anos 1990 e, de presidentes que seguiram inicialmente uma agenda neoliberal (com abertura da economia ao mercado internacional e redução do papel do Estado), não se comprometendo com a reforma sanitária, as leis orgânicas da saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90), ainda conseguiram ser aprovadas no início dos anos 1990 devido a composição do Congresso Nacional se manter a mesma da Assembleia Constituinte (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 1990).

Apesar do cenário difícil, ainda foram dados os primeiros passos para a implantação do SUS. Entre 1990 e 1994 foram orientados e definidos pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios passassem a assumir novas atribuições no campo da descentralização das ações e contribuir para a implantação do SUS. As Normas evoluíram, de acordo com o processo de amadurecimento do SUS, orientando a descentralização dos recursos e processo decisório, especialmente para os municípios.

Influenciando o processo de implantação do SUS, em uma época que a comunidade internacional exercia grande pressão econômico-política para a agenda da saúde, dois documentos publicados pelo Banco Mundial são destacados pela literatura como orientadores dos rumos da ação do Estado nos anos 1990. O primeiro, de 1991, intitulado “Brasil: um novo desafio à saúde do adulto” rebate os avanços formais da reforma sanitária tomando por base intervenções bem-sucedidas dos países industrializados, direcionando para uma seletividade das ações diante dos prováveis custos e impactos ao aconselhar que “os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação (p.7)”

No segundo documento, publicado em 1995, a agenda de reforma é defendida através de recomendações e estratégias de curto e médio prazo voltadas para a lógica de mercado e custo/benefício, foco na ampliação do setor privado, na descentralização da operacionalização dos serviços para a sociedade. Em consonância com o Estado Neoliberal atuante no país, tais recomendações são absorvidas rapidamente por reformas realizadas pelo governo, que passam a ser implementadas pelo presidente Fernando Henrique Cardoso em 1995⁷.

Agregam-se a este cenário as recomendações da Organização do Comércio e Desenvolvimento Econômico (OCDE) onde os “*custos com saúde devem manter-se sobre controle*”, sendo estimulada a racionalização de equipamentos médicos, diminuição de leitos

⁷ Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal publicam documento referente a Reforma do Estado (Sistema de Atendimento de Saúde do SUS) que sintetiza a proposta de reforma para este setor, em consonância com o documento elaborado pelo Banco Mundial, em 1995 e tem eixo principal na racionalização dos custos. O Presidente ainda mobilizou forças para realizar revisões na Constituição, em especial, no capítulo referente ao financiamento da saúde.

hospitalares, devendo ser substituídos por cuidados domiciliares e, grande número de incentivos e desincentivos financeiros para promover a eficiência ao nível municipal.

Diversos aspectos envolvem o processo de descentralização e financiamento da saúde neste período e embora alguns movimentos tenham sido iniciados, sobressai o cenário de crise, déficit orçamentário e financeiro e, alta inflação do início dos anos 1990 como elementos determinantes para a má qualidade dos serviços de saúde e dificuldade para expansão de novos investimentos neste período (GIOVANELLA, 2012; SOUSA, 2014).

Neste sentido, Negri (2002) define os anos 1990 em dois momentos. O início da década, permeado por uma indefinição orçamentária e crise econômica e, o final da década com a busca de solidez do sistema - com a instituição de processos como o de descentralização da gestão (fortalecido pela NOB 01/96) e, constituição de mecanismos de apoio ao financiamento da saúde. Considerando que a redução de desigualdades passa necessariamente pela política de investimento, quanto ao financiamento, em 1997 é instituído a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que não garante a expansão dos recursos da saúde, mas pode estabelecer uma vinculação do orçamento do Ministério da Saúde, expressando certa solidez e, portanto, um avanço para a transferência de responsabilidades ao apoiar a liberação de recursos para ações redistributivas e promoção de maior equidade.

A ampliação da oferta de serviços e de acesso da população, bem como a mudança do modelo assistencial, desafios da década de 1990, tiveram no PSF grandes apostas, inclusive com grandes inovações, que se evidenciou que determinadas atividades não poderiam ser remuneradas por procedimentos, porque se adaptavam melhor a uma remuneração do tipo per capita (BRASIL, 1996). Destacam-se a estruturação do sistema de saúde, especialmente, a partir da segunda metade dos anos 1990 e, avanços através da execução de ações específicas tais como a organização da eSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), incremento no programa nacional de imunizações, assistência farmacêutica, programa de Doenças Sexualmente Transmissível (DST) e AIDS, cirurgias eletivas, saúde da criança (BRASIL, 1998; AMARAL et. al, 2001; NEGRI, 2002; LEVCOVITZ, 2001; BRASIL, 2006; PEREIRA, 2012; MACHADO, 2013; SOUSA, 2014; REIS et al. 2016).

No âmbito do cuidado domiciliar, são observados alguns prelúdios no início dos anos 1990, principalmente com a adoção do Programa Saúde da Família, originário de propostas de diferentes grupos e articulações tais como a Medicina Comunitária, as ações primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial por um modelo voltado para os princípios da universalidade, equidade e

integralidade, incorpora também procedimentos específicos de visita domiciliar promovidos por todos da eSF, que passariam a ser informados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)

Entre os anos de 1997 e 1998 um conjunto de portarias foram publicadas pelo governo federal. Para a Atenção Básica, a pactuação trazida pela normativa trata o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para o processo de reorientação da atenção básica em saúde e mudança do modelo assistencial no qual se engaja o país. Das discussões e pactuações, as equipes de eSF seguem sendo incentivadas para atuar sobre um diagnóstico da comunidade, realizando planejamento e programação local, com uma abordagem multiprofissional e dentre outras atribuições, realizar visitas e assistência domiciliar e identificação para realização de internação domiciliar, quando necessário.

Concomitantemente, o incentivo a desospitalização é promovido com vistas a diminuir custos a partir de dois eixos: o credenciamento de hospitais para a prática de internação domiciliar e a instituição das unidades de assistência domiciliar terapêutica (ADT) aos pacientes portadores de HIV (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006).

A análise do relatório de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde dos anos 1998-2001, período que envolveu grande parte do segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) e toda a gestão do Ministro José Serra (1998-2002), traz medidas que apoiaram a sistematização do cuidado domiciliar, principalmente no âmbito da atenção básica. Também é observado uma expansão dos conceitos e reconhecimento da oferta de cuidado desta modalidade uma vez que há também uma orientação para direcionamento para execução das práticas na atenção ambulatorial, atendimento domiciliar e ênfase na saúde pública (BRASIL, 2002; OPAS, 2002).

Assim, para a expansão da eSF e, conseqüentemente, das ações de assistência e visita domiciliar, em 1998 é definido um orçamento específico para a AB com vistas a garantir visibilidade e interesse dos gestores municipais, contribuindo para o cumprimento das metas de implantação e melhora nos indicadores de saúde. Quanto a internação domiciliar, estratégia de incentivo à desospitalização, a aposta de incentivo se deu a partir da sistematização de pagamento através da tabela SUS, ou seja, ficou estabelecido procedimentos remunerados como instrumento de indução de políticas e ampliação do acesso. Observa-se ainda no relatório de gestão a implantação de duas modalidades de cuidado de maior complexidade para dois grupos específicos no domicílio:

- 1) Instalação de procedimentos (na tabela SUS) de diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automática (DPA) no domicílio a partir de

1998, ofertando conforto e autonomia para o paciente portador de doença renal crônica. Não teve grande adesão inicialmente, expandindo-se após 2002.

- 2) criação do programa de Assistência Ventilatória Não-Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva, em estágio avançado (habilitação dos serviços passa a ocorrer somente em 2002).

Sousa (2014) e Rehem e Trad (2005) destacam as modalidades de assistência e internação domiciliar como necessárias e justificam a expansão da assistência domiciliar neste período (pelas eSF) devido grande incentivo federal, menor custo de operacionalização e utilização da base comunitária. Deve-se considerar também que é neste período onde as preocupações iniciais de ampliação de cobertura decorrente do impacto nos indicadores de saúde passam para uma nova fase, ou seja, o PSF passa a ser visto como aposta para a reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1997; FINKELMAN, 2002; NEGRI, 2002; SOUSA, 2014).

O grande incentivo no PSF (financeiro e técnico) acabou por levar a um descompasso na expansão das modalidades assistência e internação⁸. O descompasso também é percebido entre o público e o privado uma vez que há o avanço de 3700% da assistência domiciliar realizada pelos planos de saúde entre 1994 e 1999 além da desobrigação dos planos e seguros de saúde em garantir a modalidade de cuidado (inclusive nos dias atuais).

Num cenário de recursos escassos e de disputas de projetos, Finkelman (2002) colabora para entendimento dessa situação ao destacar o prejuízo para ações de saúde que sequer chegaram a ser citados e, programas que passam a depender da celebração de convênios devido a restrição orçamentária e priorização das ações de promoção e prevenção.

Sobre as ações priorizadas na década de 1990, Machado (2006) corrobora com tais informações ao definir como três políticas priorizadas no período de 1990 a 2002: a descentralização da gestão do sistema, o fomento ao PSF e o fortalecimento da política de combate à AIDS. Noronha e Soares (2001) em estudo sobre a política de saúde nos anos 1990 chamam a atenção não só para o que foi priorizado e os avanços alcançados, mas também para os riscos que a contramão dos investimentos públicos promovera para o SUS diante dos marcos neoliberais introduzidos neste período.

⁸ Em 2002, enquanto 16.698 equipes de Saúde da Família atuavam com financiamento federal, desenvolvendo entre suas ações a assistência domiciliar, no caso da internação domiciliar promovida por equipes hospitalares, entre 1998 e 2002 apenas 06 (seis) municípios receberam recursos provenientes do Bloco de Média e Alta Complexidade para atuação no campo da internação domiciliar, sendo eles: Fortaleza, Jundiá, Marília, Paulínia, Santo André, São José dos Campos, Florianópolis e Santa Maria.

De modo antagônico, a visão de economicidade que vinha se desenvolvendo em torno do *home care*, para a internação domiciliar em especial, nos anos 2000, a OMS publica um relatório do seu grupo de estudos sobre Cuidados a Longo Prazo sugerindo que embora em muitas regiões no mundo haja grande interesse nos cuidados de saúde promovidos em casa, promovendo redução dos custos aos sistemas de saúde e possibilitando maior humanização do cuidado, há também um perigo que o rótulo *home care* seja usado para justificar uma abdicação de responsabilidade pública.

Embora as vertentes humanística e econômica possam parecer deste modo como ações opostas, os motivos e problemas destacados que justificam o aprimoramento do debate em torno do cuidado no domicílio coincidem em muitos documentos (OCDE, 1995; WHO, 2000; WHO, 2002; MENDES, 2001; ONU, 2002; OPAS, 2002; OPAS, 2005; WHO, 2012). Tanto nos documentos orientadores quanto na literatura o cuidado no domicílio é proposto como possibilidade para:

- apoio as necessidades que emergem do processo de transição demográfica iniciada a partir dos anos 1980, com acentuado envelhecimento da população brasileira e redução na taxa de fecundidade;
- suporte a rede assistencial de saúde com atuação sobre as morbidades e comorbidades que decorrem da mudança do perfil epidemiológico da população (coexistência de doenças agudas e doenças crônicas e degenerativas, além do forte crescimento das causas externas);
- alternativa para otimização ou mesmo redução dos gastos hospitalares melhorando, portanto, a eficiência do gasto público em saúde;
- possibilidade de ofertar maior individualização e humanização da assistência;
- enfrentamento da resistência a novos modelos de cuidado por profissionais e instituições.

Não obstante às influências de órgãos internacionais e comunidade científica que apresenta diversos estudos sobre as potencialidades da AD, também é possível observar um consenso sobre a necessidade da entrada do tema na agenda a partir dos espaços de participação e controle social do SUS. Desde 1996, ano da 10ª Conferência Nacional de Saúde, esta modalidade de atenção é identificada como uma alternativa de cuidado e destaca-se neste primeiro momento, a necessidade de estar integrada aos outros equipamentos de saúde para a atenção resolutiva e, sobretudo, segura do usuário:

“O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar, organizar e incrementar, conforme o caso, Programas de Atendimento e Internação Domiciliar, através de Equipes Multiprofissionais, com infraestrutura e recursos tecnológicos de diagnóstico e terapêutica que permitam o atendimento adequado às intercorrências clínicas e garantam a referência, contra referência e o acesso a outros serviços, quando necessários para a atenção resolutive, inclusive aos portadores de doenças crônicas e pacientes terminais (10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996)”.

As conferências seguintes (11ª, 12ª e 13ª) vão continuar tratando da necessidade de instituição e financiamento adequado dos cuidados promovidos tanto pela atenção básica quanto pelas equipes de desospitalização que atuam no domicílio, variando apenas quanto aos conceitos de assistência, atendimento e internação domiciliar em suas recomendações.

A organização desta modalidade sob a ótica da redução de custos, atendimento às condições crônicas e definição de novos papéis para o hospital e atenção básica ganha novo impulso a partir de 2002 com a publicação da lei n.10.424/2002, que agrega ao Sistema Único de Saúde as duas principais tipologias de cuidado no domicílio, ou seja, a internação e assistência domiciliar.

O projeto que dá origem a lei foi proposto pelo médico e Deputado Dr. Hélio (PDT/SP) na Câmara dos Deputados no seu primeiro ano de governo (1999) e ao seguir na Câmara, é alterado pelo Deputado Eduardo Barbosa (PSDB / MG) - médico e relator da Comissão de Seguridade Social e Família. As mudanças propostas pelo relator acabam vinculando a assistência e internação domiciliar a indicação médica, com expressa concordância do paciente e da família e, embora estas questões possam limitar o desenvolvimento destas modalidades de cuidado, trata-se de um grande avanço para a AD visto a sua incorporação no SUS.

A publicação da lei garante sobretudo, atenção pública e torna necessária a regulamentação do tema pelo poder executivo. É vista também como um marco para alguns dos entrevistados, sendo entendida como uma “oportunidade”, e ao mesmo tempo uma ação pouco amparada e desenvolvida pelos gestores federais à época como é relatado

“Apesar do complemento da lei 8080, que faz a inserção do cuidado no domicílio no SUS, a falta de detalhamento, de uma regulamentação que define a organização, por exemplo, das modalidades, dificultou o seu desenvolvimento”. (E7)

Não é possível definir se houve pouca atenção do governo federal para o desenvolvimento do detalhamento deste tema em 2002. No entanto, observa-se a inclusão de

ações de assistência domiciliar a serem desempenhadas pelas equipes de Saúde da Família na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002) e realização de Oficina de Trabalho para discutir as diretrizes para formulação de modalidades de remuneração dos serviços de saúde e de “créditos e valores” referidos no artigo 26 da Lei Nº 8.080/90 (incluindo na pauta a questão do atendimento domiciliar). No âmbito da saúde do idoso foram incluídos ainda a assistência domiciliar nas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e incorporado procedimento na tabela SUS de Assistência Domiciliar Geriátrica.

Em 2003, com o início do governo Lula, a agenda setorial foi representada por algumas continuidades e algumas mudanças na condução das políticas públicas. A perspectiva dada por Kingdon (2014) de que as mudanças no governo facilitem a introdução de novos itens na agenda pode ser evidenciada a partir da análise do plano de governo do presidente Lula e dos relatórios de gestão do Ministério da Saúde entre o período de 2003 a 2006.

Destacam-se eixos de atuação caracterizados por propostas incrementais (PSF, CAPS, Programas de combate a fome, Política de Saúde Bucal, entre outros), com foco em grupos específicos (mulheres, idosos, quilombolas, indígenas, igualdade racial, entre outros) e, inovadoras, com destaque para a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências, que cria o SAMU, fortalece as centrais de regulação e institui a Internação Domiciliar como componente pós-hospitalar. Outras propostas como a criação do programa Farmácia Popular e incentivo a mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de publicações como a Política Nacional de Humanização também são lançadas logo no início do governo.

No rol de ações, é destaque a construção de reforma administrativa e definição de uma Agenda de Compromissos tripartite com três componentes: o pacto em defesa do SUS, o pacto pela vida e o pacto de gestão, tratando-se de importante ação, segundo Teixeira e Paim (2005).

Para a agenda da AD, apesar das dificuldades para se desenvolver, segundo alguns entrevistados é a partir da entrada de novos gestores⁹ que alguns movimentos mais estruturados, que contribuíram para a agenda atual, começam a ocorrer

“Nasce essa discussão da AD a partir de 2003/2004, quando a gente tem uma gestão de esquerda na gestão federal, que passa a olhar pra outros pontos que não somente a questão do serviço especializado com foco só na tecnologia dura. Eu acho que a mudança teve interferência sim! [referência aos novos

⁹ A nomeação de um político brasileiro como Ministro da Saúde é acompanhada da composição de uma equipe de segundo escalão formada por atores com participação no movimento da reforma sanitária brasileira e experiência prévia de gestão pública.

gestores que propõe a internação domiciliar como alternativa para a abreviar ou substituir internações hospitalares]. O interesse nessa área continua [atenção especializada e hospitalar], porém passa a olhar também e perceber a necessidade de outras tecnologias pra dar conta por exemplo da transição epidemiológica e tudo mais. (E1)”.

“a agenda começou a ser aventada no MS por um grupo que começou a fazer alguns tipos de estudos, escrever alguns critérios, escreveu um primeiro documento – saiu um primeiro documento sobre a AD na AB no SUS em 2004 e ficou mais ou menos em stand by. Não havia um direcionamento político muito claro na época (E5)

Percebe-se a dificuldade na pactuação da introdução do tema na agenda ao observarmos que a atenção domiciliar é pautada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por diversas vezes no final de 2004, apresentando dificuldades de ser debatida diante da priorização de outros temas. Outra questão observada na dificuldade levantada pelo entrevistado refere-se ao documento citado, que juntamente a proposta de documento orientador para a assistência domiciliar construído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (que até chegou a ser colocado em consulta pública), nunca chegaram a ser publicados de fato.

A falta de definição política apontada pelo entrevistado não tira o problema da agenda e muito menos a definição de alternativas. A internação domiciliar é inserida e aprovada no Plano Nacional de Saúde 2004-2007 com proposta de apoiar, juntamente a outras ações, a reorganização hospitalar, tendo como meta audaciosa a implantação de 1200 equipes especializadas de atenção domiciliar (equipes de internação domiciliar).

Ainda sem a definição normativa para seu desenvolvimento, a partir da análise do resumo executivo da CIT de novembro de 2005 observa-se a preocupação dos gestores com o cumprimento de algumas metas e indicadores pactuados, como a Internação domiciliar, que não haviam sido efetivadas. Com a crítica a formatação do documento construído para a definição desta modalidade, é sugerido durante o encontro a identificação de meios para cumprir os objetivos propostos além de, identificação de técnicos habilitados para esta tarefa.

Em fevereiro de 2006, fruto da ampla mobilização e pactuação realizada pelos gestores federais em parceria com diversos órgãos e esferas de gestão, são efetivados o conjunto de reformas institucionais disparados em 2003, que dão origem aos Pactos de Saúde. Com vistas a estabelecer metas e compromissos para cada ente federado, além de criar e redefinir programas e formas de transferências federais é seguido da reformulação de diversas ações e programas, dentre eles, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é aprimorada, definindo atribuições específicas para às AB e ESF. O campo da assistência

domiciliar fica restrita às eSF que tem por atribuição o cadastramento, visita, acompanhamento, consultas e procedimentos domiciliares.

No caminho das discussões, é pactuada a “*Internação Domiciliar no contexto da Política Nacional da Saúde do Idoso/DAE/SAS*” na CIT de março de 2006 e, no final do ano, é finalmente publicado a normativa que organiza, dá orientações sobre a estrutura dos serviços e define financiamento para esta modalidade (Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006). A diretriz organizativa publicada dá ênfase no apoio de equipamentos de urgência e emergência, no entanto, sem definir uma estrutura mínima de equipes para tal ação. Faz ainda a inserção dos serviços na rede de atenção à saúde propondo a integração com o sistema de modo a fazer a “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica, estabelecendo pela primeira vez financiamento específico para sua implantação e desenvolvimento.

Vale destacar que no processo de construção da agenda da internação domiciliar, tem-se ainda a contribuição da pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde à Universidade Federal do Rio de Janeiro (2005-2007), que realiza aprofundamento das experiências de internação domiciliar que vinham se desenvolvendo no país e oferta grande apoio à construção da diretriz nacional, trazendo como modelos experiências exitosas que já estavam em andamento a partir da iniciativa de gestores locais. Este evento de olhar para as experiências também é lembrado por um dos entrevistados como fator de contribuição para pensar na estruturação da agenda de 2006

“Tinha algumas pessoas dentro do MS (...) com uma vivência importante no tema. Elas puxaram um grupo onde várias pessoas começaram a escrever. Paralelamente a isto, começaram a olhar para as experiências que começaram a se consolidar mais pelo Brasil afora em 2005 e 2006, especialmente as experiências BH, Londrina, Campinas, Cascavel, de Santos, de Brasília” (E2).

As experiências municipais e estaduais que vinham se desenvolvendo com foco na desospitalização, atenção aos pacientes crônicos, cuidados paliativos, atenção ao idoso, cuidados aos portadores de HIV subsidiam a constituição de alternativas às custosas estadias hospitalares. A modalidade torna-se atraente como possibilidade de substituição do *locus* de cuidado nos casos de pacientes com enfermidades e lesões agudas, administração de medicamentos, cuidado à agudização de condições crônicas, dentre outros (PEREIRA et al., 2005; SILVA et al. 2005; WINGESTE, 2008).

A atuação integrada dos entes federados em andamento desde 2003, também envolve outros órgãos, o que dá origem ainda a Resolução RDC/ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de

2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, sejam públicos ou privados e, agrega os conceitos em torno do cuidado no domicílio, diferenciando-os e delimitando o escopo de atuação.

Ainda que tenham sido produzidas diversas pactuações e portarias que privilegiam o cuidado domiciliar, as resoluções dos problemas não ocorrem somente a partir das normatizações, devendo-se considerar a existência de outros elementos para sua construção e efetiva implementação (KINGDON, 2014).

Paim (2007) e Paim et al (2011) avaliam positivamente o governo Lula (2003-2010), citando particularmente, a ampliação da atenção básica e ESF, o SAMU, a implementação da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde bucal, o investimento em formulação e estruturação de políticas para a média e alta complexidade, atenção hospitalar e de urgências, os Pactos e a valorização do planejamento. No entanto, Teixeira e Paim (2005), Machado et. al., (2011), Menicucci, (2011) e Carvalho (2013) tecem críticas a priorização e tendência de privilegiar projetos de impacto na mídia em detrimento de políticas públicas comprometidas com a radicalização da Reforma Sanitária Brasileira.

Carvalho (2013) reconhece progressos na organização do SUS, mas traz evidências do “desfinanciamento federal” da saúde entre 1995 e 2011 que ocasionam disputas entre “marcas de governo” criadas no intuito de concretizar um legado para a posteridade de governos e ministros e, a “marca SUS”.

O autor destaca que a grande expansão dos serviços e consequentemente, dos gastos federais voltados para os programas prioritários, entre 2004-2008, acabam por comprometer muitas ações em saúde tidas como não prioritários. Considerando o objeto de estudo, no caso da Internação Domiciliar, isto se torna visível diante do resultado apresentado no final de 2010 - apenas 38 serviços habilitados em apenas 13 municípios brasileiros¹⁰. Ou seja, os fatores que operam em torno da constituição de novas políticas acabam por restringir o tema do cuidado domiciliar visto a priorização de outras frentes de trabalho.

Assim, o cenário de disputa que se destaca como elemento restritivo para o desenvolvimento da agenda se coloca diante dos compromissos assumidos pelo Ministro Temporão (2007-2011) que enfatiza proposições de políticas de saúde voltadas para o âmbito dos determinantes sociais da saúde. Ou seja, voltando seu olhar para perspectiva de atuação ampliada e articulada com outros setores, não se limitando à construção do SUS, mas ao

¹⁰ O Plano Nacional de Saúde 2008-2011 definiu como meta a implantação de 500 novas equipes de internação domiciliar além de recursos de investimento para implantação e funcionamento das equipes

aumento da capacidade para interferir na determinação social. Segundo Menicucci (2011), a 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, com a temática "Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento", acaba por expressar muito bem a visão adotada no período.

Sem a pretensão de esgotar elementos restritivos ou facilitadores que possam interferir na entrada do tema na agenda federal, destacam-se neste cenário, os problemas crônicos de financiamento, a manutenção dos modos de financiamento centralizados no governo federal, além das falas de alguns entrevistados que destacam os problemas enfrentados para a incorporação da Internação Domiciliar na agenda federal.

Os problemas crônicos de financiamento, agravados neste período pela retirada da CPMF¹¹ em 2007 e pelo cenário de crise econômica iniciado em 2008, compõem o quadro destacado por Piola et al. (2013) e Reis et al. (2016) como um dos maiores desafios do SUS visto o baixo percentual do gasto total em saúde pública aplicados. Segundo Reis et al (2016) a situação de 2015 do percentual de gasto público em saúde no Brasil (48,2%) coloca o país numa situação inferior a muitos países latinos como Argentina (67,1%), Colômbia (76%), México (51,7%) e Cuba (93%), levando o sistema a uma perda da legitimidade social diante da maioria dos gastos com saúde seguirem como privados.

Quanto aos modos de financiamento centralizados no governo federal, utilizada como ferramenta pelos governos para transferir atribuições e obter a adesão dos governos locais aos programas e ações que definem como prioritários, tornam-se um problema na medida que a União, mesmo com a regulamentação da Emenda Constitucional 29 em 2000, vem reduzindo a participação no financiamento da saúde (financiamento passa de 56% da União, 21% dos Estados e 23% dos municípios em 2001 para 47% da União, 26% dos Estados e 28% dos municípios em 2011) (CARVALHO, 2013). Fleury (2006) destaca ainda que a organização do modelo atual de financiamento acabam produzindo iniquidades, já que não obrigam os gestores municipais a aderir aos desígnios da gestão federal, contribuindo para distribuição irregular de recursos pelo maior financiador da saúde.

Alguns entrevistados apresentam de modo específico sua visão sobre a situação da internação domiciliar entre 2006 e 2011, citando a dificuldade de operacionalização, a falta de pactuação orçamentária que garanta um financiamento sustentável para o tema além da

¹¹ Considerando a alíquota de 0,38% da CPMF (0,2% para a saúde, 0,1% para a Previdência e 0,08% para o Fundo de Combate a Pobreza) e arrecadação de R\$36,5 bilhões de CPMF em 2007 (R\$ 19,21 bilhões destinados para a saúde), a saúde deixa de receber recursos importantes visto a programação orçamentária deste ano estar definida em 40,1 bilhões (IPEA, 2007)

vinculação do tema a uma agenda necessária, porém específica (saúde do idoso) e restritiva visto a possibilidade de atuação desta modalidade, caracterizando a questão orçamentária como principal dificuldade para a entrada do tema na agenda

“É um grande desafio operacionalizar esse tipo de prática (..)em 2006 a gente tem a normativa que institui a ID, só que não foi pra frente (E2)”.

“Objetivamente, a justificativa que a gente sempre teve no MS foi sempre a falta de orçamento. De recursos financeiros para que isso pudesse acontecer (...) A gente vê uma lacuna de discussões entre 2006 e 2011 sobre a AD em nível de normatização federal e nesse contexto os municípios continuavam a fazer o cuidado com recurso próprio (E6)”.

“(...) 2006 a gente tem a surpresa da primeira portaria porém ela sai atrelada a saúde do idoso e as políticas do idoso, e aí sem recurso novamente (E5).”

Em 2008 foi lançado o Programa Mais Saúde que prevê a implementação da política nacional de internação domiciliar, com a implantação de 500 equipes, qualificação de 28.000 pessoas de famílias de idosos vinculados ao Programa de Internação Domiciliar e investimento em infraestrutura para implantação e funcionamento das equipes. Diante da manutenção de situações que não garantam a expansão dos serviços de internação domiciliar, cabe ressaltar a fala de uma entrevistada que destaca a organização de gestores em busca de fortalecimento coletivo e financiamento federal para a internação domiciliar

“Estava na época muito difícil para os municípios manter o programa e serviços com o custeio de 100% dos municípios. Surge a ideia de mobilizar mais pessoas (...) tivemos a ideia de um Congresso, que aconteceu no município de Cascavel em 2007 e, nesse evento a gente conseguiu reunir mais experiências. Tivemos a participação de 1600 pessoas do Brasil todo e a ideia de fundar a ABRASAD – Associação Brasileira de Atenção Domiciliar e aí também realizar outras estratégias em relação a política mesmo como visitar várias vezes os diretores no MS, os técnicos, colocando a proposta, expondo as experiências exitosas (E6)”.

O enfrentamento das lacunas existentes nos serviços de saúde é destacado como necessidade tanto pela literatura quanto pelos atores envolvidos com a temática (SEIXAS et. al., 2014; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Feuerwerker e Merhy (2008) e Silva et al (2010) destacam que o modelo hegemônico se mostra pouco eficiente para atender às novas demandas em saúde resultantes da transição demográfica e epidemiológica pelas quais a sociedade vem passando, caracterizada pelo envelhecimento populacional e pela elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas e,

tratam a assistência domiciliar e internação domiciliar como alternativas assistências potentes para apoio a mudança do modelo de atenção no SUS.

Têm-se o que Kingdon (2014) define como o impulso de um grupo de interesse para pressionar pelo reconhecimento desta lacuna enquanto problema e apoiar o desenvolvimento da alternativa, elevando o status na agenda.

Em que pese a relevância das ações desenvolvidas durante o governo Lula, sem apoio político, sem financiamento e incentivo técnico, muitas agendas, assim como da AD acabam sendo comprometidas. Ao final do ciclo 2003-2010, em um ambiente ambíguo, destacado por Pereira (2012), como continuidade do incentivo das ações neoliberais, chama a atenção a pauta da assistência e internação domiciliar incidir em diversos momentos e espaços e continuar a ser defendida nas Conferências Nacionais de Saúde como ação necessária.

5.1.2 O Fluxo de Problemas, Fluxo de Alternativas e o Fluxo Político na formação da Agenda da Atenção Domiciliar

Os postulados básicos do modelo de Kingdon (2014) permitem extrapolar interpretações epidemiológicas e analisar a complexidade dos fatores que determinam problemas, ao observar o que chama a atenção dos atores de diferentes níveis do governo e fóruns, da escolha de alternativas e a competição que ocorre periodicamente entre elas, assim como as alianças necessárias em torno da aprovação e a leitura do contexto nacional e local (quando necessário) que envolve o tema.

O propósito está em definir a ascensão e o declínio de itens que compõem a agenda das políticas públicas, revelando por que alguns temas se desenvolvem enquanto outros simplesmente desaparecem.

Para Couto (2015), a conjuntura evolutiva das políticas públicas percorre um caminho difícil para sua formulação, caracterizando-se por um processo pouco definido. Considerando os distintos processos políticos, compostos de interações e relações sociais que contribuem para as decisões políticas, o contexto amplo em torno da agenda (aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais), as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, as estratégias políticas para a sua implementação e os recursos envolvidos, seguiremos apresentando

os resultados e discussão considerando os processos que compõem a formulação das políticas¹² os três fluxos apresentados por Kingdon (2014) para a agenda.

O ano de 2011 adentra com um bom “humor nacional”, na medida que há um cenário de continuidade em relação ao governo anterior e uma política econômica aparentemente sendo reequilibrada (quadro 5) após deflagração de uma crise econômica mundial em 2008 e o período eleitoral de 2010.

Quadro 5: Produto Interno Bruto (PIB) e Gasto Público em Saúde, em % do PIB

Discriminação/Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Produto Interno Bruto (PIB) nominal (em trilhões)/Variação PIB real	1.699 (+1,1%)	1.941 (+5,7%)	2.147 (+3,2%)	2.369 (+ 3,9%)	2.661 (+6%)	3.032 (+5 %)	3.239 (-0,13%)	3.770 (7,5%)	4.143 (+3,9%)	4.392 (+1,9%)
Gasto federal com saúde, como proporção do PIB, (em %)	1,58	1,62	1,59	1,68	1,66	1,63	1,82	1,68	1,64	1,82

Fonte: <http://www.datasus.gov.br/idb> e Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais (Ministério da Fazenda, 2016)

A partir do quadro acima é possível verificar a tendência de gastos na saúde de acordo com variações do PIB e diante do cenário econômico favorável e um bom humor nacional no início de 2011, em seu discurso de posse, a presidente Dilma Rousseff aponta como grande prioridade do seu governo a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Visto a priorização do SUS pelo governo e alocação de um Ministro com aproximação da agenda da saúde e da mesma legenda partidária da presidenta, constitui-se momento ímpar para estabelecer novas diretrizes, gerando movimentos no início do governo, com ares de continuidade expansão.

Dá-se andamento a algumas ações anteriores que vinham se constituindo diante dos cuidados em saúde insuficientes e insustentáveis, no entanto, é disparada uma agenda com ênfase em inovar, superar desafios e aumentar a integração, de modo a aprofundar o processo de regionalização do sistema de saúde sob a forma de redes e buscar romper os problemas vigentes no SUS. Após o incentivo e alguns avanços da regionalização e descentralização do SUS promovido pelas NOB, NOAS, pelo Pacto pela Saúde, o incentivo através do Programa

(1) (re)emergência ou identificação de um problema (2) formação da agenda (3) elaboração/especificação de alternativas (3) tomada de decisão (4) implementação da decisão

Mais Saúde, a publicação da portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010¹³, que institui as Redes de Atenção à Saúde faz um preâmbulo dos fundamentos conceituais e operativos que serão abordados com grande ênfase nos anos seguintes da gestão da presidenta Dilma Rousseff.

Não sendo uma preocupação recente, a fragmentação na atenção à saúde é associada com movimento brasileiro de discussão de redes regionalizadas de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; CONASEMS, 2008; BRASIL 2008; BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Destacam-se nessa discussão diversos problemas que se repetem por todo o sistema de saúde, dentre eles: presença de lacunas assistenciais importantes; disponibilização de recursos financeiros de modo insuficiente; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção; precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com as políticas públicas propostas; problemas na regulação do sistema e pulverização dos serviços nos municípios; pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, mudança do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro além da baixa articulação entre as esferas do Estado.

Diferente do que ocorreria em 2013, onde as mobilizações sociais e perenidade de algumas agendas mobilizaram a entrada de temas abruptamente na agenda, como exemplo a falta de médicos e a maior agilidade nos repasses para investimento em infraestrutura (COUTO, 2015). Em 2011, no início de um novo governo, têm-se ainda uma condição favorável para olhar problemas e agendas pouco exploradas, testando possibilidades e abrindo a agenda para novas áreas. Neste sentido, mesmo a questão do cuidado no domicílio ter sido reconhecido em um momento anterior, diante de suas limitações e pouco investimento técnico e político, é novamente trazido como um problema que deve adentrar a agenda federal de modo mais estruturado e dando respostas as necessidades de saúde impulsionadas pelos territórios.

“A ideia surge a partir de uma agenda federal de olhar para áreas ainda pouco exploradas dentro da assistência à saúde, mas que nos últimos anos vinha tensionando os municípios de estados diferentes do país (E1)”

Entendendo que um conjunto de problemas permeiam constantemente os governos, compondo um rol de propostas circulantes, as seleções dos problemas acabam restritas as

¹³ A publicação da portaria é fruto de um amplo debate do Ministério da Saúde com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

propostas possíveis, ou seja, não necessariamente os problemas com alternativas mais viáveis acabam sendo escolhidos (KINGDON, 2014).

Neste contexto, o debate em torno do tema da assistência e internação domiciliar é revisitado pelos gestores federais, sendo problematizado o modelo de atenção adotado anteriormente que privilegiava uma atuação fragmentada dos serviços e equipes de saúde. Há uma percepção de que o trabalho, tanto na assistência quanto na internação domiciliar está aquém da sua possibilidade, possuindo grande desarticulação com a rede de atenção à saúde - sendo entendido como problema para o SUS, promovendo, portanto, a necessidade de revisão do processo instituído pela gestão federal em 2006

“Há um entendimento que aquele modelo exclusivo de internação ou aquele modelo exclusivo de modalidade com menor complexidade do cuidado deveria se refazer (...) se remodelarem, se refazerem dentro do processo instituído no SUS (E7)”.

A visibilidade do tema e a necessidade de ser mais efetiva para o SUS também entra no debate dos problemas existentes na medida que alguns gestores federais neste período tiveram contato prévio e experiências exitosas com o tema. Num processo onde atores devem ser conquistados e estratégias devem ser buscadas para a sobrevivência de uma ideia (KINGDON, 2014), a pré-existência de alguns conceitos e vivências puderam contribuir para a definição do escopo de atuação naquele momento

“A Agenda já estava dada para os atores que foram para o Ministério naquele momento (...) os atores puderam colocar como uma agenda prioritária o que eles já tinham como uma agenda prioritária no âmbito municipal (...) já era uma realidade para os atores dos vários lugares de decisão e formulação importantes, e isso possibilitou a reabertura da agenda (E3)”

“os próprios secretários e diretores do MS vieram com uma visão diferenciada do modelo de atenção à saúde colocado no país, trazendo essa linha do cuidado integral, das necessidades de ampliar as políticas que atingissem a população como um todo e não só políticas fragmentadas, da necessidade de investir nas redes (...) Tudo culminou para esse processo, tanto a revisão da PNAB quanto a revisão da Rede de Urgências e Emergências considerando que a AD perpassa por toda essa rede de cuidados (E7)”

As experiências prévias levadas para o âmbito federal (decisores e formuladores já haviam tido contato anterior com o tema nos municípios onde atuavam) e a (re) emergência do problema em 2011, corrobora com Kingdon (2014) que determina que experiências

peçoais dos formuladores de política contribuem para o reforço e posterior proeminência da agenda e, concorda com o estudo de Silva (1999) que revela que apenas em raríssimos casos os formuladores de política decidem *ex nihilo nihil fit*¹⁴. Para o autor as decisões na maioria das políticas setoriais acabam sendo constituídas de inovações em políticas existentes ou manutenção de políticas existentes com ajustes incrementais de metas, recursos ou prazos de execução.

No Ministério da Saúde, a agenda da saúde começa a ser definida no início de 2011, através de planejamento estratégico institucional. Promovido a partir de diversas oficinas, são levantados 16 objetivos estratégicos (OE) contendo 133 estratégias, 586 resultados, definindo-se em abril de 2011, por 112 recortes estratégicos prioritários (diminuídos para 99 no ano de 2012)

Muitos objetivos, estratégias e resultados pactuados tratam-se de manutenção de políticas com repactuações de metas ou pequenos ajustes. Assim o tema da internação domiciliar é retomada como nos anos anteriores, elencada como alternativa qualificada para abreviação das internações hospitalares ou mesmo para o atendimento pós hospitalares (evitando também reinternações), sendo inserida como objetivo estratégico da rede de urgência e emergência.

“OE 4 – Aprimoramento da rede de urgência e emergência, com ampliação dos seus componentes e a aposta de estruturação e fortalecimento das equipes de Atenção Domiciliar como grande apoio para as portas de urgência e promoção de desospitalização” (Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015).

Em paralelo às ações do planejamento estratégico, são disparados alguns grupos de trabalho para instituição ou redefinição de alguns programas/serviços. Dentre eles, o Grupo de Trabalho (GT) para discutir a Atenção Domiciliar no SUS e construir um desenho de serviço viável e possível além de, apresentar uma proposta com viabilidade orçamentária e impacto financeiro suportável para ser aceito pelos decisores.

O modelo e objetivos a serem seguidos pareciam estar dados, a partir dos objetivos estratégicos do planejamento estratégico, porém o campo de disputa ainda estava aberto no Grupo de Trabalho para definição das linhas de atuação. Formado por diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde e representantes de experiências exitosas criadas a partir das necessidades locais constitui-se um grupo heterogêneo, que acaba por fornecer subsídios e

¹⁴ Expressão latina que significa: “nada surge do nada”

influenciar (na medida que estas experiências também participam do processo de formulação) o desenvolvimento da agenda:

“foi muito útil e muito estratégico trazer pessoas que estavam na gerencia que estavam a frente ou eram trabalhadores de programas municipais ou estaduais no Brasil. Isso promoveu um contexto diferenciado para discutir a construção da normativa com que realmente estava fazendo na ponta e aí a gente consegue trazer” (E2).

Apresenta-se como grande imperativo neste espaço interagir com vários grupos para um fim comum válido. O documento norteador produzido pelo GT propõe uma superação da fragmentação dos serviços de saúde ao colocar as equipes nos limites entre a atenção básica, atenção pré-hospitalar e hospitalar, propondo uma qualificação da atuação das eSF e ampliação do escopo de atuação das equipes de internação domiciliar, na medida que utiliza o conceito de Atenção Domiciliar¹⁵ para direcionar a ação dos serviços e das equipes. A substituição do termo internação por atenção domiciliar, a partir de 2011, busca substituir e influenciar a modalidade de cuidado voltada exclusivamente para o hospital, incentivando a incorporação das outras modalidades de assistência (atendimento, assistência ou internação domiciliar) e o rol de atividades/procedimentos realizados no domicílio, de modo a promover o cuidado integral dos usuários.

Alguns entrevistados ressaltam a contribuição das experiências municipais e as linhas de atuação adotadas na construção da proposta.

“não que o MS ele inventa a roda, na verdade ele reconhece processos que estão acontecendo no território e institucionaliza(...)Reconhecer que aqueles arranjos organizativos davam resposta no cuidado em saúde e que poderia ser institucionalizado porque está dando certo. Então não foi uma coisa que os iluminados aqui do MS descobriram. É uma coisa muito mais de institucionalizar o que já estava acontecendo nos territórios” (E3)

“Eu acho que tem alguns pontos importantes: tinha uma linha que vinha olhando a coisa da transição epidemiológica, no sentido que realmente as pessoas estão envelhecendo, realmente a gente tem muitas questões de causas externas que vão ter sequelas que as pessoas vão precisar ser cuidadas em casa pela coisa da humanização do cuidado – essa é uma linha, mas

¹⁵ Segundo Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, a atenção domiciliar é definida por um termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. Envolve as duas principais modalidades de cuidado no domicílio, ou seja, a assistência domiciliar caracterizada pelo conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio e a internação domiciliar, descrita como conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada

também tinha a linha da racionalização dos custos, pensando na otimização e da liberação de leitos hospitalares e, dentro disso, também tem um terceiro ponto que vê a questão de quebrar estes muros como o próprio Emerson fala de romper estes muros que é a instituição chamada hospital (E1)”

A fala dos entrevistados nos ajuda a aprofundar o conhecimento sobre a formulação da política pública no SUS, e como pioneirismo de alguns gestores municipais, segundo os entrevistados, acabou contribuindo na formação dos conteúdos, na formação de parâmetros e na definição dos objetivos específicos, que acabam por ampliar o escopo de atuação das equipes que promoverão cuidado no domicílio.

Observa-se a partir dos produtos deste grupo a influência dos atores e das principais vertentes que explicam o crescimento dessa modalidade na organização da atenção no Brasil e no mundo (LACERDA et al, 2006; MERHY; FEUERWERKER, 2007; FEUERWERKER; MERHY, 2008; PEREIRA et al., 2005; REHEM; TRAD, 2005; OPAS, 2014; SEIXAS, 2014). Assim, há uma orientação racionalizadora (otimização de recursos), com fomento a atuação pré e pós hospitalar e uma outra vertente, voltada para a ressignificação e reorganização dos modos de produção do cuidado, considerando as necessidades de saúde e a intensidade de cuidados requeridas por cada usuário, tomando a integralidade como referência de modo a apoiar o debate sobre a mudança do modelo tecnoassistencial (SILVA e cols, 2010).

Vale destacar que não há nas falas ou em documentos a descrição sobre qual vertente prevaleceu (humanística ou racionalizadora) na constituição da proposta. Observa-se a intenção das eSF prosseguirem promovendo cuidado aos pacientes que demandam menor complexidade no cuidado em saúde e os SAD/eAD permanecerem no “entre” dos serviços, produzindo disputas e problematizando as Redes de Atenção à Saúde (RAS), principalmente a rede de Urgência e Emergência, a partir da possibilidade de constituir-se como “observatório das redes“, em municípios de médio e grande porte (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; PEREIRA, 2014).

A proposta de constituição de observatório das redes não é assunto novo no SUS e na Atenção às Urgências. Machado, Salvador e O’Dwyer (2011) em estudo sobre a conformação da política de atenção às urgências de 2003 apresenta uma experiência semelhante ao descrever a priorização de alguns componentes como SAMU e centrais de regulação para o enfrentamento das lacunas assistenciais e formação de potenciais observatórios da RAS. Na época, o Presidente Lula dá grande ênfase no desenvolvimento da agenda do SAMU, incentivando sua expansão e diminuindo iniquidades no território.

A discussão sobre maior integração dos serviços de saúde vinha ocorrendo a algum tempo (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010) e em 2011, é exposta como diretriz para a agenda nacional, solicitando deste modo a formação de estratégias que garantam não mais as ações e financiamento de equipamentos isolados, mas sim integrados. A estratégia proposta no campo das “alternativas” procura enfrentar os principais problemas de acesso pela população às ações e serviços de saúde com qualidade.

O grande desafio em redefinir a lógica de cuidado com olhar voltado para as necessidades dos usuários e da coletividade considerou a construção de um modelo robusto de intervenção que considerava a construção de planos regionais com a participação de uma série de atores e representações dos estados e municípios, recurso orçamentário, apoio técnico de modo a incentivar a diminuição da fragmentação das políticas nos territórios e avançar na integração dos serviços e na mudança do modelo de assistência à saúde.

A constituição das RAS priorizada, a partir de 5 eixos principais (Atenção às Doenças e condições Crônicas, Materno-Infantil, Cuidado a Pessoa com Deficiência, Atenção às Urgências e Emergências e Atenção Psicossocial) é ancorada em diversos serviços e equipamentos de saúde, envolvendo grande investimento em pontos e políticas estratégicas da Atenção à Saúde (Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Atenção às Urgências, Atenção Domiciliar, dentre outros)

Quanto a estratégia de priorização de alguns componentes pertencentes às RAS com vistas a ampliação do diálogo com os pontos de atenção, a utilização dos Serviços de Atenção Domiciliar como um ponto estratégico das redes é recomendada em diversos documentos, matérias e lembrado por um entrevistado como uma estratégia de apoio para transformação dos sistemas locais de saúde, sendo destacado os avanços observados neste sentido:

“A grande aposta era pelo desenvolvimento dos serviços como grandes observatórios da rede (...) Impôs-se a produção de novos protocolos, impôs a mudança de fluxos locais, pautou o tema da regulação, pautou o tema de evitar internação hospitalar, pautou o tema de minimizar permanência hospitalar, pautou o tema da humanização. De um modo geral, consegue dialogar com desafios de hoje na RAS, no cuidado aos usuários e na própria construção do SUS” (E4)

O investimento na temática das RAS tem explicação vasta nos estudos acadêmicos. Rodrigues et al. (2014), a partir de revisão integrativa, destaca como a organização dos sistemas de saúde em redes de atenção à saúde, engendrado no arcabouço jurídico e político

do SUS, pode desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade e manter custos em níveis suportáveis.

Na mesma direção, Mendes (2010) destaca que a crise dos sistemas de saúde contemporâneos se explica pela incoerência entre uma situação de saúde e uma resposta social, através de sistemas fragmentados e voltados principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. O autor coloca como solução para essa crise a necessidade de estruturar uma resposta social através de sistemas integrados chamando atenção que a literatura internacional coloca a RAS como ferramenta potente para melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

Estes argumentos também são úteis para analisar o papel da AD. Ao estudá-la como dispositivo para fortalecimento da integralidade do cuidado no contexto da Rede de Atenção à Saúde em municípios de Minas Gerais, Brito et al (2013) revelam potencialidades, havendo presença de sentidos da integralidade nas práticas dos profissionais da atenção domiciliar e importante favorecimento da articulação dos serviços diante da continuidade informacional. Os autores não descartam as fragilidades e apresentam a identificação dos problemas existentes na visita domiciliar realizada na ESF como fator limitante.

O debate sobre a constituição de propostas substitutivas ao modelo de atenção à saúde hegemônico, otimização de recursos e propostas de atenção adequadas a transição epidemiológica e demográfica são assuntos “dados” aos formuladores, reforçados no âmbito federal pelo crescente incremento no financiamento hospitalar realizado na primeira década dos anos 2000 que aumentaram o custo da assistência a saúde excessivamente (MACHADO et al, 2014) e, da necessidade de reconfigurar a ação estatal (com políticas mais universalistas) (MENDES, 2015).

É possível identificar que as ideias se assemelham à literatura. Andrade et al (2013) também fizeram um estudo sobre a organização da AD nas RAS, considerando para o estudo apenas a ótica dos profissionais do município de Belo Horizonte. Ao aprofundar o conhecimento sobre as dificuldades e possibilidades, os autores destacam alguns problemas existentes na AB como fatores limitantes para melhor articulação com as eAD ao identificar um desconhecimento sobre o papel do SAD pelos serviços de saúde, da necessidade de definir melhor os fluxos assistências e avançar na integração com os hospitais. Quanto as possibilidades, é destacado o encaminhamento responsável, educação permanente em saúde e otimização do trabalho pela articulação com outros pontos de atenção, concluindo portanto que os profissionais do SAD conseguem realizar interface com a RAS.

Embora não exista um parâmetro reconhecido e internacionalmente válido que estabeleça a proporção ideal de equipes que promovam o cuidado domiciliar, para fins de elaboração de uma proposta de integração nas RAS, principalmente na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é apresentado e pactuado entre maio e junho de 2011 na CIT a criação de 1906 equipes de atenção domiciliar até 2018 (EMAD) e 636 equipes de apoio (EMAP) como componente pós hospitalar da RUE. A proposta tem como meta a existência de 1 EMAD para cada 100 mil habitantes, sendo implantadas de forma escalonada, ou seja, 250 equipes por ano em média, de modo a realizar a cobertura de 100% da população ao final do período, garantindo portanto, a continuidade de cuidados pós alta hospitalar.

Assim, dado o reconhecimento da existência de diversos problemas no SUS, tendo dentre as alternativas, a proposta de determinação da AD. Nota-se uma construção afinada de certo modo com a teoria e com a prática. Cabe ressaltar, no entanto, a necessidade de considerar ainda um terceiro elemento apresentado por Kingdon (2014) para a análise: o fluxo político.

Formado por uma diversidade de cenas, segundo Lima, Pinto e Pereira (2011), acaba por se tornar elemento fundamental para a potencialização ou restrição das mudanças na agenda governamental.

Segundo Liberati (2013), a iniciativa de formação de uma alternativa pode vir de qualquer lugar, não estando no cerne explicar a proeminência de um item na agenda em razão de sua fonte, devendo-se, no entanto, considerar a receptividade das ideias.

Partindo de um ideário diferenciado, que desloca a atenção do procedimento para cuidado centrado no usuário, dando maior atenção a modos não hegemônicos de cuidado, é destacado por um entrevistado a importância da visão e receptividade dos formuladores e decisores a frente da gestão federal no processo de construção e pactuação da agenda

“As pessoas que estavam a frente dessa construção já tinham uma sensibilização maior (...) fizeram muita diferença. Elas estavam imbuídas desse novo modelo de atenção a saúde e de realmente a proposta estar centrada nas pessoas, na família. Fez a diferença e percebíamos que as propostas anteriores a gente tinha no MS pessoas que operavam muito no modelo tradicional, no modelo hospitalocentrico, trazendo muitas limitações para a AD (E6)”

Na trama social, a institucionalização de uma ideia ou de uma estrutura deriva da renovação, que traz segundo Pereira (2014), uma mudança voltada a ocupar o lugar de uma ideia ou estrutura obsoleta, que não pôde ser instituída anteriormente ou mesmo que tenha a intenção de ofertar respostas as crises conjunturais que ocorrem de forma recorrente.

Segundo entrevista, a Presidenta da República em agosto de 2011 refere-se ao “tratamento em casa” como sua grande obsessão, objetivando reforça-lo devido a “possibilidade de realizar a atividade de modo mais barato e melhor”, podendo ser desenvolvido em escala maior, porém, com um “custo fixo muito pequeno e com um custo variável interessante”, descongestionando hospitais e diminuindo tempo de permanência dos usuários em internações, segundo sua grande vocação (PRESIDÊNCIA, 2011).

Kingdon (2014) reconhece as qualidades da presidenta da república e embora limite o campo de atuação à determinação da agenda política, trata-se de um momento ímpar visto o destaque ampliado que o tema do cuidado no domicílio toma nas discussões na agenda federal. Assim, como em outras agendas, tais como a ESF, SAMU e HIV, o reconhecimento do presidente dá proeminência à agenda, dando incentivo e implicando de forma geral os atores do executivo, além de reforçar ações de acompanhamento e monitoramento ao agregar a Casa Civil ao processo de gestão (MONTEIRO, 2006; MACHADO et al, 2011; LOUREIRO, 2014).

A inserção da presidenta, com interesse em explorar novas áreas segundo os entrevistados, tem papel fundamental no desenvolvimento da agenda e expansão dos SAD e eAD, sendo enfatizado como fator de contribuição para a implementação da decisão como agenda prioritária ao definir-se a AD como prioridade de governo e iniciar o processo de expansão para municípios de menor porte populacional, visto o esforço empregado para sua efetivação, que envolveu diversos atores de diferentes ministérios

“[O Ministério da Saúde] Comunicou a alteração nos critérios da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e informou que foi uma demanda da presidenta da república, para que haja ampliação/contemplação do número de municípios de pequeno porte, de 40 à 100 mil habitantes. Relatou que a proposta envolve sete ministérios, exoneração tributária, tabela federal, pagamento global, parcerias com instituições privadas e cuidado integral (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT, 2011)

Oliveira e Kruse (2017) destaca como fundamental para a “sensação de segurança” do paciente a criação da marca do programa e do investimento federal, principalmente nas RAS, ofertando uma responsabilidade compartilhada (entre os serviços), qualificação da continuidade da assistência e a articulação dos serviços, garantindo ao usuário suporte no domicílio sempre que necessário.

Fica reservado ao ministro, secretários, burocratas de carreira ou não, dialogar de uma forma mais aberta com o conjunto dos atores, desenhando de forma minuciosa as alternativas

aos problemas elencados. Este exercício por parte do poder executivo acaba por forçar a atuação dos demais atores, inclusive do poder legislativo que apresenta ou retoma algumas pautas, além de colocar o tema em debate, promovendo o acompanhamento e fiscalização das ações.

Têm-se como relevantes o projeto de lei (PL) 1385/2007 que regulamenta a profissão de cuidador e consegue avançar após anos de debate, o PL 4702/2012 como novo projeto, que regulamenta a profissão do cuidador para a pessoa idosa. Debates também são promovidos, sendo realizado na Câmara alguns encontros para cumprir com a requisição nº 402/2013 da deputada Mara Gabrilli que faz requisição para audiência pública para debater a Atenção Domiciliar em Saúde.

Além do equilíbrio apresentado pelas forças políticas organizadas (grupos de interesse, gestores e elites políticas) e um aparente bom humor nacional em 2011, os eventos que ocorrem dentro do governo devem ser considerados de extrema relevância para a condução do fluxo político. Os eventos que ocorrem no âmbito das administrações trazem consigo mudanças marcantes nas agendas políticas e oportunizam a elevação de algumas propostas, bem como a coibição de outras. Assim, a obediência aos processos estabelecidos, a rotatividade de pessoal, as repartições de competência são capazes de redesenhar as fronteiras da administração pública e estabelecer ou não uma verdadeira batalha entre os Poderes (KINGDON, 2014).

Não são observados conflitos na etapa inicial de formulação e decisão, porém o campo de disputas aberto internamente é lembrado por um entrevistado que destaca a dificuldade anterior em desenvolver a agenda diante da falta de uma estrutura gerencial específica e da disputa frente a temas hegemônicos, com pouca abertura para a inserção do cuidado domiciliar, sendo aproveitado o incentivo nas RAS para promover uma reorganização administrativa interna. Ao propor um serviço com integração nas RAS e alocado no “entre”, a alocação do tema no departamento de Atenção Básica busca promover maior diálogo com outros departamentos e coordenações do Ministério da Saúde

“Nas vezes anteriores que o MS discutiu a atenção domiciliar ou a internação domiciliar, essa pauta estava na coordenação geral de atenção hospitalar, que fica no departamento de atenção especializada e, quando retomou essa agenda em 2011 a AD acabou ficando no departamento de Atenção Básica. Foi muito questionado porque a AD ficaria na AB uma vez que previa/dizia que a eAD era pra desospitalizar e evitar hospitalizações desnecessárias, além de cuidar de pacientes um pouco mais complexos. Ora se é isso, porque está na AB se lá é o lugar dos pacientes menos complexos. Se fazia essa pergunta. Foi muito criticado essa decisão. (...) Pelo que posso lembrar, essa decisão foi mediada porque o DAB é onde estava concentrada

a maior capacidade de gestão para dar conta de um programa como esse(...) e por outro lado, como estávamos discutindo o tema das RAS muito fortemente e a AB ela é transversal a toda a rede, foi estratégico colocar lá uma vez que a AB tem que dialogar com toda a rede. A DAB tinha que dialogar com todo o MS. Por analogia foi estratégico colocar lá naquele momento (E3)”

Vale destacar uma dicotomia entre a fala e as ações uma vez que as questões tidas como fundamentais e indispensáveis para garantia do desenvolvimento da agenda da AD na RAS são alteradas rapidamente. Além das mudanças no perfil de municípios que podem acessar ao programa, a desvinculação do componente de Atenção Domiciliar do Plano de Ação Regional pode comprometer o desenvolvimento das RAS. Ou seja, ampliando novamente as lacunas assistenciais diante da manutenção da lógica anterior da adesão isolada a programas e serviços pelos estados e municípios, podendo desta forma, promover fragmentação e/ou iniquidades no sistema de saúde.

A importância de manter os componentes que estruturam as RAS alinhados é destacado por Lavras (2011), que reforça a exigência de intervenções sistêmicas para o processo de estruturação e qualificação da regionalização em saúde, promovendo melhora tanto nas unidades funcionais que as compõem quanto nas práticas profissionais onde se desenvolvem. Nessa perspectiva, o autor discorre sobre a necessidade de definir um conjunto de iniciativas direcionadas para a qualificação, organização e integração de estruturas ou processos para seu desenvolvimento exitoso.

Outra questão que apresenta-se de forma dicotômica, refere-se ao evento que marca a entrada do tema na agenda da saúde e também na agenda de governo, objetivando melhorar e ampliar o cuidado promovido no domicílio pelo SUS, garantindo sobretudo, o incentivo para realização das atividades de atendimento pré e pós hospitalar e, embora tais interesses continuem presentes para os decisores, formuladores e implementadores, as necessidades dos serviços e influências do perfil demográfico do país parecem, ou não, produzir tendências na efetivação da assistência nos territórios.

“A gente sabe dos acúmulos e dos processos históricos que tem a atenção às urgências no país. O MS formulou políticas e incentivou com recursos para dar suporte aos estados e municípios na rede, mas, é a prática que mostra (...) se a gente for olhar historicamente e mundialmente, a expertise desse tipo de serviço é pra usuários crônicos – ele tem uma média de permanência que é longo então a gente consegue garantir só 4 % das nossas equipes captando usuários oriundos de urgência e emergência. De qualquer forma é uma ruptura pois talvez 4% seja pouco ou talvez seja muito!” (E1)

Percebe-se que as situações que determinam os procedimentos e especificam as alternativas a serem adotadas pelos decisores não necessariamente respeitam a linearidade descrita por Kingdon (2014) visto as especificidades de gestão do sistema e necessidades de adequações inerentes ao processo (como a situação apresentada pelo entrevistado acima). Segundo Secchi (2013, p. 43), o ciclo “raramente reflete a real dinâmica ou vida de uma política pública. As fases geralmente se apresentam misturadas, as sequências se alternam” e as situações que tencionam a agenda de formação de políticas acaba sendo adotado apenas para fins pedagógicos (HOWLETT; RAMESH, 2013; FONSECA, 2013).

5.1.3 A Janela de Oportunidade, os atores e o Programa Melhor em Casa

No que diz respeito às políticas públicas o Estado possui um papel fundamental para seu desenvolvimento visto a capacidade de universalização, coerção e regulamentação, tendo competência para adotar medidas que atendam a todo o povo ou que de forma generalizada, possa ter maior poder de alcance (SILVA; BASSI, 2012).

No âmbito externo, ao tomarmos por base alguns elementos de análise apresentados por Kingdon (2014), o início do mandato da presidenta da república pode renovar e instaurar parcerias político-partidárias e/ou coalizões importantes para a agenda da saúde. Associa-se a isto, a inserção de novos gestores no Ministério da Saúde, cuja atuação anterior dentro da área da saúde contribuem para estabelecer um novo ciclo na agenda da saúde.

É possível verificar muitas oscilações na agenda e nas alternativas, produzidas em decorrência da instabilidade da alternância do cargo presidencial, de Comissões do Congresso ou pelo volume de rotatividade de pessoal nos demais cargos do estamento burocrático, em razão da aposentadoria ou de derrotas nas urnas (VALLE, 2009). As implementações de mudanças da nova gestão não deixam de vir acompanhadas de agendas que devem ter andamento e, realização de ações necessárias, como a organização para os grandes eventos de massa - a Copa do Mundo de Futebol de 2014 e as Olimpíadas em 2016. Ambos sendo uma realidade próxima para o país, demandando por ações, tanto para a resolução de problemas agudos quanto para as questões crônicas vivenciados pelo SUS.

Os grandes eventos esportivos, que mobilizam para a produção de uma boa “imagem” do Brasil perante o mundo, têm contemplado no planejamento e gestão ações, no que diz respeito a atenção às urgências, centrando esforços para evitar eventos danosos que possam se transformar em desastres, com ações que corroboram com a literatura na medida que é realizado investimento financeiro, planejamento para organização dos serviços e da

assistência à saúde, além de outros setores como logístico, de infraestrutura, segurança, de transporte, etc.(CASTRO et al, 2014).

Marca a abertura da janela de oportunidades, a confluência do reconhecimento de alguns problemas com o desenvolvimento de soluções e a consequente disponibilização destes elementos à comunidade política, mobilizando-os para que não ocorressem mais de forma separada e livre, facilitando mudanças no âmbito das políticas públicas.

O resultado do acoplamento dos fluxos depende da forma como os elementos dos três fluxos interagem entre si e afetam os tomadores de decisão (KINGDON, 2014). Assim, em 2011, o humor nacional colabora com a ação dos governantes que, em um momento de discussão de antigos problemas, se abre para discutir propostas novas e estruturais do sistema. O aquecimento das discussões, em um ambiente econômico confortável e alinhamento político e conceitual dos empreendedores e decisores de políticas colaboram para o ressurgimento do tema num debate referente as lacunas assistenciais e problemas na rede de urgência e emergência, contribuindo para que as forças políticas acabem por movimentar-se para realizar o acoplamento dos fluxos que corriam separados e livremente.

“o Governo federal ter puxado a responsabilidade e o protagonismo de retomar esse debate da AD foi muito importante. Soubemos aproveitar o momento político e financeiro do MS, do governo federal e os modelos das experiências municipais já existentes, estaduais e alguns hospitais federais também” (E7)

Quanto aos problemas, o número elevado de objetivos estratégicos e estratégias prioritárias desenvolvido no planejamento institucional no início do governo demonstram que os problemas são numerosos e, por vezes complexos, levando a uma gama de alternativas elevadas e fracionamento das ações. Nesse contexto, os empreendedores políticos, enquanto atores dispostos a investir energia, reputação e recursos para realizar o acoplamento dos fluxos acabam por se tornar fundamentais. No caso da formação da agenda da AD os empreendedores são representados essencialmente por gestores do primeiro e segundo escalão do Ministério da Saúde, com aptidão para estabelecer laços e gerar influencia, e reconhecidamente promotores da AD, agregando aos poucos outros empreendedores à agenda

“Foi o solo mais fecundo possível!! A proposta veio sobre uma firme decisão do Helvécio, que era secretário e do Ministro Padilha e, tudo isso absolutamente aprovado e incentivado pela Presidente da República (...)mesmo com a falta de evidência científica a ideia em si foi muito valorizada por ser uma ideia contra hegemônica (E5)

No que tange às coalizões, será hegemônica aquela que detiver (ou mobilizar) maior poder de influência devido aos seus recursos, sejam eles materiais, organizacionais ou simbólicos (FINKELMAN, 2002). A expansão e qualificação do tema recebe ainda a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, de Instituições de Ensino e órgãos internacionais como a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e OCDE (que passam a adotar orientações mais brandas e orientar medidas mais racionalizadoras ao invés de restritivas) e a inserção das metas pactuadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Plurianual (PPA), ou seja, entrando em uma agenda ampla de discussão técnica e política sobre as prioridades e desafios, considerando para isto a participação social, o diálogo com estados e municípios e pactuações em diversas esferas. O PNS e PPA configuram-se como importantes instrumentos para apoiar a gestão federal e organizar e viabilizar a ação pública para os próximos 4 anos (2012-2015).

Ainda que os três fluxos estivessem desenvolvidos e prontos, mobilizações entre 2011 e 2013, movem reestruturações na agenda. Embalado principalmente, pelo CONASEMS, que problematiza a necessidade de repensar o critério populacional como critério para elegibilidade dos municípios e, desdobramentos da 14ª Conferência Nacional de Saúde que aprova ações de fortalecimento para o cuidado domiciliar tanto na eSF quanto nas eAD e manifesta através dos seus delegados a moção de apoio para expansão dos SAD para ampliação dos serviços em municípios menores.

“Os delegados da 14ª Conferência Nacional de Saúde vêm manifestar seu apoio para regulamentação imediata da atenção domiciliar instituída pela Portaria nº 2.527 de 27/10/2011, com objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também possam ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar ” Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde

A tradução disto em mudanças rápidas nas portarias demonstra que o contexto e humor nacional continuava favorável para o tema. As ações dos empreendedores e decisores aproveitando a janela de oportunidade aberta acabam por promover a cooptação da agenda em outras RAS prioritárias, ampliação do incentivo de recursos financeiros além de alterar o perfil de municípios que poderiam pleitear o programa ao modificar os critérios populacionais que caracterizavam-se como principal fator restritivo, dando autonomia para o gestor local decidir sobre a implantação dos SAD diante da sua necessidade e, estrutura e recursos disponíveis.

Quadro 6: Relação dos principais documentos/portarias federais que estabelecem normas legais para a atenção domiciliar no SUS, entre 2011 e 2015

Instrumento/Ano	Ementa	Conteúdo
Portaria GM/MS n.1600 de 9 de julho de 2011	Institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS	Institui a Atenção Domiciliar como um dos componentes da RUE.
Portaria GM/MS n.2029 de 24 de agosto de 2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.	Institui a Atenção Domiciliar no SUS, criando modalidades de cuidado, recursos específicos para os SAD, restringindo a adesão para municípios com população > 100 mil habitantes.
Portaria GM/MS n.2527 de 24 de agosto de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde ampliando o grupo de municípios elegíveis.	Mantém as regras instituídas pela Portaria 2029/2011 porém, altera o critério populacional para municípios > 100 mil habitantes ou aqueles com população entre 40 e 100 mil localizados em região metropolitana.
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).	Estabelece diretrizes e normas de organização da AB e ESF e insere as eAD na PNAB como dispositivo para ampliar ações e resolubilidade da atenção domiciliar.
Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Define a atenção domiciliar (eSF e eAD) como ações estratégicas da RAS para ampliar a qualificação da atenção à pessoa com deficiência.
Portaria 1.533 de 16 de julho de 2012	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011.	Permite que municípios com população > de 40 mil habitantes possam solicitar habilitação dos SAD, altera a composição da carga horária das equipes e método de cálculo do teto e, autoriza a realização de atividades pela rede conveniada ao SUS.
Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013	Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Dá diretrizes para a promoção da atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção e reforça a necessidade de cuidados aos usuários com doenças crônicas agudizadas. (Alterada pela PT GM/MS 483/2014).
Portaria 1.208 de 18 de junho de 2013	Integra a atenção domiciliar aos Hospitais credenciados no Programa SOS Emergências.	Cria e integra equipes específicas para desospitalização nos hospitais inseridos no programa SOS Emergência.
Portaria nº 1.505 de 24 de julho de 2013	Fixa o valor do incentivo de custeio para as eAD.	Amplia em 44% o financiamento das EMAD e fixa valor para nova tipologia de equipe criada (EMAD tipo II) que poderão atuar nos municípios < 40 mil habitantes.
Portaria GM/MS n.963 de 27 de maio de 2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Retira o critério populacional como fator restritivo para solicitação de habilitação dos serviços pelos municípios e cria nova tipologia de equipe (EMAD tipo II).
Portaria nº 139, de 25 de fevereiro de 2014	Estabelece normas para o cadastramento no SCNES de eAD que farão parte do Projeto "Mais Médicos para o Brasil".	Permite a alocação de médicos do Programa Mais Médicos nas equipes de EMAD. É vetado pela Presidenta da República com a posterior revogação da portaria em julho de 2014 (Pt. 579/2014).
Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no SUS.	Define como ações estratégicas o fomento a atenção e internação domiciliar no agravos prevalentes e atenção às condições crônicas.

Fonte: Saúde Legis Elaboração do autor.

A questão do critério populacional como requisito para habilitação dos SAD, talvez tenha sido o fator que mais tenha mobilizado os atores, sendo assunto recorrente, torna-se um problema na agenda federal nos primeiros anos de implementação da AD. Os entrevistados destacam como a adoção de tal critério alcança um quantitativo populacional elevado, mas desprivilegia a maior parte dos municípios, podendo produzir iniquidades diante da pouca flexibilização da normativa. Reforçam ainda o fracionamento dos ajustes, possível pela janela de oportunidade aberta – dialogando com as demandas apresentadas por grupos de interesse, mas também, com os interesses dos gestores federais em cumprir as metas pactuadas no programa de governo.

“Tanto é que a reformulação se estendeu por 3 fases. Primeiro a fase que permitia a partir de 100 mil habitantes, depois a fase que permitia a partir de 40 mil habitantes, desde que estivesse em Região Metropolitana (RM), e depois a fase que tirou o critério da RM. Depois um momento que se permitiu municípios acima de 20 mil e municípios abaixo de 20 mil, desde que tivessem em consórcio, para atingir a população de 20 mil.” (E1)

“as diretrizes deveriam ser um pouco mais flexíveis olhando a realidade do país. Traçar uma diretriz única para todas as regiões do país, beneficiando apenas municípios de médio e grande porte trouxe uma dificuldade para o avanço do Melhor em Casa (E7)”

O aquecimento das discussões pelas influências externas e internas dos atores puderam incrementar e representar um ponto de partida para apoiar os cuidados de longo prazo e alternativa às longas internações, mas nem sempre foram guiados por uma lógica técnica, sendo caracterizados por processos complexos, multicausais e multidirecionais, sendo permeadas por interesses divergentes na formulação e implementação de políticas públicas (FONSECA, 2013).

A abertura das janelas de oportunidade descritas por Kingdon (2014) tem um caráter transitório e dependem de um componente fundamental, sem o qual esses momentos não promovem mudanças na agenda: a atuação dos empreendedores de políticas. Os atores que compõem a Secretaria de Atenção à Saúde, propositiva na formulação de alternativas e grande mobilizadora de atores, sejam eles visíveis e invisíveis, tem grande importância para a articulação dos fluxos. Segundo os entrevistados, o Ministro da Saúde, representantes da CONASEMS, a Casa Civil, a Presidência da República também assumem o papel de empreendedores, protagonizando a junção dos três fluxos.

O “ambiente” promovido pela discussão dos planos de ação das Redes de Atenção à Saúde potencializam este processo complexo ao abrir o diálogo com os atores estaduais e

municipais, que também passam a ser empreendedores locais. Por um lado possibilitou uma aproximação das necessidades regionais, mas por outro, traz a necessidade de ajustes frequentes. Tal ambiente é apontado por Kingdon (2014) e Lima, Pinto e Pereira (2011) como um elemento do fluxo político importante para a potencialização ou restrição das mudanças na agenda governamental.

Em 2014, com a mudança do cenário e a mudança de alguns decisores, empreendedores e implementadores, percebe-se o início do desequilíbrio da agenda e o início do movimento de restrição da agenda. Por um lado, a intenção de evitar as internações hospitalares e aumentar a racionalização dos recursos parece ganhar maior destaque na agenda, causando conflito e oposição às ações que vinham sendo desenvolvidas nos territórios, já que os municípios vinham atendendo um maior número de usuários provenientes da Atenção Básica

“na época do Ministro Artur Chioro, a AD saiu do DAB e voltou para o DAE, por compreensão naquele momento que era mais estratégico ficar lá (...) depois de um ano da mudança, só mudou o organização aqui do MS mas, a forma de fazer continua do mesmo jeito, não teve mudança significativa da origem desse paciente vindo do hospital. (E3)”

De acordo com os conceitos apresentados por Kingdon (2014), as oportunidades de acesso de uma questão à agenda não perduram por longos períodos de tempo, perdendo força quando há desarticulação entre os fluxos que propõem para a análise da agenda (problema, alternativa e política).

Por outro lado, a mudança de alguns atores e cenário político e econômico ruim levam a um enfraquecimento na agenda da implantação das RAS, havendo mudança político-institucional que dá força para a transitoriedade da agenda da AD, recorrente na agenda das políticas públicas (CAPELLA, 2006; MONTEIRO, 2006; MACHADO et al., 2011; TREVISANI et al, 2012).

A agenda da AD não deixa de vivenciar este período sendo ressaltado alguns fatores que podem ter contribuído para a desarticulação dos fluxos pelos entrevistados. Além da mudança apresentada, o cenário econômico negativo que toma o país passa a dificultar o andamento da agenda, que sofre restrições para sua implementação e possíveis caminhos para expansão.

“[sobre a mudança dos decisores – ministro e secretário de atenção a saúde, implementadores frente a crise econômica](...) teve um rompimento nessa

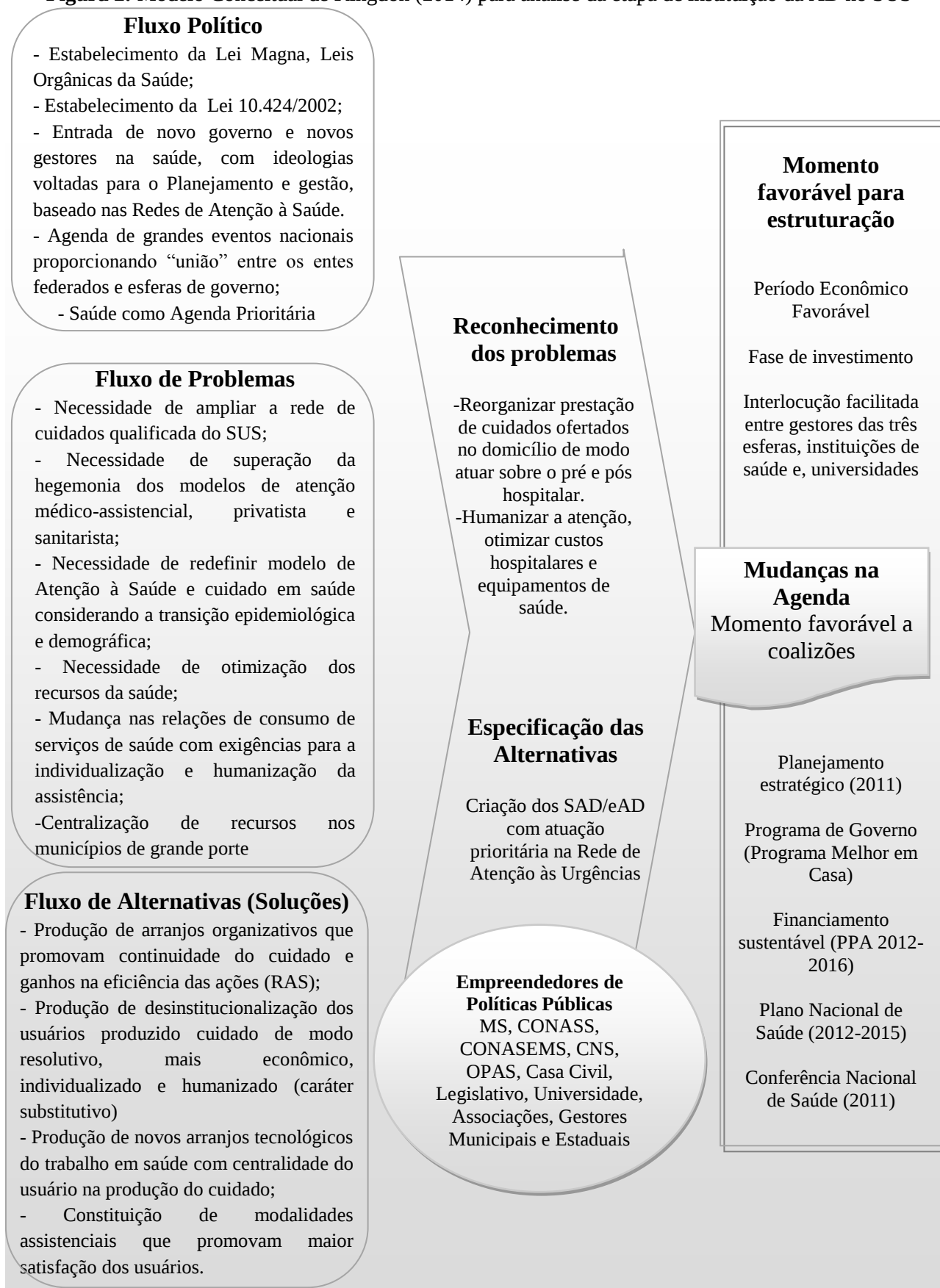
continuidade, talvez se tivesse a continuidade, conseguiríamos mudar esse cenário pra questão da AD. Desestabilizou muito!” (E2)

“Foi tenso em 2015 para a AD porque a gente teve mudança da equipe, porque a gente teve uma equipe anteriormente com forma de gerir que era orgânica, todo um jeito de fazer e a gente tem mudança de gestor. Muda Ministro, muda Diretor, muda Coordenador, a própria coordenação muda no organograma do Ministério (...) É como se a gente viesse de uma forma muito acelerada e o contexto político e econômico fez com que a gente desse uma freada”. (E5)

Ao final do ciclo estudado é importante ressaltar que os atores e a janela de oportunidade aberta trouxeram muitos avanços para a agenda da AD, principalmente para o componente especializado formado pelos SAD que tinham muitas dificuldades para se desenvolver.

A questão da ampliação da oferta de cuidados é indicador de um “bom caminho”, mas vale destacar que o SUS precisa expandir as ofertas de AD, não restringindo as discussões apenas aos programas específicos de governo, visto que as tipologias de serviços ofertados não estarem acompanhado a demanda, tanto quantitativa quanto qualitativamente, seja em qualquer uma de suas modalidades (OCDE, 2015; BRAGA et al., 2016).

Figura 2: Modelo Conceitual de Kingdon (2014) para análise da etapa de instituição da AD no SUS



5.2 A IMPLANTAÇÃO DA AGENDA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Na medida que a gestão federal dialoga com diversos atores para a formulação de uma proposta de atuação, no discurso de lançamento do programa Melhor em Casa, a presidenta da república deixa claro que o governo federal também não pode executá-lo sozinho e convoca estados e municípios para a realização de um pacto federativo concreto e efetivo.

“Eles só irão funcionar se nós, governos federal, municipal e estadual, nos dermos as mãos e lutarmos com toda a garra para que eles [programas de governo] tragam, de fato, melhorias na área da Saúde. Para que signifiquem também uma nova atitude dos governos, dos profissionais de Saúde e do meio científico em favor de uma Saúde Pública de mais qualidade no Brasil”. (Presidência, 2011)

Na evocação realizada na fala da presidenta, busca-se co-responsabilizar e desenvolver a descentralização e integração pensada para o SUS, promover o espaço de poder compartilhado onde União, Estados e Municípios atuam de forma integrada para o cumprimento de objetivos e metas pactuadas entre os entes federados (LUCCHESI, 2003; FLEURY, 2006).

Considerando os objetivos específicos de caracterizar o processo de habilitação e implantação dos SAD e realizar o delineamento dos SAD efetivamente habilitados e implantados, visto que nem toda meta se transforma efetivamente em habilitação e nem toda habilitação será totalmente executada por estados e municípios, estudar indicadores quanto a estas situações possibilita a visualização dos recursos aprovados e executados, identificação do percentual de crescimento ao longo dos anos, aprofundamento das relações entre as esferas governamentais e alcance dos objetivos propostos pelo governo federal (ARRETCHE, 2010; MIRANDA et al., 2017).

No intuito de incentivar a incorporação da agenda pelos gestores de saúde do país, a agenda dos SAD envolveu diversas mudanças dos critérios de elegibilidade dos municípios - modificando critérios de porte populacional, criando tipologias de equipes diferenciadas, alterando o modo de constituição da carga horária dos profissionais que compõem as eAD, aumentando o incentivo de custeio, dentre outras estratégias, que foram sendo adotadas pela gestão federal para expansão dos SAD pelo país.

Apesar de haver grandes incentivos para a expansão dos SAD e grande esforço dos implementadores para aumentar o ritmo de adesão ao programa, a existência de políticas indutivas implementadas pelo nível central teve que respeitar o ritmo e lógica distinta dos

territórios, ditados por especificidades e singularidades regionais, para expandir-se pelo território nacional, ajudando-nos definição de um número reduzido de indicadores de análise.

5.2.1 Caracterização da normativa e a possibilidade de expansão dos SAD

Antes de adentrar na caracterização da habilitação e implantação dos serviços, vale destacar a importância da revisão e alteração dos critérios de elegibilidade entre 2011-2013, que ampliam o escopo de municípios que podem solicitar habilitação dos serviços de atenção domiciliar de forma vigorosa e nos ajuda a definir a população do estudo.

A partir dos critérios mínimos estabelecidos pelas respectivas portarias, inicialmente 4,33% (241) dos municípios brasileiros eram elegíveis para habilitação dos SAD. Com a ampliação proposta pela portaria seguinte, esse número passa para 5,88% (328) dos municípios brasileiros.

Gráfico 1: Caracterização dos municípios elegíveis de acordo com a evolução das portarias (2011-2015)



Fonte: DOU, 2011-2015, IBGE, 2015; CGUE/MS, 2016; CGHOSP/MS, 2016

Em 2012, a publicação da portaria 1533/2012 faz saltar para 10,83% os municípios elegíveis, ou seja, em menos de 1 ano da publicação da portaria que institui a Atenção Domiciliar no SUS, 603 municípios passam a compor o rol de municípios elegíveis.

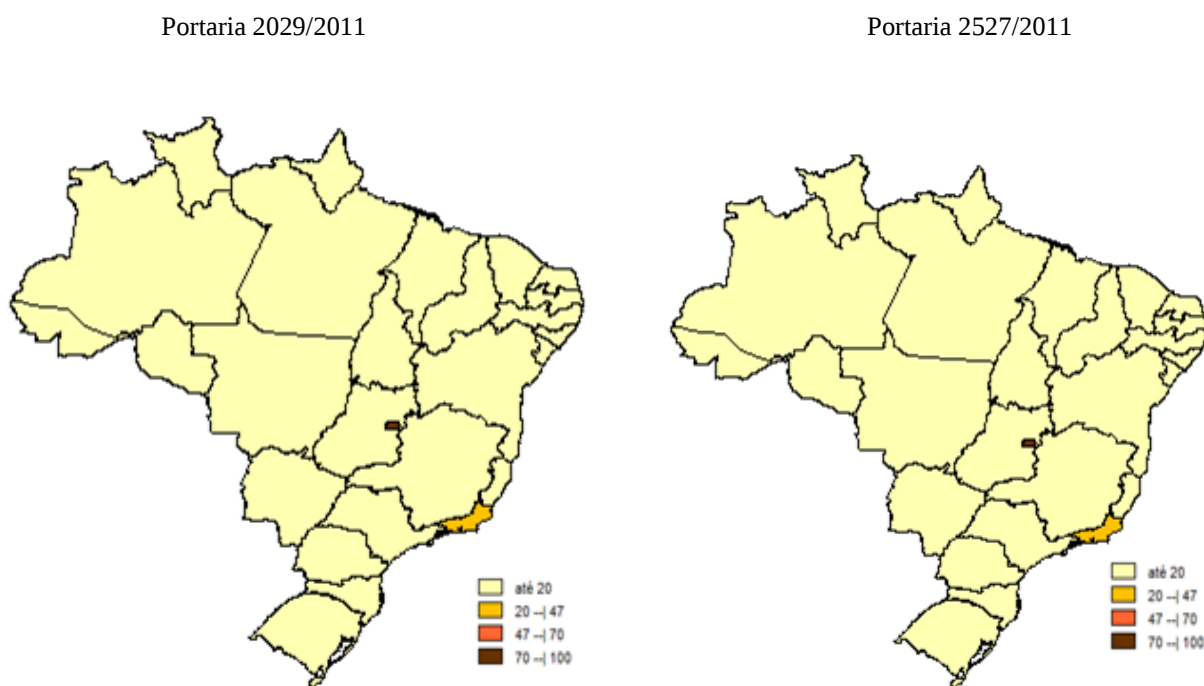
É importante observar que, ao verificarmos a situação de elegibilidade destes municípios em cada portaria, identifica-se grande seletividade das primeiras portarias frente aos 5570 municípios brasileiros existentes na época

A partir de 2013, com a retirada do critério populacional como requisito para habilitação dos municípios, 2272 municípios passaram a compor esta lista de elegíveis, ou seja, 40,79% dos municípios brasileiros, uma vez que o restante não possui estrutura mínima de rede assistencial, não existindo SAMU para municípios menores de 40 mil habitantes e quantitativo mínimo de leitos, de modo a garantir retaguarda assistencial e utilização dos equipamentos de saúde de modo otimizado.

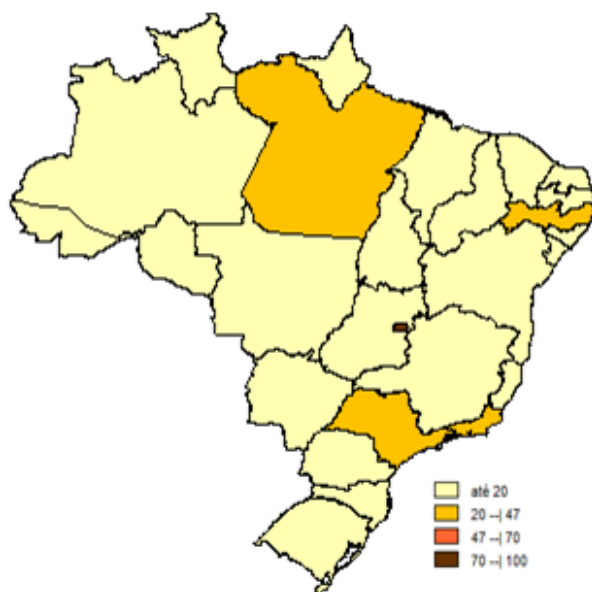
Meloni (2015) considera a portaria 963/2013 como a “universalização” dos serviços de atenção domiciliar ao considerar que qualquer município poderia solicitar a habilitação dos SAD. Embora, o conceito apresente-se de forma equivocada já que outros critérios como serviço móvel de urgência e presença de um quantitativo mínimo de leitos hospitalares deva existir ao menos na região que o município está integrado, de fato é somente na última portaria que é envolvido efetivamente um elevado número de municípios.

Em relação ao impacto das mudanças nos estados e municípios, incrementos heterogêneos são observados em cada mudança de portaria praticada, deixando de ser representativa para os municípios de médio e grande porte ao ser retirado o componente que traz grande limitação podendo, portanto, estar mais ramificada pelo território, considerando para isto, a pré-existência de componentes da RUE nas localidades.

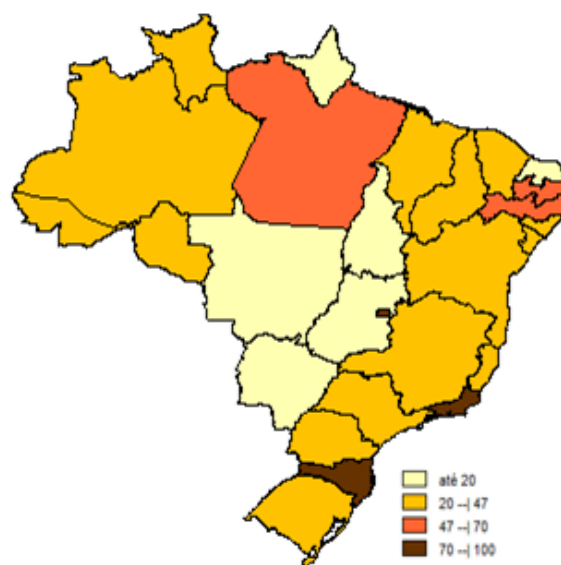
Mapa 2: Caracterização dos municípios elegíveis de acordo com a evolução das portarias (em %), segundo os estados brasileiros, entre os anos de 2011-2015



Portaria 1533/2013



Portaria 963/2013



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

*Distrito federal apresenta a especificidade de menor unidade federativa brasileira e a única que não tem municípios, por isso, apresenta bons resultados ao considerarmos este tipo de recorte.

Na avaliação da distribuição dos critérios de elegibilidade nas regiões brasileiras, ao considerarmos o número de municípios que compõem cada região, têm-se em 2011 uma baixa possibilidade de ramificação dos SAD pelo país, visto a baixa frequência apresentada. A região Sudeste apresenta 6,29% (105) dos seus municípios como elegíveis, as regiões norte, sul, nordeste e centro-oeste apresentavam respectivamente, 4,22% (19), 3,94% (47) 3,01% (54) e 3,42% (16) dos seus municípios elegíveis.

Na análise por estados, o escopo inicial de municípios demonstra um número pequeno e heterogêneo, tendo Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo a possibilidade de habilitar maior número de municípios, ou seja, 100%, 20,7% e 9,8% respectivamente. Embora o Amapá se destaque frente aos outros municípios (12,5%), isto se dá pelo número pequeno de municípios em seu território (16), o que faz com que seus dois municípios elegíveis tenham maior representatividade.

A publicação das duas portarias seguintes segue a mesma lógica da normativa anterior, ou seja, privilegiando municípios de maior porte populacional onde Rio de Janeiro, Pará, Pernambuco e São Paulo seguem com ganhos maiores, passando a ter 34,78%, 29,86%, 20% e 16,6% dos seus municípios como elegíveis, respectivamente.

Embora a publicação da portaria nº 963/2013 não tenha impactado nos 27 estados de modo igualitário e/ou equitativo, a retirada do critério populacional finalmente anuncia a ampliação em números absolutos e relativos de municípios elegíveis, **possibilitando a expansão para municípios de perfis a realizar a adesão ao programa.**

Na observação dos dados, há um incremento importante para os estados do Rio de Janeiro, Santa Catarina, Pará e Pernambuco que passam a ter 84,78% (78), 76,27% (225), 52,78% (76) e 49,49% (91) de municípios elegíveis. Estados como Amapá, Mato Grosso, Rio Grande do Norte e Tocantins seguem como os estados com menor proporção de municípios elegíveis 18,75% (3), 18,44% (26), 16,77% (28) e 16,46% (13) e 15,11% (21), respectivamente.

O grau de dispersão, representando o grau de variabilidade dos dados mostra que entre 2011 e 2013, as mudanças propostas pelas portarias seguiram privilegiando Estados do Sudeste em especial, Minas Gerais (DP = 184,34 e At = 379) e São Paulo (DP=99,72 e At= 215) e Estados como Mato Grosso do Sul, Acre, Roraima e Amapá seguiram com os menores ganhos (DP = entre 4,27 e 0,57 e At = entre 1 e 9 municípios elegíveis)

A heterogeneidade apresentada nos dados demonstra ainda a dificuldade existente de diversos lugares em organizar um sistema que contenha os diversos níveis de atenção (MONNERAT et al., 2002; PINAFO et al., 2016). Em outros lugares, a questão da regionalização um pouco mais desenvolvida e a grande expansão do SAMU nos últimos anos pode ter sido fator de minoração das distorções regionais, contribuindo portanto, para um processo de diminuição de iniquidades na medida que permite uma gama maior de municípios solicitar acesso ao programa (VIANA; BAPTISTA, 2008; MACHADO, 2011).

Vale ressaltar que o incremento do número de municípios elegíveis ocorreu em todos os estados, sendo possível perceber que estados com maiores ganhos quantitativos proporcionados pelas mudanças (Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Bahia e Paraíba) acabaram concentrando 60% dos municípios elegíveis do país para esta modalidade de atenção,

Quanto a cobertura populacional visionada, o foco inicial em cidades de médio e grande porte abrangem um quantitativo populacional elevado (47,05% da população brasileira), elevando-se de acordo com as especificidades definidas nas portarias seguintes.

Gráfico 2: Caracterização dos municípios elegíveis de acordo com a cobertura populacional (2011-2015)



Fonte: DOU, 2011-2015, IBGE, 2015; CGUE/MS, 2016.

A meta inicial, implantação de 100% das equipes pactuadas, visavam ofertar cobertura para os 96 milhões de brasileiros. Na análise por estados, o escopo inicial de municípios demonstra um número pequeno e heterogêneo entre os estados, tendo Distrito Federal, Rio de Janeiro e Amapá a possibilidade de realizar maior cobertura populacional de municípios, ou seja, 100%, 75,40% e 74,14%, respectivamente. Novamente, o destaque do Amapá frente aos outros municípios relaciona-se ao pequeno número de municípios em seu território e concentração da população na capital.

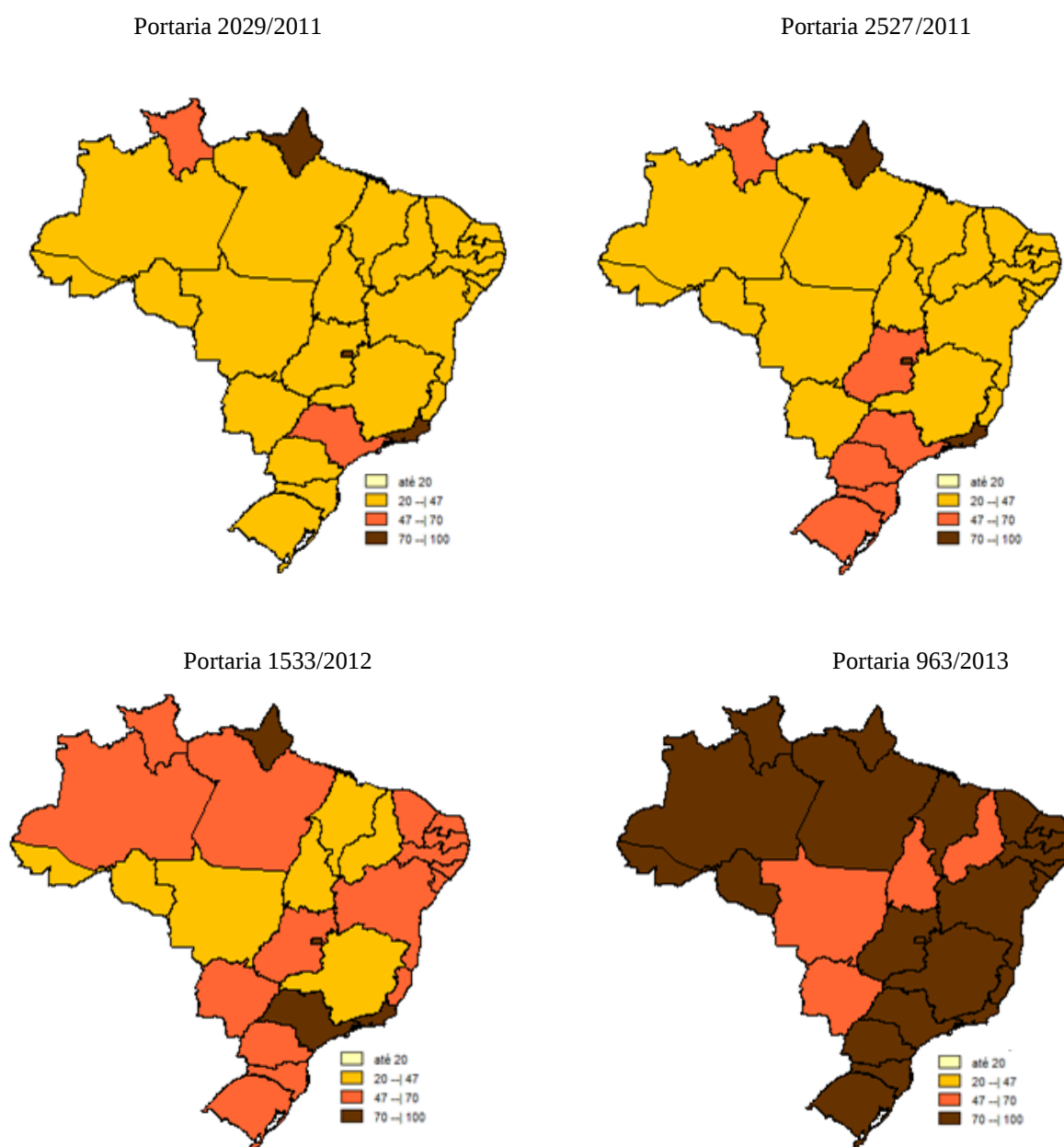
Nota-se com a mudança da segunda portaria, a concentração em alguns estados e regiões específicas, como o estado de São Paulo, com municípios com concentração populacional elevada e a região Sul, que além de possuir um número de municípios com população preconizada, também possuía um percentual maior de municípios com a estrutura de serviços solicitada para a habilitação.

Na análise do que representou a modificação das portarias, para a cobertura populacional, mesmo com um padrão de cobertura elevado desde o início, nenhuma normativa conseguiu abarcar de forma equilibrada as regiões, sendo representativo a região Sul, que passa, a partir da portaria nº 963/2013, a poder realizar a cobertura de cerca de 81,5% da sua população, confirmando portanto a existência de uma estrutura de serviços próxima dos critérios para a habilitação.

Vale ressaltar que a partir da segunda portaria (Pt. nº 2527/2011), observa-se uma possibilidade de descentralização dos SAD, cujas publicações das portarias seguintes, vão

impactando de modo diferente em cada estado e município e, embora não estejam distribuídos de forma equitativa e em alguns estados concentra-se na capital e municípios vizinhos, a mudança proposta consegue-se preconizar uma cobertura para a maior parte da população.

Mapa 3: Caracterização da cobertura populacional de acordo com a evolução das portarias (em %), segundo os estados brasileiros, entre os anos de 2011-2015



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

*Distrito federal apresenta a especificidade de menor unidade federativa brasileira e a única que não tem municípios, por isso, apresenta bons resultados ao considerarmos este tipo de recorte.

Vale ressaltar que ao impulsionar ações que extrapolem a pactuação orçamentária, a cobertura projetada pela portaria 963/2013 torna inviável a execução de tudo que se propõe a

fazer. Mesmo não sendo possível a execução em sua plenitude, o ganho se dá pela flexibilização e promoção da autonomia local, que passa a garantir liberdade aos gestores municipais para decidir sobre o cardápio de ofertas para organizar a rede de atenção à saúde.

Outra questão que vale destacar, refere-se ao grau de dispersão, representando o grau de variabilidade dos dados, que mostra as grandes mudanças, acabaram privilegiando, na questão populacional, os Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Pernambuco e, por outro lado, tendo pouco efeito nos Estados do Distrito Federal, Amapá, Ceará, Acre, Goiás e Pará.

Segundo Cardoso Jr. e Cunha (2015) observar a cobertura populacional dos programas permite institucionaliza-los com mais facilidade e a partir da sua execução positiva, aumentar sua base de apoio social e reduzir a possibilidade de reversão de ações que estejam em desenvolvimento. O contrário pode ocorrer, ou seja, a visualização da efetivação da cobertura populacional pode revelar eventuais inflexões do programa, prejudicando seu desenvolvimento.

Outra questão, refere-se a diretriz do Sistema Único de Saúde sobre a Regionalização, que orienta a descentralização dos serviços de saúde e a organização das Redes de Atenção à Saúde. Ao inserir os SAD prioritariamente na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, as primeiras normativas pouco se aproximam desta diretriz. Na medida que as mudanças promovidas nas normativas federais não ampliam de modo equitativo os municípios elegíveis, podemos nos aproximar do estudo de Duarte et al (2015) que considera a epidemiologia e geografia como dois campos do conhecimento que permitem identificar diferentes racionalidades na formulação e implementação de políticas públicas. Nesse sentido, o autor discorre sobre a presença de uma dicotomia entre os princípios doutrinários do SUS, que apontam para a construção de um estado de bem-estar e o favorecimento da racionalidade da saúde como mercadoria.

Sobre a capacidade regional de provisão de serviços e lacunas federativas que passa a ser o fator dificultador da expansão dos SAD em alguns lugares, Ribeiro et al. (2017) destaca a existência de um de federalismo cooperativo contraditório e sem rumos pré-definidos. O autor destaca em seu estudo as experiências de consórcios, distritos sanitários e colegiados regionais muito mais como um padrão sustentado do que uma estrutura disseminada no país, ou seja, corroborando para que a ação dos governos acabem sustentando as desigualdades regionais.

Devemos considerar que o Estado não obriga nenhum município a realizar a adesão aos programas e políticas que institui, de modo a respeitar o princípio de soberania de estados

e municípios, assim ao considerarmos o estudo de Moreira (2017), que verificou os obstáculos políticos à regionalização do SUS a partir dos secretários municipais de saúde com acento na CIB, destaca-se que a falta de recursos, a judicialização das políticas de saúde, o sistema político-partidário e o poder executivo estadual ausente nas coalizões de apoio a regionalização, indicam, portanto, um cenário negativo para as políticas que buscam ampliação a partir da regionalização do SUS, corroborando com a dificuldade de expandir o programa a todos os municípios brasileiros.

5.2.2 Das tipologias de equipes de Atenção Domiciliar que compõem o SAD

Com a instituição da atenção domiciliar no SUS em 2011 e a organização da atenção em modalidades busca-se organizar a assistência em níveis de complexidade tecnológica e de recursos, promovendo o cuidado de acordo com a frequência de atendimentos.

Foi definido para as equipes de Atenção Básica a atribuição do cuidado de menor complexidade tecnológica e que demandavam menor recursos e frequências de visitas. Para as equipes de Atenção Domiciliar (eAD), criadas para ofertar atendimento pré e pós hospitalar, dar suporte as equipes de AB e integrar-se às RAS, foi atribuído o cuidado aos pacientes que necessitam de recursos tecnológicos, recursos materiais e equipamentos de maior complexidade e que demandassem ao menos 1 visita semanal por qualquer integrante das eAD.

Ao longo de 2011, 2012 e 2013, as tipologias, estrutura e composição de carga horária das equipes foram sendo alteradas, permitido o acesso de um novo grupo de municípios, passando existir as seguintes tipologias de equipes a partir de 2013:

a) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo I (EMAD TIPO I): Instituída pela Portaria nº 2029/2011 e alterada pela portaria nº 1533/2012, possui composição mínima de 40 horas médicas semanais, 40 horas semanais de enfermeiros, 30 horas semanais de fisioterapeuta e/ou assistente social e 120 horas semanais de auxiliares ou técnicos de enfermagem. Originariamente prevista para municípios com população acima de 100 mil habitantes, após mudanças passa a atuar em município com população superior a 40 mil habitantes.

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Tipo II (EMAD TIPO II): Instituída pela portaria 963/2013, possui composição mínima 20 horas médicas semanais, 30 horas semanais de enfermeiro, 1 fisioterapeuta e/ou 1 assistente social de 30 horas semanais e 120 horas de auxiliares ou técnicos de enfermagem. Atua em municípios com população

inferior a 40 mil habitantes, sendo os municípios inferiores a 20 mil habitantes habilitados na modalidade de consórcio.

c) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - SOS Emergências: Instituída pela portaria 1208/2013, as eAD propostas para o Programa SOS Emergências são formadas com a mesma composição da EMAD Tipo I porém, somente os municípios que possuíam hospital do Programa SOS Emergências poderiam pleitear uma EMAD Tipo I para apoio específico a regulação da alta hospitalar e promoção de desospitalização nos hospitais prioritários, sem comprometer a territorialização das outras equipes que constituíssem os SAD no território.

Proposta como equipe complementar, responsabilizando-se apenas pela população do seu hospital de referência, não houve adesão proporcional dos gestores municipais, possuindo baixo impacto – apenas 3 equipes habilitadas no período estudado. Embora não esteja no escopo do estudo, em 2016 essa tipologia de equipe foi extinta, agregando as equipes existentes aos SAD dos municípios onde foram habilitadas.

d) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP): Instituída pela Portaria 2029/2011 e alterada a composição da carga horária pela portaria 1533/2012, a equipe de apoio das EMAD deveria possuir composição mínima de três categorias profissionais de nível superior, cuja a carga horária deveria completar no mínimo 90 horas semanais, dentre as seguintes profissões: nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais.

Segundo o Ministério da Saúde, a recomendação é de que uma EMAD tipo 1 promova a cobertura populacional de cerca de 100 mil habitantes, cada EMAD tipo II realize a cobertura populacional de até 40 mil pessoas e, cada EMAP realize a cobertura de até 300 mil habitantes (retaguarda para até 3 EMAD).

A composição dos serviços nos municípios segue a lógica apresentada a seguir:

Tabela 3: Quantidade de EMAD e EMAP de acordo com o porte populacional

População	EMAD TIPO I	EMAD TIPO II	EMAP
Menor de 40 mil habitantes	-	1	1
Entre 40.000 a 149.999 mil habitantes	1	-	1
Entre 150.000 a 249.999 mil habitantes	2	-	1
Entre 250.000 a 349.999 mil habitantes	3	-	1
Entre 350.000 a 449.999 mil habitantes	4	-	2
Entre 450.000 a 549.999 mil habitantes	5	-	2
Entre 550.000 a 649.999 mil habitantes	6	-	2
Entre 650.000 a 749.999 mil habitantes	7	-	3
...	...	-	...

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Ou seja, na prática cada EMAD tipo II acaba sendo referência para uma população inferior a 40 mil habitantes, atuando em municípios onde não há grandes demandas por desospitalização. A EMAD tipo I, alocada em municípios com maior porte e referência para uma população de 40 mil à 150 mil habitantes pode no entanto, acabar sobrecarregada visto o maior número de equipamentos de saúde para realização de articulação, integração e ofertar retaguarda. Para as EMAP, a falta da obrigatoriedade da sua implantação para constituição do SAD, a possibilidade de permanecer subutilizado ou sobrecarregado visto a possibilidade de ser referência para uma população de 20 mil à 300 mil habitantes, demonstra a baixa visibilidade desta tipologia de equipe frente aos gestores nacionais, além da falta de interesse dos gestores municipais, que podem valer-se do trabalho realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no domicílio (ANDRADE et al, 2012).

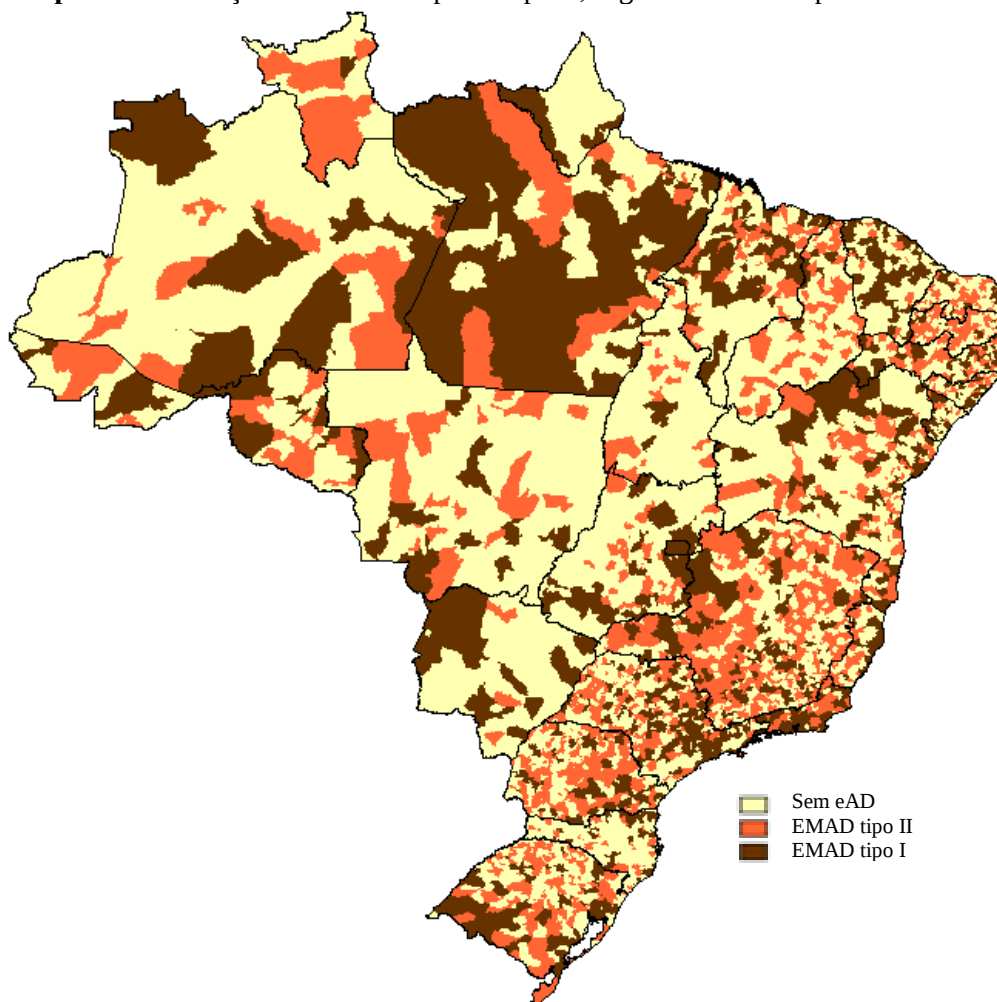
Ao final, o panorama de distribuição de equipes que se define a partir das portarias resulta em 33,46% dos municípios com possibilidade de solicitar habilitação de EMAD tipo I e 66,53% dos municípios podendo solicitar habilitação/o para EMAD tipo II.

A incorporação dos municípios de pequeno porte populacional dá grande contribuição para a expansão do SAD pelo país, demonstrando o impacto da última portaria, além de dialogar com a possibilidade de descentralizar as ações de cuidado no domicílio. No mapa a seguir é possível visualizar a distribuição das tipologias de equipes pelo país, visualizando-se o alvo e foco de atuação do governo federal no sentido de expandir os SAD.

Vale ressaltar o descompasso de alguns estados, com a presença de áreas de concentração coexistindo com grandes vazios assistenciais (observados no mapa 3), visto a ausência de estrutura hospitalar mínima, o déficit na retaguarda hospitalar e serviço móvel de urgência ainda não implantado, mantendo muitos municípios distantes de realizar habilitação de SAD.

Lima (2007) ao realizar estudo sobre as conexões entre federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil também aponta a existência heterogênea de equipamentos e profissionais de saúde disponíveis nos ambulatórios, hospitais e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico nos diversos estados e municípios, assim como sua capacidade de produção e faturamento. A autora aponta ainda em seu estudo, a existência de regras que orientam as transferências de recursos federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS com um efeito limitado no que tange à redistribuição fiscal e redução das desigualdades nas receitas voltadas para a saúde, dificultando a mudança deste cenário.

Mapa 4: Distribuição das EMAD tipo I e tipo II, segundo os municípios brasileiros



Fonte: DOU, 2011-2015.

Mesmo com um rol de atuação bem definido, percebe-se que os programas raramente são implementados, de acordo com sua concepção original, sendo implementado em um

ambiente de contínua mutação, alheia a vontade dos implementadores e com muitas tendências não previstas, onde ocorrem ainda mudanças de objetivos e metas (SILVA, 1999). Neste caso, a mudança de alguns acordos e alteração dos critérios de adesão permitiram a ampliação do acesso de gestores ao programa Melhor em Casa e, conseqüentemente, da população visto a possibilidade de expansão da cobertura populacional em todas as regiões, porém como destaca Lima (2007), a distribuição de recursos federais guarda ainda uma forte relação com o perfil da capacidade instalada, sendo reproduzido o modelo de gestão para políticas públicas de saúde.

5.2.3 A habilitação e implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar no Brasil entre os anos de 2011-2015

De acordo com as regras das normativas de atenção domiciliar no Brasil, os gestores municipais deveriam apresentar ao Ministério da Saúde projeto solicitando a adesão ao programa e ao cumprir os requisitos mínimos, ter a *habilitação* dos SAD e respectivas eAD autorizadas. Em novembro de 2011, as primeiras publicações de habilitação dos SAD começaram a aparecer no Diário Oficial da União, sendo repassados os recursos, após o credenciamento dos respectivos serviços e equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A este momento de cadastramento, que obriga o cumprimento das exigências mínimas para os SAD, denominaremos de “*implantação*”.

Entre novembro de 2011 e dezembro de 2015 foram habilitados 778 serviços de atenção domiciliar, com 1550 equipes de atenção domiciliar em 420 municípios brasileiros. Em contrapartida, na implantação 509 serviços de atenção domiciliar estavam efetivamente implantados, com 918 equipes em funcionamento, em 347 municípios de 25 estados brasileiros.

Da situação das habilitações:

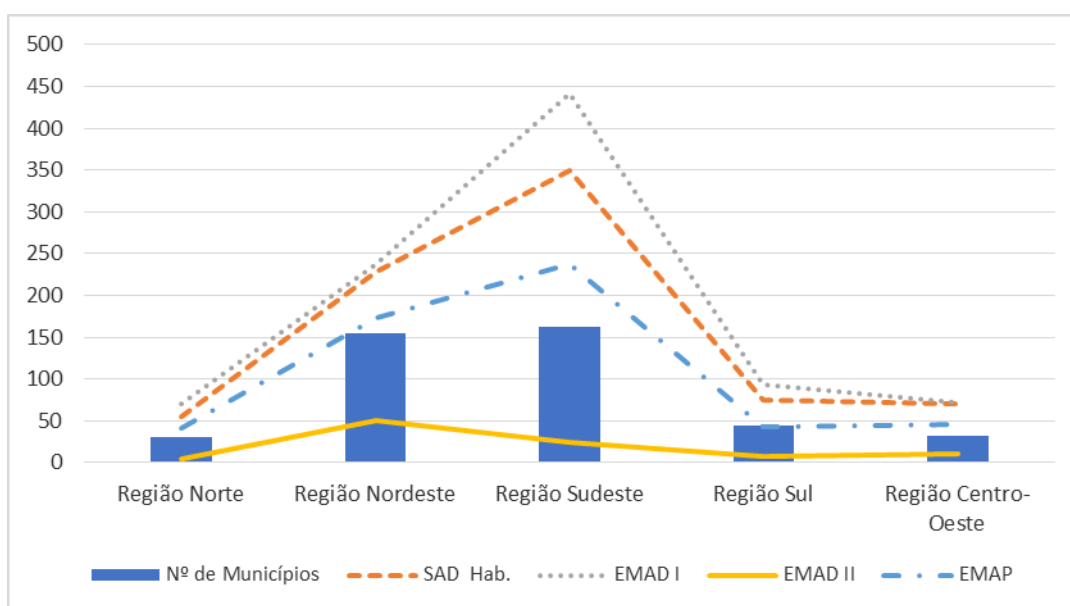
Em um primeiro momento, a habilitação pode parecer somente uma expectativa de algo que possa vir a existir já que é deixado de lado o requisito de pré-existência dos SAD/eAD, porém sua análise favorece a compreensão sobre a ação dos agentes implementadores e a entrada da agenda para os estados e municípios.

Considerando o rol de municípios elegíveis e tipologias de equipes que podem compor os SAD, apresentados no item anterior, as habilitações dos SAD que ocorreram entre os anos de 2011 e 2015 apresentam em termos absolutos a região Sudeste com 161 municípios habilitadas, seguido pelo Nordeste com 154 municípios habilitadas. A região sul vem em

seguida com 44 municípios habilitados. As regiões centro-oeste e norte apresentam apenas 32 e 30 municípios habilitados, respectivamente.

Segundo as tipologias de equipes, a região Sudeste possui habilitados 702 eAD, seguidos da região Nordeste com 462 eAD. As regiões Sul, Centro-Oeste e Norte possuem respectivamente 143, 127 e 116 eAD habilitadas.

Gráfico 3: Caracterização dos municípios habilitados, segundo regiões brasileiras (2011-2015)



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

As EMAD tipo I concentram-se mais nas regiões Sudeste e Nordeste porém, destaca-se a situação da EMAD tipo II nos municípios da região Nordeste (51), seguido de Sudeste (24) e Centro Oeste (10). Embora a região Sul e Norte apresentem muitos municípios de pequeno porte (podendo habilitar um número grande EMAD tipo II), a análise dos dados mostra que estas regiões não possuem bom aproveitamento.

Quanto a efetividade das habilitações, no que se refere ao quantitativo de municípios habilitados e cobertura da população, a análise a partir das regiões dá indícios da adesão dos municípios de médio e grande porte visto a cobertura populacional elevada frente a proporção de municípios habilitados.

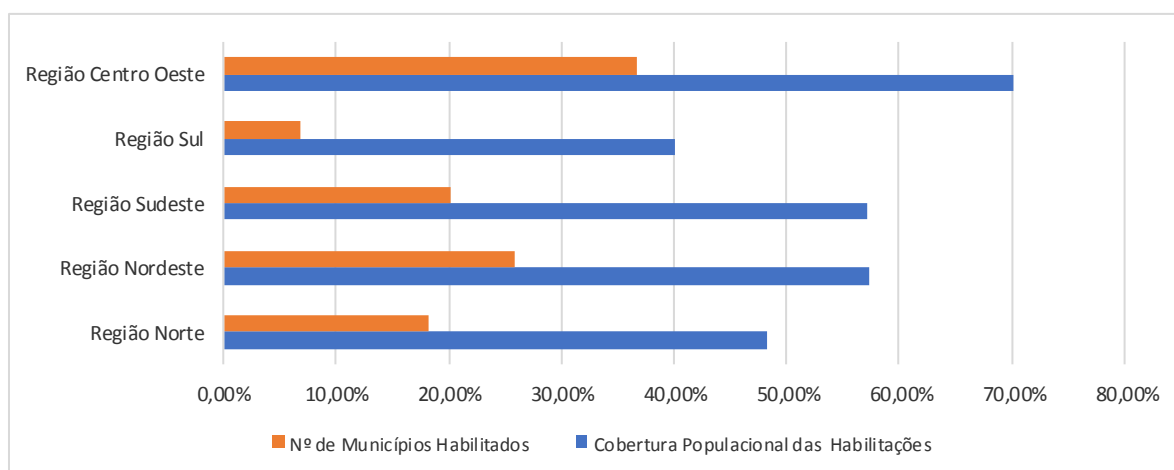
A concentração da adesão deste perfil de municípios está de acordo com o estudo de Lima (2007) visto que habilitação dos SAD acaba seguindo a mesma lógica de outros programas, ou seja, os mecanismos de transferência de recursos do SUS aproxima-se em

maior ou menor grau à capacidade instalada e de produção de serviços públicos e privados credenciados ao SUS existente em uma dada jurisdição.

Uma melhor efetividade na habilitação, em relação ao quantitativo de municípios elegíveis, é observado nas regiões Centro Oeste (37%), seguido pela região Nordeste (18%), Sudeste (21%) e Norte (18,2%). A região sul apresentou o pior desempenho na habilitação dos municípios elegíveis, possuindo apenas 7% habilitados.

Ao final de 2015, a situação dos municípios habilitados, de acordo com as regiões do país é representada do seguinte modo:

Gráfico 4: Efetividade das habilitações quanto a número de municípios elegíveis e a cobertura da população prevista (2011-2015)



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

A habilitação dos SAD/eAD realizada nos municípios prevê uma cobertura populacional elevada das eAD frente os municípios elegíveis, apresentando os seguintes valores nas regiões: Sudeste 57,24%, Centro Oeste 70,21%, Nordeste 57,35% e Norte 48,27%. A região Sul apresenta também um pior desempenho em relação às outras regiões, provendo com os serviços habilitados uma cobertura de 40,08%. Tal resultado pode estar atrelado à habilitação de município de médio e grande porte, dialogando, portanto, com a agenda inicial e a pouca estrutura das RAS em municípios menores (PINAFO, 2016).

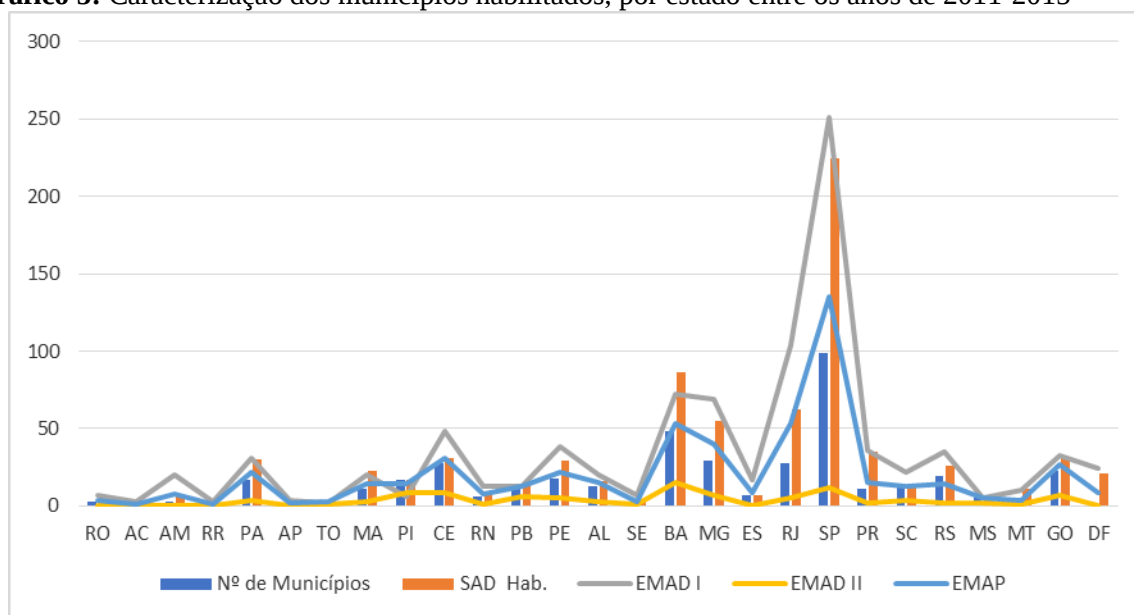
Como destaca Arretche (2004), a situação apresentada tanto nas regiões quanto nos estados (descritos a seguir), com desembolsos federais com baixo efeito redistributivo, tem por objetivo maior alcançar a descentralização do que o acompanhamento da redução das desigualdades nos padrões de oferta.

Em relação aos estados (gráfico a seguir), ao olharmos cada unidade de forma singular, é possível visualizar como as habilitações em cada localidade. Em termos absolutos, temos um maior quantitativo de municípios habilitados nos estados de São Paulo (98) e Bahia (48), seguidos pelos estados de Minas Gerais (29) e Rio de Janeiro (28). Estados da região Norte, como Roraima (1), Amapá (1), Acre (2) e Rondônia (3) e do Centro Oeste, como Mato Grosso (3) e Mato Grosso do Sul (5) concentram o menor quantitativo de municípios habilitados.

Sobre as eAD, São Paulo representa o estado com maior número de equipes (398), seguido pelo Rio de Janeiro (162) e Bahia (140). Os estados do Norte integram a base com os menores quantitativos, ou seja, Amapá e Acre com 4 equipes. Especificamente para as EMAD tipo II, Bahia (15), São Paulo (12), Piauí (9) e Ceará (9) apresentam o maior quantitativo de equipes habilitadas, tendo baixa representatividade no restante do país.

O gráfico abaixo representa a concentração dos serviços e equipes pelo país:

Gráfico 5: Caracterização dos municípios habilitados, por estado entre os anos de 2011-2015



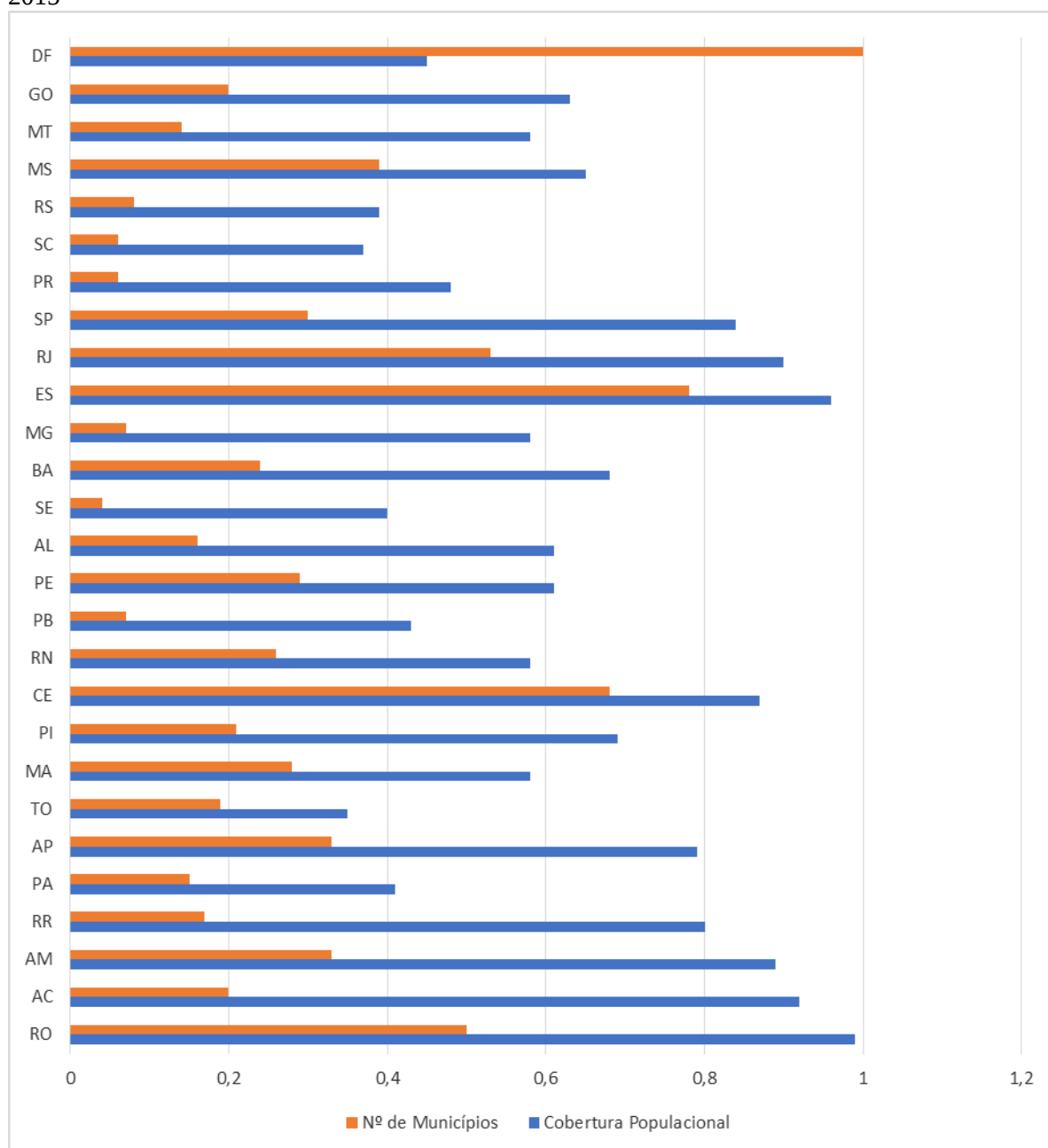
Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

Quanto a comparação destas habilitações com o escopo de municípios elegíveis, torna-se expressivo nos resultados, a efetividade da habilitação nos estados do Distrito Federal (100%), Ceará (53,85%), Goiás (48,94%), Alagoas (39,39%), Mato Grosso do Sul (38,46%), Rio de Janeiro (35,9%), São Paulo (34,03%) evidenciando que os maiores estados, embora apresentem um maior número de municípios e equipes, também possuem dificuldades de implantá-los.

Quanto aos estados com baixa expressão nas habilitações dos SAD/eAD, Mato Grosso (11%), Rio Grande do Sul (8,3%), Sergipe (8%), Minas Gerais (7,3%), Paraná (5,9%) e Santa Catarina (6,2%) apresentam os piores resultados, reforçando o resultado da região Sul, apresentado no gráfico 4, demonstrando como alguns estados como Mato Grosso, Sergipe e Minas Gerais influenciaram os resultados observados nas regiões.

A regulação federal para Arretche (2010) parece “amarrar” subunidades independentes em torno de um dado objetivo nacional, destacando que a ausência das transferências federais poderia trazer dificuldades aos municípios diante da capacidade altamente desigual destes em prover serviços públicos, da ausência de patamares de gasto (definindo-se um valor mínimo de gastos) e das preferências partidárias locais. Segundo a autora, a combinação de regulação federal com a possibilidade de discordância dos estados e municípios explica as diferenças entre as jurisdições. A regulação federal opera no sentido da uniformidade, ao passo que a autonomia local opera no sentido da variação, considerando portanto que processos presentes do federalismo brasileiro.

Gráfico 6: Caracterização das habilitações e cobertura populacional, por estado entre os anos de 2011-2015



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

Quanto a cobertura populacional das equipes habilitadas, ao verificarmos os valores absolutos, os estados de São Paulo, Bahia e Minas Gerais despontam entre os estados, habilitando serviços para a promoção de cobertura populacional de 30,92, 7,57 e 7,6 milhões de habitantes.

Em relação a efetividade da cobertura populacional, percebe-se que os melhores resultados são encontrados nos estados de Rondônia (99%), Espírito Santo (96%), Acre (92%), Rio de Janeiro (90%), Amazonas (89%) e Roraima (80%). Deve-se destacar que a boa

cobertura dos SAD na maior parte dos estados do Norte deve considerar o número reduzido de municípios, assim como, uma população concentrada basicamente na capital destes estados, os estados com menores índices são o Pará (41%), Rio Grande do Sul (39%), Santa Catarina (37%) e Tocantins (35%).

A repercussão destes achados relaciona-se ao estudo de Arretche (2004), ao definir a existência de uma variação na concentração de autoridade política entre estados brasileiros e políticas particulares. A autora destaca a questão dos recursos institucionais que dispõe o governo federal para influenciar as escolhas dos governos locais, podendo afetar ou não as agendas de governo. Destaca-se ainda no estudo, a existência de autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais, que permitem a adoção de uma agenda própria, independente da agenda do executivo federal, influenciado ao final, o resultado alcançado pelas políticas federais.

Ao observarmos a média, desvio padrão e amplitude de alguns elementos em estudo, destaca-se a baixa amplitude e variabilidade das EMAD tipo II, demonstrando sua baixa inserção nos territórios e ajudando a explicar os resultados de algumas localidades que possuem a maior parte dos seus municípios elegíveis caracterizados como municípios de pequeno porte.

Tabela 4: Análise descritiva das habilitações realizadas no período

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Amplitude (Max – Min)
Municípios Habilitados	15,67	11	20,157	406,308	98
EMAD tipo I Habilitada	33,81	20	49,766	2476,618	249
EMAD tipo II Habilitada	3,67	2	4,010	16,077	15
EMAP Habilitada	19,93	13	27,124	735,687	134

Fonte: DOU, 2011-2015.

Ao visualizarmos os resultados das habilitações, frente aos municípios elegíveis, é possível observar um alinhamento com a proposta inicial dos formuladores em focalizar em municípios maiores, corroborando para a percepção que influências externas e algumas ações do governo podem não condizer com a realidade ou necessidade dos gestores e população nos municípios e estados.

Apesar das disparidades do porte populacional, concentração geográfica de serviços de saúde e a dificuldade de desenvolvimento político-institucional, há o fato dos municípios (e

muitos estados) não possuem condições de provimento autônomo das ações e serviços de saúde (MONNERAT et al, 2002; MENDES, 2015). Segundo Monnerat et al. (2002), há um reconhecimento da ausência de dispositivos de alinhamento do governo com os governos locais, desconsiderando tais questões, assentando um elevado grau de desigualdade entre as regiões, a despeito das medidas constitucionais que buscam diminuí-la.

Souza (2008) colabora nesta discussão ao destacar a existência escassa de mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais que coíbam a criação de canais de negociação que gera competição entre os entes federados.

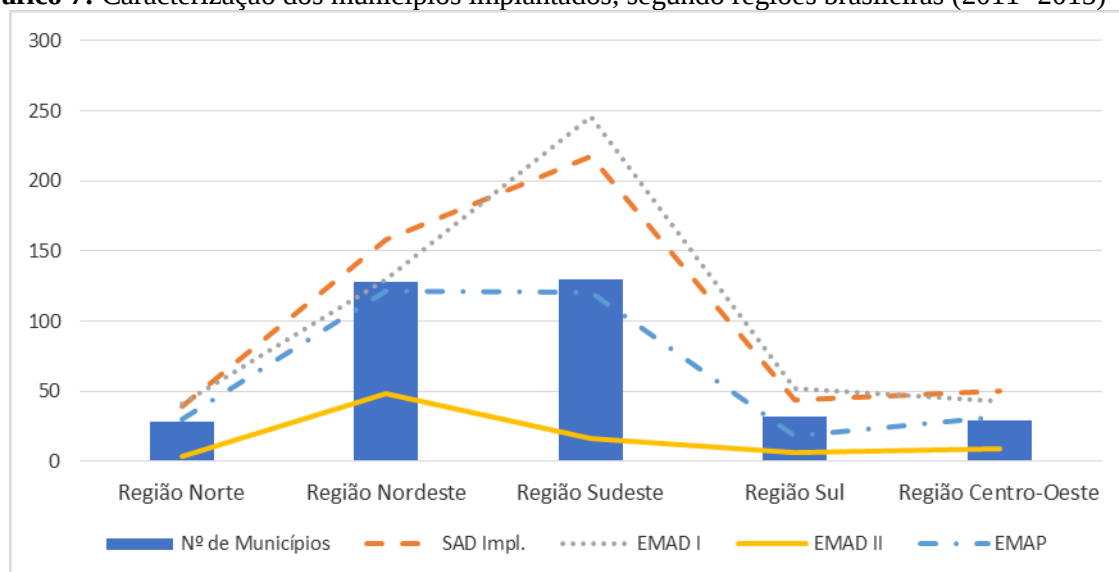
Da situação das implantações:

Cabe lembrar que a implantação das políticas com um recorte social tem frequentemente o nível local como o nível executor, sendo fundamental estudá-los para estabelecermos análises eficazes da descentralização do Estado Brasileiro e as relações entre poder local e políticas públicas, podendo entender os dilemas que cercam o desenvolvimento da ação governamental (MONNERAT et al.,2002).

Até 2011, as normas federais apontavam a necessidade de pré-existência das equipes para realizar a habilitação dos SAD porém, a partir da portaria 2029/2011 as habilitações dos serviços passam apenas a estabelecer uma expectativa orçamentária para o Ministério da Saúde e compromisso do gestor local em promover a organização para implantação dos SAD/eAD no seu território.

De modo a traduzir o resultado entre as ações planejadas pelos gestores federais e executadas pelos gestores municipais, seguiremos caracterizando a situação da implantação do SAD e eAD nos municípios brasileiros.

Gráfico 7: Caracterização dos municípios implantados, segundo regiões brasileiras (2011- 2015)



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015

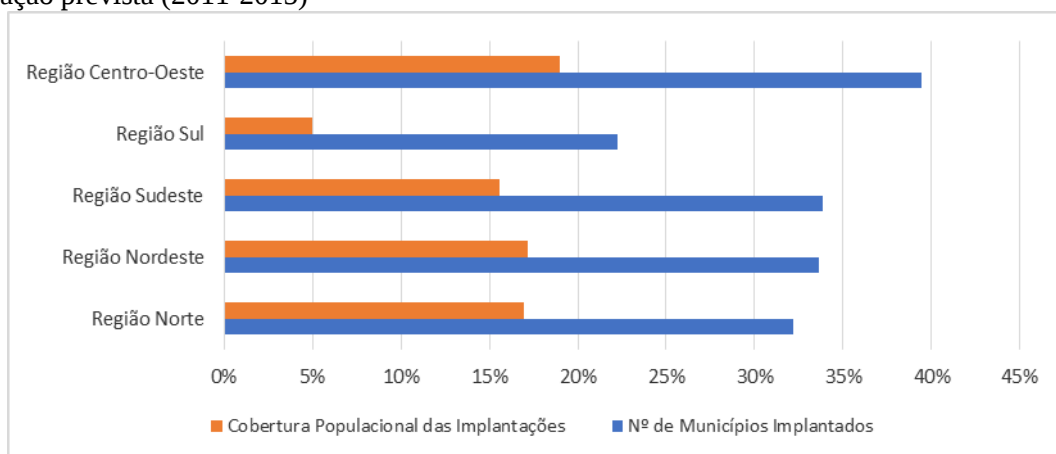
Considerando o rol de municípios elegíveis, os municípios habilitados e as equipes existentes no SCNES em dezembro de 2015, a região Sudeste alcança 130 municípios com pelos menos um (1) SAD/eAD em funcionamento, sendo seguido pela região Nordeste, que possuía 128 municípios. A região Sul apresentou apenas 32 municípios com SAD/eAD implantados e as regiões Centro-Oeste e Norte apresentam, respectivamente 29 e 28 municípios com pelo um SAD/eAD implantados.

Das tipologias de equipes, a implantação segue a característica apresentada na habilitação tendo a região Sudeste o maior número de eAD, ou seja, 383 equipes, seguido da região Nordeste, com 300 eAD implantada. Na implantação, a região Centro-Oeste implanta 84 eAD, a região Sul, 76 e a região Norte 75 eAD.

Chama a atenção o quantitativo de EMAD tipo II implantadas, e uma vez que a região Nordeste possui 48 equipes implantadas ante a região Sudeste (16). As outras regiões também não conseguem implantar um quantitativo elevado de equipes nesta modalidade, possuindo o Centro-Oeste 9 EMAD tipo II, a região Sul apenas 9 EMAD tipo II e a região Norte, 9 EMAD tipo II.

Quanto a efetividade das implantações, no que se refere ao quantitativo de municípios implantados e cobertura da população (gráfico 8), ao compararmos com o resultado das habilitações, percebe um número inferior tanto na quantidade de municípios com equipe implantada quanto pela cobertura populacional que estas promovem. Uma melhor efetividade na implantação, em relação ao quantitativo de municípios elegíveis é observado nas regiões Centro Oeste (19%), Nordeste (17%), Norte (17%) e Sudeste (16%). A região sul apresentou o pior desempenho na implantação possuindo apenas 5% dos seus municípios com ao menos um SAD/eAD.

Gráfico 8: Efetividade das implantações quanto a número de municípios elegíveis e a cobertura da população prevista (2011-2015)

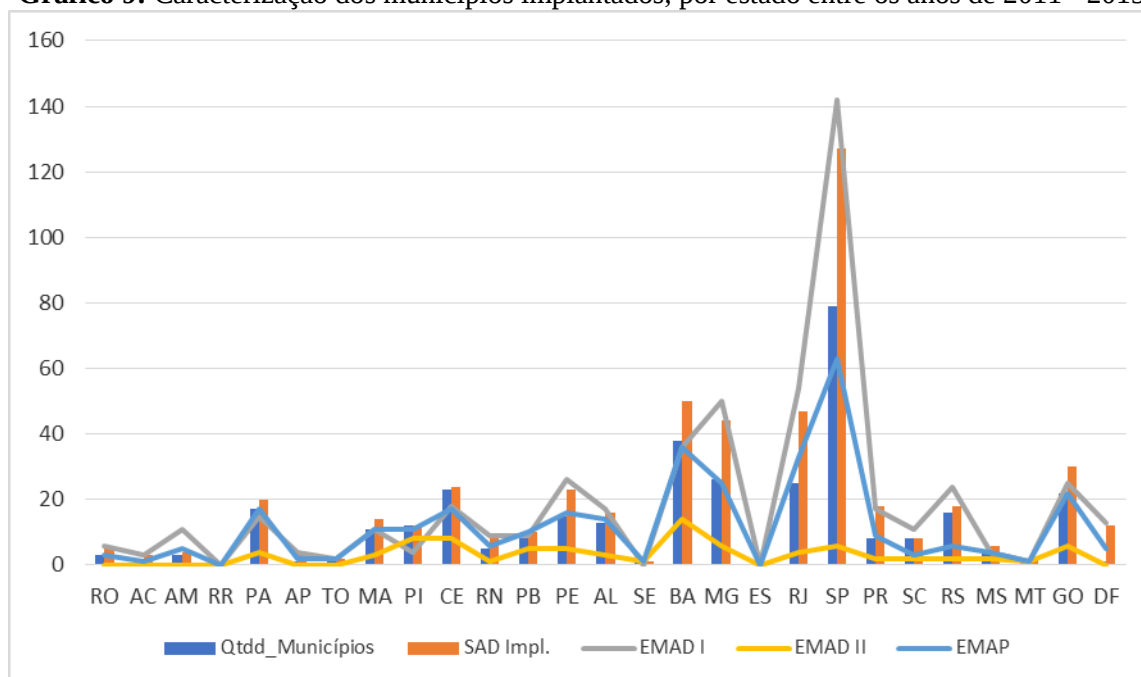


Fonte: DOU, 2011-2015.

A variação das implantações, considerando principalmente a região Sul aproxima-se de outros achados onde a AD em idosos das regiões Sul e Nordeste variou entre 3 e 20% (FACCHINI, 2008).

Na análise das implantações por estado (gráfico 9), seguiremos caracterizando quanto ao quantitativo de municípios, serviços e equipes criadas, representando efetividade de implantação das mesmas e a capacidade dos municípios em ampliar as ações saúde.

Gráfico 9: Caracterização dos municípios implantados, por estado entre os anos de 2011 - 2015



Fonte: DOU, 2011-2015 e IBGE, 2015.

Em relação aos dados apresentados, temos um maior quantitativo de municípios com SAD/eAD implantados nos estados de São Paulo (79) e Bahia (38), seguidos pelos estados de Minas Gerais (26) e Rio de Janeiro (25). Amapá e Sergipe implantaram os SAD em apenas 1 município. Espírito Santo e Roraima não possuíam até dezembro de 2015 nenhum município com SAD/eAD implantada.

Quanto a constituição das equipes (eAD), o estado de São Paulo apresenta em números absolutos o maior quantitativo de equipes criadas (211), seguido do Rio de Janeiro (91), Bahia (86), Minas Gerais (81) que, representam 59,5% do total. Os estados que tiveram o menor número de equipes criadas temos o Acre (4), Tocantins (4), Mato Grosso (3) e Sergipe (2), além de Roraima e Espírito Santo que não implantaram SAD/eAD em nenhum município.

No que diz respeito as tipologias de equipe, a região Sudeste concentra o maior quantitativo de EMAD tipo I implantadas: São Paulo (142), Rio de Janeiro (54) e Minas

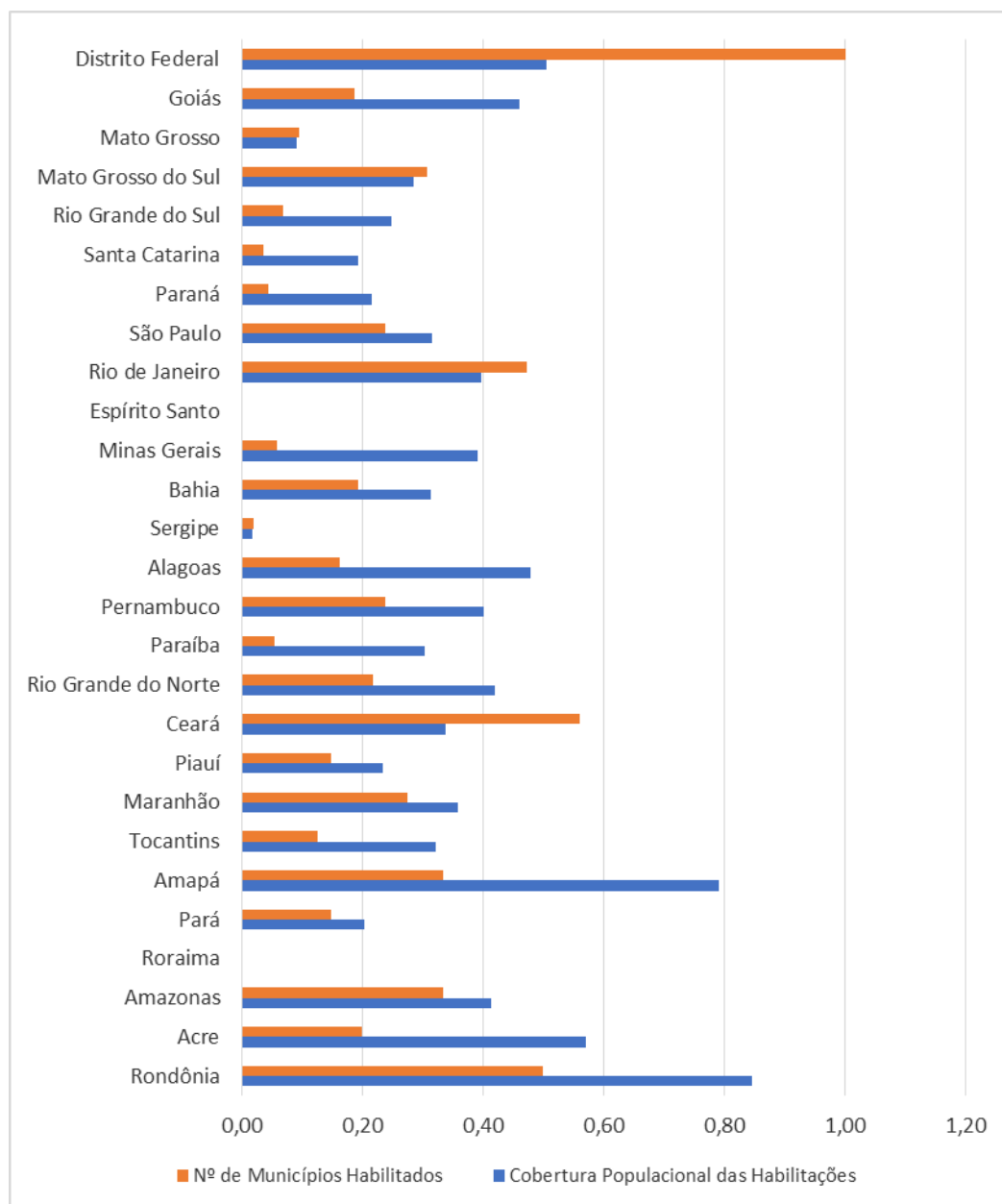
Gerais (50) e, para as EMAD tipo II, a dificuldade dos gestores dos municípios menores é bem expressa em números uma que a Bahia apresenta 14 municípios com equipes implantadas, o Ceará apresenta apenas 8 municípios com equipes implantadas e, o Piauí, São Paulo, Minas Gerais e Goiás apresentam respectivamente 14, 8, 6, 6, 6 equipes implantadas.

Em relação a efetividade de cobertura populacional frente à população, percebe-se que os melhores resultados são encontrados nos estados de Rondônia (85%), Amapá (79%), Acre (57%), Distrito Federal (51%), Alagoas (48%) e Goiás (46%). Os estados com menores índices são representados pelo Paraná (22%), Pará (20%), Santa Catarina (19%), Mato Grosso (9%), Sergipe (2%) e Roraima e Espírito Santo sem cobertura devido a não implantação dos SAD/eAD.

Para o entendimento da dissonância dos resultados, Santos e Giovanella (2014) traz importante contribuição ao realizar estudo sobre governança regional. Destacam a necessidade do debate envolver questões urgentes como a oferta insuficiente de serviços, majoração de salários e procedimentos, ESF resolutive e sobrecarga dos hospitais mas também pontos centrais como o planejamento da oferta regionalizada, a definição do modelo de atenção. Entretanto, tais assuntos acabam por permanecer marginais e diante da baixa autonomia perante o executivo municipal (poucos são gestores do Fundo Municipal de Saúde), os espaços colegiados de discussões locorregionais acabam sendo prejudicadas, em detrimento de demandas específicas da secretaria de estado ou do próprio ministério da saúde.

A cobertura populacional elevada em regiões distantes dos grandes centros urbanos com a inserção de muitos estados do Norte, não necessariamente, diz da descentralização das ações visto a população destas localidades estarem concentradas na capital. Porém, vale ressaltar que desconecta do pensamento de que as políticas atingem mais fortemente regiões maiores ou mais desenvolvidas e reforça sobre a necessidade de definir melhor o escopo de atuação e o perfil de acesso municipal de modo a tornar mais homogêneo a distribuição das equipes pelo território nacional.

Gráfico 10: Caracterização das implantações e cobertura populacional, por estado entre os anos de 2011-2015



Fonte: DOU, 2011-2015.

Ao final têm-se uma cobertura populacional de aproximadamente 59.368.867 milhões de habitantes no país ($\pm 25\%$ da população brasileira), distribuídas em 25 estados, com destaque para estado de São Paulo, sendo também o estado mais populoso, oferta a maior cobertura populacional (14,66 milhões).

Outros estados populosos como Minas Gerais e Rio de Janeiro também realizam uma boa cobertura populacional, tendo respectivamente, a cobertura para 6,05 e 5,78 milhões de habitantes. Excetuando os dois estados que não conseguiram implantar nenhuma equipe, Mato

Grosso, Acre, Tocantins e Sergipe apresentaram o menor quantitativo de cobertura populacional com 306.583, 281.519, 222.365 e 28.279 mil habitantes, muito embora em alguns deles a cobertura relativa seja satisfatória, sendo superior a 50% como no caso do Acre.

A análise dos dados demonstra ainda a necessidade do Estado ofertar condições para que, a partir da regionalização e dos conceitos de economia de escala os municípios possam efetivamente desenvolver seus sistemas locais de modo equitativo e, quando necessário, implantar os SAD.

Ao observarmos a média, desvio padrão e amplitude de alguns elementos em estudo, destaca-se a amplitude e variabilidade reduzida em relação às habilitações das EMAD tipo I, demonstrando a dificuldade dos gestores municipais em conduzir o processo de implantação dos SAD/eAD. Apresenta-se novamente a baixa amplitude e variabilidade das EMAD tipo II, corroborando com as informações anteriores, demonstrando nesse sentido, uma baixa adesão e implantação dos SAD/eAD nos municípios <40 mil habitantes.

Tabela 5: Análise descritiva das implantações realizadas pelo governo federal, segundo município, SAD e tipologias de eAD, 2011-2015

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Amplitude (At)
Municípios Implantados	12,85	8	16,452	270,67	79
EMAD tipo I Implantados	18,96	11	28,395	806,26	142
EMAD tipo II Implantados	3,07	2	3,373	11,37	14
EMAP Implantados	11,96	6	14,168	200,72	63

Fonte: DOU, 2011-2015.

Muito embora houvesse uma expectativa de regionalização que apoiasse o processo de expansão dos serviços – sobretudo nos municípios menores, Lima (2013) ressalta que diversas variáveis, gerais e específicas, influenciam a capacidade de resposta do sistema de saúde, contribuindo ou não para processos. Dentre elas a autora destaca: o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico das populações; a distribuição e disponibilidade espacial de equipamentos, insumos e tecnologias, formação e qualificação profissional; as dinâmicas territoriais (políticas, econômicas e sociais) de determinadas regiões, como aquelas relacionadas às áreas metropolitanas e fronteiriças e à Amazônia Legal; as estruturas, meios e agentes que exercem influência sobre o território.

A desvinculação da AD do plano de ação da RAS, rompendo com o processo político amplo, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores nos espaços regionais, entes governamentais, organizações públicas e privadas e, cidadãos pode ter dificultado a expansão dos serviços e fortalecido o processo de heterogeneidade das habilitações e implantações das equipes (FLEURY e OUVERNEY, 2007; VIANA et al., 2008; VIANA, LIMA e PEREIRA, 2010).

Além disso, apesar a análise da implantação demonstrar uma cobertura populacional elevada, considerando seus primeiros 4 anos de existência, em decorrência da própria face heterogênea do país, a mudança na alocação de recursos advinda da implantação da descentralização no setor da saúde no caso da AD não se consolida, assim como outras práticas, isolando os serviços em alguns estados visto a baixa cobertura (MONNERAT et. al, 2002; MENDES, 2010; KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Além disso, os resultados demonstram que a estratégia utilizada não foi suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde ofertados pelo Estado (moderado fortemente pelo CONASEMS e na Conferência Nacional de Saúde). Ao final observa-se mantido o modelo em que estados e municípios localizados nas regiões mais populosas e mais desenvolvidas tendem a concentrar mais requisitos para maximizar a utilização de recursos públicos, garantindo o desenvolvimento de ações mais qualificadas e a otimização dos resultados (MONNERAT et. al, 2002).

Consideramos ainda o trabalho de PEREIRA (2014) que faz análise das experiências de atenção domiciliar e os efeitos iniciais da portaria nº 963/2013, ressalta sobre a “universalização da Atenção Domiciliar” e recomenda a revisão sobre a forma de pensar esta modalidade de cuidado e destaca que a forma como os SAD vem sendo agenciados pelo Estado brasileiro, vem produzindo capturas e ignorando as singularidades locais e suas dificuldades.

5.2.4 A aplicação dos modelos de Decisão em Saúde

A implantação do SUS e das políticas e programas pensadas e pactuadas para ele depende muito das condições político-institucionais das esferas municipais e estaduais, sendo a capacidade de financiamento um agente indutor muito importante para o incentivo a garantia do acesso universal e da integralidade do cuidado, mas não somente ele.

No entanto, com base em Fleury (2006), é preciso relativizar a autonomia e atuação do Estado, por ser permeável a influências diversas e estar sujeito as situações, interesses e

mudanças, inclusive do nível “micro”, que colaboram ou mesmo dificultam a construção e implantação das suas propostas.

Considerando as mudanças dos critérios de elegibilidade e a ampliação do escopo de municípios elegíveis, além da busca pela identificação de fatores que possam explicar o fenômeno que contribui (ou não) para a inserção dos serviços de atenção domiciliar nos municípios, consideramos útil o uso dos modelos de decisão como ferramenta analítica para a realização de uma abordagem sistemática sobre a entrada da agenda da AD nos municípios brasileiros.

Da necessidade de constituição de um modelo válido, confiável e relevante e ao mesmo tempo que envolva um rol de situações possíveis da realidade dos municípios, que leve em consideração ainda os pressupostos e direcionamentos dados pelo governo federal, serão apresentados os resultados encontrados como significativos, tomando-se por base as variáveis que apresentaram menor erro e maior efeito explicativo para o modelo proposto.

5.2.4.1 Modelos Lineares Generalizados

A seguir, serão apresentados os resultados da utilização de dois modelos lineares generalizados, com distribuição Binomial negativa e função de ligação logarítmica utilizados para as variáveis de interesse Habilitação e Implantação. Em ambos os modelos foram utilizados as covariáveis: Domicílios, Índice de Gini, IDSUS, IDHM, definidas como significativas no modelo estudado.

Quanto a Efetividade na habilitação das eAD (eAD_HAB), entre os anos de 2011 e 2015, a tabela 6 apresenta os valores de n, mínimo, máximo, médias e desvios padrão (DP) para estas variáveis.

Tabela 6: Média, DP, mínimo e máximo das variáveis do modelo

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Variável dependente	eAD_HAB	27	1	398	57,22	78,522
Covariável	DOMÍCILOS*	27	7,90	13,56	9,17	1,066
	IDHM	27	0,63	0,82	0,704	0,049
	IDSUS	27	1	5,73	4,72	0,93
	I.Gini	27	0,003	0,65	0,516	0,116

A partir dos dados apresentados, destaca-se o N (27) como o número de estados brasileiros mais o distrito federal e a média da variável habilitação de 57,22 (DP=78,52), com valor mínimo 1 e máximo 398.

Com relação aos critérios de informação frequentemente utilizados para orientar a seleção dos modelos, afim de medir a qualidade de ajustamento do modelo, o teste de Qui-Quadrado de Pearson mostrou-se adequada [$\chi^2 = 14,571(22)$; $p - \text{valor} = 0,662$]. Considerando que a função desvio, o critério de informação de Akaike e o critério Bayesiano não apresentam bom desempenho para amostras pequenas, e à medida que o tamanho das amostras aumenta, os critérios melhoraram seu desempenho, os resultados adotados corresponderam aos menores valores encontrados durante a modelagem para o critério de informação de Akaike e o critério de informação bayesiano [Desviância = 15,262; AIC=263,063; BIC=269,542].

O teste de Omnibus, que mostra a validade do modelo a partir da avaliação dos efeitos dos fatores na variável dependente também foi significativo, com qui-quadrado da razão de verossimilhança elevado [$\chi^2 = 19,941(4)$; $p - \text{valor} < 0,001$]. Logo, o modelo pode contribuir para melhorar a qualidade das previsões dos indicadores buscados para explicar os fatores facilitadores das habilitações.

De acordo com a tabela a seguir é possível verificar que, o modelo de predição mostrou-se adequado para as variáveis DOMICÍLIOS, IDSUS e I. Gini, entretanto, a variável IDHM2010 não contribuiu de modo significativo para a previsão da variável resposta, como é possível verificar através do resultado do B (não difere de 0). O Intervalo de Confiança de 95%, qui-quadrado e também não foi significativo.

Tabela 7: Modelo preditivo para Efetividade da Habilitação das equipes de Atenção Domiciliar

Parâmetro	B	Desvio padrão	Intervalo de confiança de Wald 95%		Teste de hipótese		
			Inferior	Superior	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
DOM	1,66	0,41	0,856	2,481	16,185	1	,001
IDHM	0,00	5,66	-11,112	11,113	,000	1	1,000
IDSUS	1,59	0,35	0,896	2,291	20,059	1	,001
Í. Gini	-13,95	3,83	-21,465	-6,443	13,259	1	,001

Henrique (2006) ao buscar promover associações entre indicadores de porte populacional, IDH-M, gasto per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal para a ampliação da saúde da família conclui que apenas o critério populacional e o IDH-M associa-se fortemente a classificação do PSF.

Meloni (2015) fez estudo envolvendo a análise de 8 indicadores, associando-os isoladamente às habilitações e implantações de modo a verificar a influência dos mesmos no período entre 2011-2013. Constatou que as dimensões riqueza, saúde e educação do IDHM podem levar a um maior índice de habilitação pois, relaciona-se com as atividades da AD, assim como, o porte populacional e o PIB municipal, se opondo a alguns resultados encontrados através do agrupamento dos fatores.

Quanto à Implantação dos eAD (eAD_IMP), entre os anos de 2011-2015, a tabela a seguir demonstra as médias, mínimo e máximo e desvio padrão das variáveis em análise. Observa-se que a média da implantação é de 33,74 (DP = 43,38), sendo o mínimo zero e o máximo 211. Os achados corroboram com a análise descritiva e demonstram mais uma vez a dificuldade da implantação das equipes com resultados inferiores ao eAD_HAB.

Tabela 8: Modelo preditivo para Implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Variável dependente	eAD_IMPL	27	0	211	33,74	43,383
Covariável	DOMÍCILOS	27	7,90	13,56	9,17	1,06
	IDHM2010	27	0,63	0,82	0,70	0,04
	IDSUS	27	1	5,55	4,93	0,93
	Í. Gini	27	0,44	0,65	0,51	0,11

Com relação aos critérios para análise da qualidade de ajustamento do modelo, o teste de Qui-Quadrado de Pearson mostrou-se adequado [$\chi^2 = 18,586 (22); p - \text{valor} = 0,845$]. Os resultados também corresponderam aos menores valores encontrados durante a modelagem para o critério de informação de Akaike e o critério de informação bayesiano [AIC=241,784; BIC=245,406].

O teste de Omnibus também foi significativo com qui-quadrado da razão de verossimilhança elevado [$\chi^2 = 15,876(4); p - \text{valor} < 0,003$].

Como pode ser visto na tabela 9, para a variável implantação, o modelo de predição coincide com o anterior, contando com as variáveis IDSUS, DOM e I. Gini, enquanto a

variável IDHM não mostrou-se novamente adequada, apresentando resultado não significativo ($p - \text{valor} = 0,714$).

Tabela 9: Modelo de Regressão Linear Generalizada Binomial Negativa considerando a variável dependente implantação

Parâmetro	B	Modelo padrão	Intervalo de confiança de Wald 95%		Teste de hipótese		
			Inferior	Superior	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
DOMICÍLIOS	1,55	0,41	0,73	2,37	13,71	1	0,001
IDHM	-2,09	5,70	-13,27	9,08	0,13	1	0,714
IDSUS	1,46	0,35	0,76	2,17	16,75	1	0,001
I. Gini	-13,55	3,87	-21,15	-5,95	12,21	1	0,001

Vale destacar que, analisando outros modelos de previsão, foram realizadas mais análises de regressão linear binomial negativa, considerando a variável dependente habilitação e as covariáveis: População, Envelhecimento, Gasto Público per capita e Distribuição de renda. Entretanto, o modelo não se ajustou tão bem [$\chi^2 = 3,491 (19); p - \text{valor} = 0,184$]. Os testes de efeitos de modelo também não foram significativos. Assim, como para o teste com a variável dependente implementação e as covariáveis, população, envelhecimento, IDSUS e Gasto Público per capita [$\chi^2 = 7,978 (22); p - \text{valor} = 0,363$]. No segundo modelo testado, para os efeitos do modelo foram encontrados resultados significativos para as covariáveis Domicílios [$\chi^2 = 9,817 (1); p - \text{valor} = 0,002$]; e gasto [$\chi^2 = 10,902 (1); p - \text{valor} = 0,001$]. Para estas duas covariáveis, os resultados da regressão são apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Modelo de Regressão Linear Generalizada Binomial Negativa considerando a variável dependente implantação e as covariáveis domicílios e gasto

Parâmetro	B	DP	Intervalo de confiança de Wald 95%		Teste de hipótese		
			Inferior	Superior	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
DOMICÍLIOS	2,98	9,52	1,11	4,85	9,817	1	0,002
GASTO	-0,005	0,0016	-0,008	-0,002	10,902	1	0,001

A qualidade de ajustamento do modelo neste caso, mostrou-se adequada [$X^2 = 8,60$ (24); $p - \text{valor} = 0,359$]. A função desvio, os critérios de informação de Akaike e bayesiano também mostraram-se adequados [Desviância = 26,75; AIC=221,65; BIC=225,53] e o teste de Omnibus também foi significativo com qui-quadrado da razão de verossimilhança [$X^2 = 29,151$ (2); $p - \text{valor} < 0,001$].

Para Meloni (2015), corrobora com alguns resultados encontrados na implantação – IDHM não possuindo influência direta para a implantação e dentre os indicadores que estuda tais como cobertura de saúde da família, cobertura de saúde suplementar, PIB municipal, Índice de Acesso Potencial Obtido, critério populacional, entre outros, não descarta na conclusão a baixa capacidade ou pouca governabilidade da gestão municipal para efetivar o SAD no território. Outros fatores como a lei de responsabilidade fiscal, a questão da ausência de recursos humanos, principalmente profissionais, com experiência no campo, logística da atenção domiciliar, dentre outros.

Os achados confirmam Lima (2013), que não restringe os problemas de saúde aos limites político-administrativos das esferas subnacionais no Brasil. Ao estudá-los o autor destaca a necessidade de considerar a condição da maior parte dos municípios e muitos Estados, de ausência de recursos para promover de forma autônoma as ações e serviços necessários para sua população visto os recursos muito diferenciados que apresentam entre si (CAMPOS, 2006; SANTOS; ANDRADE, 2011).

5.2.4.2 *Análise de Correspondência*

Completamos a análise com uma técnica estatística multivariada de caráter exploratório, descritivo e visual, utilizada somente para variáveis categóricas. Sua análise baseia-se nas tabelas de contingência com grande número de variáveis e busca verificar a associação entre as variáveis.

Trata-se de técnica composicional de interdependência que tem se tornado cada vez mais popular para a redução dimensional e mapeamento perceptual. Pode ser feita para usar com base em tabelas quadradas e a análise da padronização das diferenças ao longo das células para realizar facilmente as comparações, sendo dado pelo valor do qui-quadrado.

Aqui, a análise de correspondência foi utilizada como análise confirmatória, demonstrando de modo específico e facilitado (devido sua apresentação visual) a relação das variáveis com os níveis de efetividade da habilitação e implantação, a partir dos resultados significativos apresentados no modelo anterior.

Para a conversão de uma matriz de dados em um tipo particular de representação gráfica, a constituição da tabela multinível categorizada foi constituída pelo Índice de Gini com quatro categorias, IDHSUS com seis categorias, Log Domicilio em três categorias, Habilitação em três categorias e Implantação em três categorias

Quadro 7: Categorias de análise para análise de correspondência

Variáveis	Categorias	Valores
Índice de Gini	Muito elevado	Maior que 0,56
	Elevado	de 0,53 a 0,55
	Regular	de 0,50 a 0,52
	Baixo	menor que 0,49
IDSUS	Bom	de 5,31 a 5,73
	Médio	de 4,71 a 5,30
	Ruim	menor que 4,7
Domicílios (log)	Alto (DA)	de 14,5 a 16,3
	Médio (DB)	de 13,50 a 14,49
	Baixo (DC)	menor que 13,49
Habilitação	Alta (HA)	maior que 50 equipes
	Média (HB)	de 23 a 44 equipes
	Baixa (HC)	menor que 23 equipes
Implantação	Alta (IA)	maior que 34 equipes
	Média (IB)	de 10 a 33 equipes
	Baixa (IC)	menor que 10 equipes

Assim, as medidas de análise dos resultados foram produzidas para auxiliar a interpretação do gráfico e, serão utilizadas somente para reforçar o que já está aparente.

Tabela 11: Análise de Correspondência multivariada

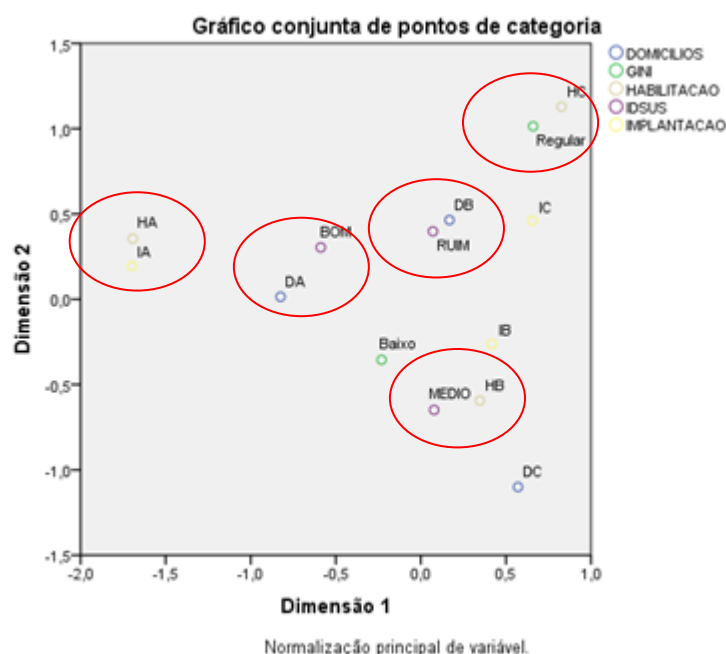
Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância contabilizada para		
		Total (valor próprio)	Inércia	% de variância
1	0,668	2,148	0,430	42,96
2	0,464	1,590	0,318	31,79
Total		3,737	0,747	
Média	0,581 ^a	1,869	0,374	37,38

Foi obtida uma solução em duas dimensões (dois eixos). A primeira dimensão chega a explicar 42,96% da variância total e o segundo eixo 31,79%. As proporções de inércia (que avalia a qualidade das dimensões do gráfico) são satisfatórias, sendo para a dimensão 1 = 0,430 e 2 = 0,318

Destaca-se que é pertinente considerar as dimensões para o modelo, de acordo com o valor singular apresentado uma vez que Hair et al (2005) sugerem que as dimensões podem ser consideradas quando são obtidos valores acima de 0,20.

Assim, verifica-se a representação gráfica dos dados descritos anteriormente formando cinco agrupamentos. Nestes agrupamentos, destacam-se os relacionamentos entre as variáveis habilitação e implantação alta; Habilitação média e IDSUS médio e Habilitação baixa e Índice de Gini regular. A variáveis implantação média e implantação baixa não apresentam bons relacionamentos.

Gráfico 11: Diagrama de associação da Análise de correspondência para a tabela multinível - Índice de Gini x IDHSUS x Domicilio x Habilitação e Implantação



Da análise do gráfico, é possível observar a especificidade de cada situação, no momento da habilitação e implantação. Chama a atenção, os estados onde há habilitação e implantação alta, que muito embora possa ser influenciado pelo viés das grandes capitais, demonstra a possibilidade de execução da implantação pelos mesmos.

Diante da análise descritiva e da observação de Silva (1999) e Linhares et al. (2012), de que grandes municípios possuem condições de montar sozinhos sua rede de serviços (e muitas vezes não habilitam e implantam o teto de equipes), visto a possibilidade de desenvolverem ações com custos médios relativamente mais baixos, a ampliação do escopo de municípios elegíveis pode colaborar com este resultado.

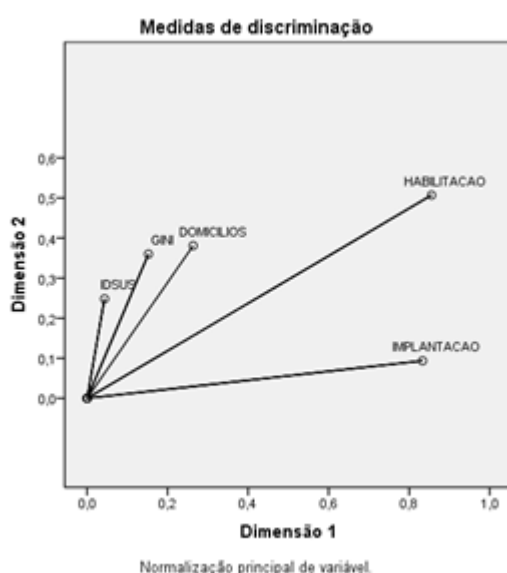
Outros dados que merecem destaque, referem-se as habilitações classificadas como médias (HB) associando-se fortemente ao IDSUS médio, ou seja, com alguma estrutura de média e alta complexidade e urgência e emergência presentes nos municípios e a Habilitação baixa com o índice de Gini regular, ou seja, estados com nível de desigualdade menor acessam com menor frequência o programa.

O paradigma da política pública sendo pensada de modo centralizado, associado a irregular distribuição de recursos entre os municípios, estados e regiões brasileiras chocam-se ao mesmo tempo com a capacidade dos municípios em absorver novos programas (VIANA, LIMA e PEREIRA, 2010)

Embora não haja fatores que se relacionem de modo satisfatório com a Habilitação e Implantação elevada das eAD, a apresentação dos resultados apoia o pressuposto que condições socioeconômicas ruins e estrutura dos sistemas de saúde ou condições de saúde insatisfatórias possam ser fatores que interferem negativamente na habilitação e implantação dos SAD/eAD.

Outra medida de análise dos resultados produzidos para auxiliar a análise e a interpretação do gráfico e apontam em qual dimensão a variável é melhor explicada, discriminando os objetos em análise.

Gráfico 12: Gráfico das medidas de discriminação



As medidas de discriminação apontam em qual dimensão a variável é melhor explicada e quantificam a variação de cada variável, ou seja, a partir do gráfico acima o eixo do domínio 2, que agrupa o ponto principal, possui como variáveis mais influentes: IDSUS,

Gini e Domicílios e pouco influente a variável implantação visto que apresenta um valor muito baixo, próximo de zero. O eixo do domínio 1, agrupa as variáveis habilitação e implantação, que também estão mais afastadas do primeiro grupo.

Ao verificarmos as diferenças regionais na análise descritiva e existência de alguns fatores relevantes para as habilitações e implantação dos SAD, é possível identificar ainda algumas desigualdades horizontais, no sentido que alguns municípios não poderão ter acesso aos mesmos recursos, ou seja, não poderão nem solicitar habilitação dos SAD e por outro lado, observa-se ainda algumas desigualdades verticais, onde os que possuem maior necessidade não podem receber mais recursos (STARFIELD, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou apresentar os principais elementos que envolveram a organização da agenda de uma política de saúde, definindo o momento da entrada do tema na agenda da saúde, trazendo as nuances da sua formação e efetivação nos municípios brasileiros, além dos fatores que possam colaborar ou mesmo dificultar sua expansão pelo território nacional.

Muito embora haja um imperativo presente no SUS, de atender às demandas exigidas pelas necessidades de saúde dos usuários e pelo próprio sistema de saúde, por si só, até 2011 o tema da AD não havia conseguido mobilizar de forma efetiva a agenda de decisão. Não sendo observado na literatura críticas ao desenho ou incoerência da internação domiciliar proposto em 2006, os relatos dos entrevistados demonstram a dificuldade de operacionalizá-la como mecanismo estratégico da rede de atenção às urgências até 2011, trazendo uma interferência política maior do que operacional/técnica para sua efetivação.

A partir de 2011, o grande ativismo, as ideias e os interesses dos envolvidos na decisão e formação das agendas da saúde, para que o tema adentrasse de uma forma diferente e, passasse a disputar projetos de cuidado, passa a ser (re) discutida no âmbito federal.

Os problemas, destacados pela urgência de ampliar a resolutividade do sistema, a necessidade de superação dos modelos de cuidado para que sejam dadas as devidas respostas às necessidades de saúde, além da necessidade de racionalização de recursos são problemas que rodeiam o SUS a muito tempo. Porém em 2011, permeado por um fluxo político e fluxo de alternativas favoráveis, que apoiam dentre outras estratégias, o reconhecimento das RAS e da AD como uma possibilidade na especificação das alternativas.

De certa forma, o desenho abrangente construído em 2011 expressa a lógica da dependência de trajetória, uma vez que é favorecido um debate em decorrência da maturação de debates anteriores. Ou seja, carrega-se as variáveis institucionais, o contexto histórico, o alinhamento da gestão (tripartite), a situação econômica e vivência dos atores que passam a compor a equipe gestora federal para a produção de uma lógica que embora dita como ampliada, considera a lógica anterior visto a grande ênfase dos gestores na desospitalização.

Vale ressaltar que mesmo com o olhar diferenciado da presidência da república e a indução para a alocação dos serviços no “entre”, transformando os SAD em observatórios da rede, iniciativa pioneira frente as organizações anteriores, que ampliam a visibilidade do serviço frente as RAS e favorecem ainda mais a entrada do tema na agenda, não distanciam o tema do conceito de racionalização de recursos e evitar/diminuir tempo de permanência em

internações hospitalares, sendo frequentemente citados em documentos e nas falas dos gestores.

Quanto a formação da agenda, os resultados possibilitam ainda destacar que a agenda da AD nasce com interface entre as redes hospitalar e básica, fortemente vinculada a Rede de Atenção às Urgências, porém não deixa de ser capturado aos poucos por outros dispositivos e territórios (expansão dos municípios elegíveis), havendo, portanto, um esforço para garantir um espaço não mercantil nesse nível de assistência, assegurando-o como direito de cidadania aos usuários da RAS.

Na análise da implantação, a expansão para os municípios menores não se efetiva como preconizado, mas o foco inicial que garante uma cobertura elevada e o reconhecimento do SAD como um programa de governo (Programa Melhor em Casa), apoiam uma rápida ascensão dos serviços em 2011, alcançando uma cobertura de aproximadamente 25% da população até 2015.

É fato que a habilitação e implantação dos serviços variou bastante nas Regiões e nos Estados, havendo neste cenário um menor impacto em municípios de pequeno porte e em estados como Sergipe, Mato Grosso, Espírito Santo e Roraima.

Mesmo com a indução promovida pela chamada “universalização da AD”, processo que envolveu algumas etapas de redefinição de critérios de elegibilidade, até a retirada do critério populacional como limitador da adesão ao Programa/Serviços de Atenção Domiciliar, observa-se que a ação não foi suficiente para atingir de forma equitativa e homogênea todas as regiões e estados do país, podendo haver entraves na rede assistencial, problemas de gestão, falta de autonomia financeira, dentre outros, destacados pela literatura como restritores, que tenham dificultado o desenvolvimento do SAD nos territórios.

A partir da análise dos resultados da implantação, têm-se que a retirada dos critérios populacionais pôde apoiar a organização da distribuição dos serviços de saúde, visto os conceitos de economia de escala e regionalização, em algumas localidades.

Sendo proposto a utilização de outros mecanismos para apoiar a análise de elegibilidade e ampliar o acesso aos serviços do SUS pelos usuários, ao realizarmos um ensaio sobre os indicadores que podem ampliar o olhar sobre o perfil de municípios que conseguiram efetivar a habilitação e implantação, foram produzidos alguns direcionamentos para apoiar a mudança do olhar.

O modelo apresentado como significativo faz uma introdução e construção que dialoga com a realidade ao utilizar indicadores reconhecidos amplamente e que possuem um escopo de análise ampliado. Na constituição do modelo, a tríade Domicílios, IDSUS e Índice

de Gini respondem ao objetivo específico, ao definirem-se como uma estrutura representativa que influencia o grau de efetividade da habilitação e implantação.

Outro fator que pode ser destacado, refere-se as observações estatisticamente significativas encontradas na análise de correspondência ao definir, uma forte relação das habilitações caracterizadas como medianas e o índice de desenvolvimento do SUS mediano assim como as habilitações tidas como baixa e o Índice de Gini com padrão de desigualdade reduzido na distribuição de renda. Tais observações demonstram algumas características específicas dos estados, porém precisam ser estudadas com maior profundidade em outros tipos de recortes e situações para definir melhor as relações.

Quanto aos resultados da análise de correspondência, é apresentado uma relação muito próxima das habilitações e implantações elevadas, o que demonstra que Estados que conseguiram inserir o tema na agenda e habilitar grande quantidade de serviços, apresentaram bons resultados também na implantação dos serviços. Cabe aprofundar os conhecimentos sobre a organização e processo de trabalho desenvolvido nestas localidades já que estariam mais próximas do preconizado, verificando com maior profundidade a execução da agenda pensada pelo Estado.

REFERÊNCIAS

AKAIKE, H. (1974), "A new look at the statistical model identification", IEEE Transactions on Automatic Control, 19 (6): 716–723. Disponível em: doi:10.1109/TAC.1974.1100705. Acesso em: 20 de julho de 2016.

ALONSO G, ESCUDEIRO JM. La unidad de corta estancia de urgências y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. Anales Sis. San. Navarra, Pamplona, v.33, p. 97-106, 2010. Supl. 1.

AMARAL NN, CUNHA MCB, LABRONICI RHDD, OLIVEIRA ASB, GABBAI AA. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. Rev. Neurociências, v.9, n.3, p111-117, 2001.

AMARAL NN, et. al. Assistência Domiciliar à Saúde: sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Revista de Neurociências, São Paulo, v.9, n.3, p.111-117, 2001.

ANDRADE, L. M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D. A.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Saúde Transform. Soc., v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ANDREAZZI, M. F.; BAPTISTA, D. A. Reflexões sobre modelos de financiamento de assistência domiciliar em saúde e avaliação de custos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:
<<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/custos.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

BAPTISTA, T.W.F. (Org). Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.285-317.)

BEATTY W. Introduction to decision making support using statistics. Each Voice Publishing, Atlanta, 2013.

BONAFONT, L.C. Redes de políticas públicas. Madri: Centro de investigaciones Sociológicas, 2004

BOZDOGAN, H. (1987). Model selection and Akaike's information criterion (AIC): The general theory and its analytical extensions. [ONLINE] Psychometrika, 52, 345–370

BRAGA PP, SENA RR, SEIXA CT, CASTRO EAB, ANDRADE AM, SILVA YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.21, no.3, Mar. 2016.

BRASIL Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, DF, 20 de setembro de 1990a

BRASIL Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, COSAC, 1994a

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003. Abre para críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução, referente Regulamento Técnico contendo as Normas de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar. D.O.U de 14/10/2003

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de out. 1988.

BRASIL. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei Federal n.10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo à Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. DOU. 16/04/2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006 Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde - documento preliminar. Brasília, DF, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para o Portador de deficiência no sistema único de saúde. Regulamenta a portaria 204/91, de 26.12.91. Portaria 225 de 29 de janeiro de 1992 (ementa elaborada pela cdi/ms). DOU. Publ. em:31/01/1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova os grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental e das outras providências. (ementa elaborada pela cdi/ms).DOU. Publ. Em: 11/12/1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 692 de 11 de março de 1994. Cria códigos para atividades executadas por agente comunitário de de saúde sob a responsabilidade das secretarias estaduais ou municipais de saúde, conveniadas com o programa de agentes comunitários de saúde da fundação nacional de saúde. (ementa elaborada pela cdi/ms). DOU. Publ. Em: 29/03/1994b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.208 de 18 de Junho de 2013. Integra a atenção domiciliar aos Hospitais credenciados no Programa SOS Emergências.. DOU. Publicada em 31/10/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU. Publicada em 06/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1.533 de 16 de julho de 2012. . Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011. DOU. Publicada em 17/07/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1600 de 9 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) e Institui a Atenção Domiciliar um de seus componentes. DOU. Publicada em:08/07/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. DOU. Publicada em: 25/08/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2527 de 28 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde ampliando o grupo de municípios elegíveis. . DOU. Publicada em:28/10/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. DOU. Publicada em 29/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). . DOU. Publicada em: 24/10/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1892, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a internação domiciliar no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): DOU. Publ em: 22/12/1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416/GM, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. DOU. Publicada em: 26 de março de 1998, página 106, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. DOU. Publicada no dia 20/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n.249 de 16 de abril de 2002. Aprova normas para cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso e, estabelece normas orientações gerais para a assistência ao idoso. Publicado em: 20/10/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 220 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança o modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saude Mater. Infanti., v.3, n.1, Recife.Jan/Mar.2003, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000100013>. Acesso em: 10 de aril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002 / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 220 p.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DOU 23 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. RDC ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jan. 2006.

BRASIL. Relatório de Gestão 2012. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, Março, 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

BRITO, MJM, ANDRADE AM, CAÇADOR BS, FREITAS LF, PENNA CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc Anna Nery (impr.)2013 out - dez; 17 (4): 603 – 610.

CARDOSO JR., J. C.; CUNHA, A. S. (orgs.) . Planejamento e avaliação de políticas públicas. Brasília, Ipea, 2015.

CAMPOS GWS. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, Sonia. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CAPELLA ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G. et al. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CAPELLA, ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. BIB, São Paulo, n61, 1º semestre de 2006. p 25-52.

CARVALHO G. A saúde pública no Brasil. Estud. Av., v..27, n.78, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. Acesso em: 10 de abril de 2016.

CASTRO, CF, SIMÕES DCM, DELAMARQUE EV, PEPE VLE. Eventos de massa, desastres e Saúde Pública. Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903717.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. M. A.(ORG.) Avaliação Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61-74.

CONASEMS. Comparação entre sistemas de serviços de saúde da Europa e o SUS: pontos para reflexão da agenda da atenção básica. Belém: Conasems; 2008. (Relatório de oficina da Rede Américas).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

CORDEIRO, G. M.; DEMETRIO, C. G. B. Modelos Lineares Generalizados e Extensões. Recife: UFRPE; Piracicaba: ESALQ, 2009. 254p. (não publicado)

COUTO MP. O Programa Mais Médicos : a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. Trabalho de Dissertação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015

DANIEL WW. Biostatistics – A foudantion for analysis in the Health Sciences. Wiley/John Wiley & Sons Inc. Ninth Ed., 2009. Disponível em: DOI 10.1186/s12913-015-0800-9. Acesso em: 24 de outubro de 2016.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco. Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: UnB, 2009.

DYE, Thomas. Undertanding public policy. Englewwod Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972.

EASTON, D. A. System Analysis of Political Life. New York: Wiley, 1965.

ESCOREL, Sarah. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

FEUERWERKER, LCM; MERHY EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*, Washington DC, vol. 24, n.3, p.180–8, 2008.

FINKELMAN, J. org. Caminhos da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p.

FLEURY S (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2006. 508 pg.

FLEURY SM, OUVENEY AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, Sonia. Salud y democracia em Brasil. Valor público y capital institucional em el sistema único de salud. *Salud Colectiva*, v.3, n.2, p.147–157, 2006.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. *Cadernos EBAPE. BR*, 11(3). 2013

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In *Microfísica do poder*. 23 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007, p.57-64

FREY K. 2000. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

GADELHA C.A.G., Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev Saúde Pública* 2012; 46 Suppl 1:13-20.

GARSON G.D. Testing of Assumption, from Statnote. Topics im Multivariate Analysis. In: GOUVÊA, Maria Aparecida; PREARO, Leandro Campi; ROMEIRO, Maria do Carmo. Avaliação da adequação de aplicação de técnicas multivariadas em estudos do comportamento do consumidor em teses e dissertações de duas instituições de ensino superior. *Rev. Adm. (São Paulo)*, vol.47 no.2, São Paulo Abril/Junho, 2012. Acesso em: 20 de julho de 2016.

GEERTS J, WILLEMS P, MOT E. Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain, and Poland. Results of the ANCIEN Project. Brussels: CEPS, 2013.

GEORGE, A. L.; BENNETT, A. A case studies and theory development in the social sciences. *BCSIA Studies in International Security*. Harvard University, Cambridge, Massachusetts, 2004. Disponível em: <https://www.yumpu.com/en/document/view/39904115/long-term-care-use-and-supply-in-europe-projections-for-germany-11>. Acesso em 20 de julho de 2016.

GIL A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

GOTTEMS L.B.D., PIRES M.R.G.M., CALMON P.C.D.P., ALVES E.D.. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. Saúde Soc.,22 (2), 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200020>. Acesso em 07 de agosto de 2016.

GOTTEMS L.B.D.. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no distrito federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

GREENACRE M, BLASIUS J. Multiple Correspondence Analysis and Related Methods. Chapman & Hall/CRC. London, 2006.

GREENACRE M. Correspondence analysis in practice. 2nd Ed. Barcelona: Chapman & Hall/CRC. Press; 2007.

HAIR J.F, et. al. Análise Multivariada de Dados. 5ª Ed. Editora Bookman. Porto Alegre, 2005.

HARVEY D.. Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Rio de Janeiro, Edições Loyola, 2006.

HINDE J, & DEMÉTRIO, CGB. Overdispersion: models and estimation. Computational Statistics & Data Analysis. v.27, n.2, p.151-70

HOCHMAN G, ARRETCHE M, MARQUES E. (orgs.). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 398p.

HOWLETT M, RAMESH A.P, tradução técnica Francisco G. Heidemann. Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INFANTOSI AFC, COSTA ACG; ALMEIDA RMVR. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. ICad. Saúde Pública vol.30 n.3 Rio de Janeiro, Mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128513>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Boletim de economia e política internacional/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. Brasília: Ipea. Dinte, n.1, jan./mar, 2010.

JANNUZZI P. M. et al. Estruturação de Sistemas de Monitoramento e Especificação de Pesquisas de Avaliação: os problemas dos programas públicos são. In: ENAP. (Org.). Cadernos Reflexões para a Ibero-américa: Avaliação de Programas Sociais. 1.ed.Brasília: ENAP, 2009, v.1, p. 101-138.

JENKINS, William I. Policy analysis: a Political and Organizational Perspective. Londres: Martin Robertson, 1978

JONHSON RA, WICHERN, Dean W. Applied Multivariate Statistical Analysis. Pearson, 2007

KERBER NPC, KIRCHOF ALC,VAZ MRC. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.485-493, mar, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2017.

KINGDON John. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Update Edition (2.ed.), with an epilogue on Health Care. Pearson New International. Edition, 2014

KUSCHNIR R, CHORNY AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. saúde coletiva [online]. V.15, n.5, 2307-2316. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

LACERDA, MR. et.al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidade que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio/agosto, 2006.

LAVRAS, C. C. Descentralização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: IBÁÑES, N.; ELIAS, P.; SEIXAS, P. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2011.

LEVCOVITZ E, LIMA LD, MACHADO CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva vol.6 no.2 São Paulo. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

LIBERATI, WD. Políticas públicas no estado constitucional. São Paulo: Atlas, 2013.

LIMA IMSO, PINTO, ICM, PEREIRA SO. org. Políticas públicas e pessoa com deficiência: direitos humanos, família e saúde. Salvador: UFBA, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 10 de abril de 2016.

LIMA LL, D'ASCENZI L. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas, in:Avaliação de Políticas Públicas, Lígia Mori Madeira (org.).Porto Alegre, UFRGS/CEGOV, 2014. 254 p.

LIMA, LD. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-05.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2016.

LINDBLOM, Charles E. "Still Muddling, Not Yet Through", *Public Administration Review* 39: 517-526. 1979.

LINHARES, P. T.F.; MENDES, C.C.; LASSANCE, A.. Federalismo à brasileira : questões para discussão. Brasília : Ipea, 2012.

LITTEL, Ramon C.; MILLIKEN, George; STROUP, Walter; WOLFINGER, Russel; SCHABENBERGER, Oliver. SAS FOR MIXED MODELS. Second Edition. Cary, NC: SAS Institute Inc., 2006. Disponível em: <http://ebooks.cawok.pro/SAS.Publishing.SAS.for.Mixed.Models.2nd.Edition.Mar.2006.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2016.

LONGO F, NOTARNICOLA E, TASSELLI, S.. A framework to assess welfare mix and service provision models in health care and social welfare: case studies of two prominent Italian regions. *BMC Health Services Research*, 15(152), 2015.

LOUREIRO, JM. Atenção básica à saúde e estratégia de saúde da família em múltiplos fluxos : perspectiva histórica. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

LOURENÇO EB. Avaliação: contribuição da análise de correspondência para a avaliação docente, SP, 1997.

LUCCHESI PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.8, no.2, Rio de Janeiro, Jan., 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200009> . Acesso em: 24 de outubro de 2016.

MACHADO CV, LIMA LD, VIANA ALA, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Ver. Saúde Pública*, v.48, n.4, p 642-650.2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0642.pdf. Acesso em:11 de março de 2017.

MACHADO CV, SALVADOR FGF, O'DWYER G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n.3, p.519-28, 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>. Acesso em:11 de março de 2017.

MACHADO CV. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Vol. 3, p.35-70, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjl/pdf/noronha-9788581100173-04.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2017.

MACHADO, CV. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Publica vol.20 n.1 Washington Jul. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000700006>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; Nogueira, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública vol.27 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2011a.

MCCLLAGH P, NELDER JÁ. Generalized Linear Models, Second Edition, Chapman and Hall, London. 1989.

MELONI, DR. Análise da implantação da atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, 2015.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15 n.5, aug., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 10 de abril de 2016

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES JÚNIOR, W.V. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil? Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MENDES W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001).

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015.

MENDES. apud in MENDES, E. V. Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993
MENICUCCI TMG. A Política de saúde no governo Lula. Saude soc. vol.20 no.2 São Paulo Apr./June 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>

MERHY, EE, Feuerwerker LC .Macruz . Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade. Artigo produto da pesquisa nacional sobre Atenção Domiciliar realizada no âmbito da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Clínica Médica da UFRJ, publicado como subsídio para Seminário Internacional realizado em abril de 2007 na UFRJ, Disponível em:

http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/admedicalizacao_e_substitutividade.pdf (consultado no dia 1/12/2009). Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

MINAYO MCS. O Desafio do Conhecimento: a pesquisa qualitativa em Saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MONNERAT GL, SENNA MCM, SOUZA RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Revista Ciência e Saúde Coletiva. vol. 7, n. 3, p. 509-521, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13028.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

MONTEIRO, ALO. A relação estado e sociedade civil no processo de formulação e implementação de políticas públicas: Análise do programa nacional de DST e AIDS (1980-2006). 141 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social e Trabalho) Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

NEGRI B. A política de saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52p.

NELDER JA, WEDDERBURN RWM. Generalized linear models. Journal of the Royal Statistical Society, Series A, 135, n.3, p.370-384, 1972.

NETO AVO, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? Revista Divulgação em Saúde para Debate | Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, OUT 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2016

NORONHA JC, SOARES LT. A política de saúde no Brasil os anos 90. Ciênc. saúde coletiva vol.6 no.2 São Paulo 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>. Acesso em: 07 de agosto de 2016.

NORONHA SC, PEREIRA TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. volume 4. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

OLIVEIRA FJA, BERGER CB. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualidade dos serviços. Mom. & Perspec. Saúde. Porto Alegre, v. 9, n. 2, jul ./dez. 1996.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(1), Florianópolis, Maio, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002660015> Acesso em 11 de março de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca. Brasília: OMS; 2008.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Relatórios econômicos da OCDE. Resumo em português, novembro de 2015. Disponível em: <http://www.oecd.org/eco/surveys/Brasil-2015-resumo.pdf> , Acesso em: 17 de março de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). La salud em las americanas. Washington D.C.. Edición de 2002.

PAIM JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2007.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. London: Lancet, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador, EDUFBA, 2006. 158 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar França (orgs.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 91–122.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

Paula, G.A. Modelos de Regressão com Apoio Computacional, São Paulo: IME – Universidade de São Paulo. 2010 (não publicado).

PEREIRA MJB, MISHIMA SM, FORTUNA CM, MATUMOTO S. A assistência domiciliar - conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.13 n.6 Ribeirão Preto nov./dez. 2005 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600013>. Acesso em: 17 de março de 2017.

PEREIRA PAP. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. Ser Social e Serviço Social. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Unb, n.6, jan/jun, p. 119-132, 2000.

PEREIRA PAP. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. São Paulo: Serv. Soc. Soc. São Paulo, n.112, p729-753, out/dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/07.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

PEREIRA, João Márcio Mendes (org.) A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013) / Organização de João Márcio Mendes Pereira e Marcela Pronko. - Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

PEREIRA, PBA. Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2014.

PESTANA, MH, GAGEIRO, JN. Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS. 2ª ed.. Editora Silabo. Lisboa, 2000.

PINAFO E, CARVALHO BG, NUNES EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.21, no.5, Rio de Janeiro, May, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

PIOLA SF, et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Entrevista exclusiva concedida pela Presidenta da República, Dilma Rousseff, à revista Carta Capital – Brasília, 2011. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/entrevistas/entrevistas/entrevista-exclusiva-concedida-pela-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-a-revista-carta-capital-brasil-ia-df>. Acesso em: 24/10/2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). O Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013.

REHEM, TCMSB, TRAD LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva vol.10 suppl.0 Rio de Janeiro Sep./Dec. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>. Acesso em: 07 de agosto de 2016.

REIS AAC, SÔTER APM, FURTADO LAC, PEREIRA SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde debate vol.40 no.spe Rio de Janeiro Dec. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s11>.

REIS CCL, HORTALE VA. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):492-501, mar- abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/17.pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2016.

RIZZOTTO, ST. Internação domiciliar. Porto Alegre; s.n; 2003. 45 p. (Dissertação).

RODRIGUES LBB, COSTA PSS, CARVALHO RP, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.19, n.2, p.343-352, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

ROSSI, P. H. et al. *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks, California, US: Sage, 2004.

RUA MG, ROMANINI R. *Para Aprender Políticas Públicas. Volume I: Conceitos e Teorias*. Brasília. IGEP, 2013. Disponível em: http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf. Acesso em: 07 de agosto de 2016.

SABATIER P.A.. *Theories of Policy Process*. Boulder-CO: Westview Press, 2007.

SANTOS L.; ANDRADE L.O.M.. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciencia & saude coletiva*, v. 16, n. 3, 2011.

SAYÃO LF. Modelos teóricos em ciência da informação – abstração e método científico. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 82-91, jan./ abr. 2001

SCHERER M.D.A, et al. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics*, 6, 461–464, 1978. Disponível em: <https://projecteuclid.org/euclid.aos/1176344136>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEIXAS, C.T.; SOUZA, C.G.; SILVA,K.L.; SENA, R.R.. *Experiências de Atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro*. In: *Atenção domiciliar no SUS : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar*. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2014.

SILVA CL, BASSI, NSS. O uso de estudos prospectivos no processo de políticas públicas. *Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, p. 315-325, 2012.

SILVA JB, GOMES FBC, CEZÁRIO AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.

SILVA JÚNIOR, AG *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo as saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA KL, SENA RR, LEITE JCA, SEIXAS, CT, GONÇALVES AM. *Interação domiciliar no Sistema Único de Saúde*, *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n.3, p. 391-7 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2016.

SILVA KL, SENA RR, SEIXAS CT, FEUERWERKER LCM, MERHY EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.

SILVA KL, SENA RR, SEIXAS CT, FEURWERKER LCM, MERHY EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-76, fev. 2010.

SILVA, PLB (COORD). Program de apoio à gestão social no Brasil.: Subcomponente: Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação. Núcleo de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP) e OPAS. Relatório Final. 1999.

SOUSA, Maria Fátima de (org); FRANCO, Marcos da Silveira(org); MENDONÇA, Ana Valéria Machado(org). *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. São Paulo: Saberes; 2014.

SOUZA, C. Federalismo: Teorias e Conceitos Revisitados. BIB. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 65, p. 27-48, june, 2008

SPEDO, SM. Desafios para implantar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP). 2009. 180p. Tese (Doutorado em Saude Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 10, p. 15, Apr. 2011. Disponível em: <10.1186/1475-9276-10-15> Acesso em: 11 de março de 2017.

TEIXEIRA CF, PAIM JS. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6037/1/Paim.%20JS.%202005%20Artigo4.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2017.

TREVISANI JDJD, BURLANDY L, JAIME PC. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. *Saúde e Sociedade*, 21(2), 492-509. 2012.

TURKMAN MAA, SILVA GL. Modelos Lineares Generalizados – da teoria à prática, VIII congresso anual da Sociedade Portuguesa de Estatística, 2000.

VALLE, VRL. *Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial*. 2. ed. rev. ampl. e atual. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

VIANA ALA, ROCHA JSY, ELIAS PE, IBAÑEZ N, NOVAES. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. saúde coletiva* vol.11 no.3, Rio de Janeiro, Julho/Setembro, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

VIANA ALD, BAPTISTA TWF. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008.

VIANA AnaLD, MACHADO CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 [4]: 645-684, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a04.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016

VIANA, ALA, LIMA L D, PEREIRA MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

WINGESTE, ELC, FERRAZ AF. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador. *REME: Rev Min Enferm.* 2008;12(1):34-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. (Edição em português 2005). 60p.. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Home Care across Europe: Current structure and future challenges. The European Observatory on HEALTH and Policies, 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Home-based long-term care. Report of a WHO Study Group. Geneva. 2000. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2016.

ZAHARIADIS, N. Ambiguity and Choice in European Public Policy. Birmingham. Paper prepared for presentation at the biannual meeting of the European Union Studies Association, Montreal, Canada, May 17-19, 2007. Disponível em: <http://aei.pitt.edu/8031/1/zahariadis-n-10f.pdf>.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa trata-se da Análise da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS: estudo do caso brasileiro, 2011-2015 e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz, aluna do Curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, modalidade *stricto sensu* da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos professores Dra. Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro e Dr. João Agnaldo do Nascimento.

A pesquisa tem por objetivo analisar a configuração da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2011 a 2015, identificando avanços e desafios relacionados à sua consolidação no SUS e, como objetivo específico, realizar a caracterização do processo de formulação, implantação e avaliação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do SUS, identificar e compreender os principais avanços e desafios da Atenção Domiciliar no Brasil e auxiliar a tomada de decisão no campo da Atenção Domiciliar a partir dos resultados obtidos no período estudado.

A sua participação nesta pesquisa possibilitará o conhecimento do processo de redefinição da Atenção Domiciliar bem como a condução da política e os arranjos propostos posteriormente que levaram a expansão dos Serviços e, contribuir para a Discussão dos resultados alcançados a partir da Análise Documental e resultados obtidos na análise de dados quantitativos.

Solicitamos a sua colaboração para ***participar de entrevista***, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo no trabalho de dissertação no programa ao qual a pesquisa está vinculada, eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos e previsíveis para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Contato dos Pesquisadores Responsáveis:

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Endereço Institucional: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde
- Campus I, Departamento de Cultura Física e Reabilitação. , Campus I - Cidade Universitária
- CCS - Departamento de Fisioterapia, Cidade Universitária, 58000000 - João Pessoa, PB –
Brasil.

Telefone: (83) 32167183, Fax: (83) 32167094.

E-mail: katiaribeiro.ufpb@gmail.com

Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

Endereço Institucional: Ministro João Gonçalves de Souza s/n - Ed. SUDENE - - 6º
andar - sala 80 - Bairro: Iputinga - Recife/PE – Brasil CEP: 50670-500

Telefone: (81) 99588-8518

E-mail: bruna.ortiz@yahoo.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João
Pessoa/PB(83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com**

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Anexo 2 - Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados

1. Identificação dos membros da pesquisa:

Nome completo	CPF
1 Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz	332994828-07

2. Identificação da pesquisa:

- a. Título do Projeto: Análise da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS: estudo do caso brasileiro, 2011-2015
- b. Departamento/Faculdade/Curso: Departamento Ciências Exatas e da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba/ Programa de Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde
- c. Professor Orientador: Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro e João Agnaldo do Nascimento
- d. Pesquisador Responsável: Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

Baseados nos itens 111.3.i e 111.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 196/96) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaramos que:

- a) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- b) Serão assegurados os compromissos com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- c) Serão asseguradas a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- d) O pesquisador responsável estabelecerá salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;
- e) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista;
- f) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será comunicado previamente a área técnica responsável pela informação;
- g) Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda de seus direitos.

Brasília, 15março de 2016.

André Born Muniz
Diretor do DAHU/SAS/MS

Assinatura e carimbo do responsável institucional*

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- 1) Este documento tem que ser em papel timbrado da instituição onde será desenvolvida a pesquisa (ou parte desta).
- 2) No local da assinatura não deve ser rubricado

3) O carimbo do responsável deve ter indicação do cargo que o mesmo exerce na Instituição (podendo ser o dirigente da Instituição ou representante legal

Acesso ao Banco de Dados

Anexo 3 - Carta de anuência

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Carta de anuência

Eu, André Born Muniz, Declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida na pesquisa Análise da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS: estudo do caso brasileiro, 2011-2014, coordenada pela aluna Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz, matriculada no Curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, modalidade stricto sensu da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

Ciente de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados bem como da metodologia que será desenvolvida conforme a resolução CNS 196/96 e das demais resoluções complementares autorizo a realização da pesquisa nesta instituição

Brasília, 15 março de 2016.

André Born Muniz
Diretor do DAHU/SAS/MS

André Born Muniz
Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
Secretaria de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- 1) Este documento tem que ser em papel timbrado da instituição onde será desenvolvida a pesquisa (ou parte desta).
- 2) No local da assinatura não deve ser rubricado
- 3) O carimbo do responsável deve ter indicação do cargo que o mesmo exerce na Instituição (podendo ser o dirigente da instituição ou representante legal)

Anexo 4 – Habilitação avaliada através do modelo linear generalizado

* Modelos lineares generalizados.

```
GENLIN SAD_HAB WITH ÍndiceGini IDHM2010 IDSUS LOGDOM2
  /MODEL ÍndiceGini IDHM2010 IDSUS LOGDOM2 INTERCEPT=YES
  DISTRIBUTION=NEGBIN(1) LINK=LOG
  /CRITERIA METHOD=FISHER SCALE=1 COVB=MODEL MAXITERATIONS=100
  MAXSTEPHALVING=5 PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE) SINGULAR=1E-012
  ANALYSISTYPE=3(WALD) CILEVEL=95 CITYPE=WALD LIKELIHOOD=FULL
  /MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
  /PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION.
```

Modelos lineares generalizados

[Conjunto_de_dados1] C:\Users\Bruna\Documents\bruna_2011.2015.sav

Informações do modelo

Variável dependente	SAD_HAB
Distribuição de probabilidade	Binomial negativo (1)
Função de ligação	Log

Informações variáveis contínuas

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Variável dependente	SAD_HAB	27	1	392	57,22	78,522
	ÍndiceGini	27	,0033	,6590	,516073	,1165619
Covariável	IDHM2010	27	,6310	,8240	,704519	,0492836
	IDSUS	27	,0312	5,7333	4,726757	1,3190124
	LOGDOM2	27	7,90	13,56	9,1732	1,06630

Qualidade de ajustamento^a

	Valor	df	Valor/df
Desviância	15,262	22	,694
Desviância dimensionada	15,262	22	
Qui-quadrado de Pearson	14,571	22	,662
Qui-quadrado de Pearson dimensionado	14,571	22	
Verossimilhança de log ^b	-126,531		
Critério de informações de Akaike (AIC)	263,063		
AIC corrigido de amostra finita (AICC)	265,920		
Critério de informações Bayesiano (BIC)	269,542		
AIC consistente (CAIC)	274,542		

Variável dependente: SAD_HAB

Model: (Ordenada na origem), Índice de Gini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

- a. Os critérios de informações estão na forma menor é melhor.
 b. A função completa de verossimilhança de log é exibida e usada nos critérios de informações de cálculo.

Teste de Omnibus^a

Qui-quadrado da razão de verossimilhança	df	Sig.
19,941	4	,001

Variável dependente: SAD_HAB

Model: (Ordenada na origem), Índice de Gini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

- a. Compara o modelo ajustado com o modelo apenas de ordenada na origem.

Testes de efeitos de modelo

Fonte	Tipo III		
	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
(Ordenada na origem)	7,642	1	,006
ÍndicedeGini	13,259	1	,000
IDHM2010	,000	1	1,000
IDSUS	20,059	1	,000
LOGDOM2	16,185	1	,000

Variável dependente: SAD_HAB

Model: (Ordenada na origem), ÍndicedeGini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

Estimativas do parâmetro

Parâmetro	B	Modelo padrão	Intervalo de confiança de Wald 95%		Teste de hipótese		
			Inferior	Superior	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
(Ordenada na origem)	-11,970	4,3301	-20,457	-3,483	7,642	1	,006
ÍndicedeGini	-13,954	3,8323	-21,465	-6,443	13,259	1	,000
IDHM2010	,000	5,6699	-11,112	11,113	,000	1	1,000
IDSUS	1,594	,3559	,896	2,291	20,059	1	,000
LOGDOM2	1,668	,4147	,856	2,481	16,185	1	,000
(Escala)	1 ^a						
(Binomial negativo)	1 ^a						

Variável dependente: SAD_HAB

Model: (Ordenada na origem), ÍndicedeGini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

a. Fixo no valor exibido.

Anexo 5 – Implantação avaliado através do modelo linear generalizado

GET

FILE='C:\Users\Bruna\Documents\bruna_2011.2015.sav'.

DATASET NAME Conjunto_de_dados1 WINDOW=FRONT.

* Modelos lineares generalizados.

GENLIN SAD_IMPL WITH ÍndiceGini IDHM2010 IDSUS LOGDOM2

/MODEL ÍndiceGini IDHM2010 IDSUS LOGDOM2 INTERCEPT=YES

DISTRIBUTION=NEGBIN(1) LINK=LOG

/CRITERIA METHOD=FISHER SCALE=1 COVB=MODEL MAXITERATIONS=100

MAXSTEPHALVING=5 PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE) SINGULAR=1E-012

ANALYSISTYPE=3(WALD) CILEVEL=95 CITYPE=WALD LIKELIHOOD=FULL

/MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE

/PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION.

Modelos lineares generalizados

[Conjunto_de_dados1] C:\Users\Bruna\Documents\bruna_2011.2015.sav

Informações do modelo

Variável dependente	SAD_IMPL
Distribuição de probabilidade	Binomial negativo (1)
Função de ligação	Log

Resumo do processamento de caso

	N	Porcentagem
Incluídos	27	96,4%
Excluídos	1	3,6%
Total	28	100,0%

Informações variáveis contínuas

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Variável dependente	SAD_IMPL	27	0	208	33,74	43,383
	ÍndiceGini	27	,0033	,6590	,516073	,1165619
Covariável	IDHM2010	27	,6310	,8240	,704519	,0492836
	IDSUS	27	,0312	5,7333	4,726757	1,3190124
	LOGDOM2	27	7,90	13,56	9,1732	1,06630

Qualidade de ajustamento^a

	Valor	df	Valor/df
Desviância	26,754	22	1,216
Desviância dimensionada	26,754	22	
Qui-quadrado de Pearson	18,586	22	,845
Qui-quadrado de Pearson dimensionado	18,586	22	
Verossimilhança de log ^b	-114,463		
Critério de informações de Akaike (AIC)	238,927		
AIC corrigido de amostra finita (AICC)	241,784		
Critério de informações Bayesiano (BIC)	245,406		
AIC consistente (CAIC)	250,406		

Variável dependente: SAD_IMPL

Model: (Ordenada na origem), Índice de Gini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

a. Os critérios de informações estão na forma menor é melhor.

b. A função completa de verossimilhança de log é exibida e usada nos critérios de informações de cálculo.

Teste de Omnibus^a

Qui-quadrado da razão de verossimilhança	df	Sig.
15,876	4	,003

Variável dependente: SAD_IMPL

Model: (Ordenada na origem), Índice de Gini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

a. Compara o modelo ajustado com o modelo apenas de ordenada na origem.

Testes de efeitos de modelo

Fonte	Tipo III		
	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
(Ordenada na origem)	4,759	1	,029
ÍndicedeGini	12,219	1	,000
IDHM2010	,135	1	,714
IDSUS	16,751	1	,000
LOGDOM2	13,714	1	,000

Variável dependente: SAD_IMPL

Model: (Ordenada na origem), ÍndicedeGini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

Estimativas do parâmetro

Parâmetro	B	Modelo padrão	Intervalo de confiança de Wald 95%		Teste de hipótese		
			Inferior	Superior	Qui-quadrado de Wald	df	Sig.
(Ordenada na origem)	-9,481	4,3463	-18,000	-,963	4,759	1	,029
ÍndicedeGini	-13,553	3,8771	-21,152	-5,954	12,219	1	,000
IDHM2010	-2,093	5,7038	-13,273	9,086	,135	1	,714
IDSUS	1,469	,3589	,765	2,172	16,751	1	,000
LOGDOM2	1,550	,4186	,730	2,371	13,714	1	,000
(Escala)	1 ^a						
(Binomial negativo)	1 ^a						

Variável dependente: SAD_IMPL

Model: (Ordenada na origem), ÍndicedeGini, IDHM2010, IDSUS, LOGDOM2

a. Fixo no valor exibido.

Anexo 6 – Análise de correspondência

[Conjunto_de_dados3] C:\Users\Bruna\Documents\bruna_2011.2015.sav

O algoritmo utilizado no pacote SPSS versão 22 converge na vigésima sétima iteração

Histórico da iteração

Número de iteração	Variância contabilizada para		Perda
	Total	Aumentar	
27 ^a	1,868739	,000009	3,131261

a. O processo de iteração foi interrompido porque o valor de teste de convergência foi atingido.

TABELA 1

Análise de Correspondência Múltipla

Resumo do modelo

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância contabilizada para		
		Total (valor próprio)	Inércia	% de variância
1	,668	2,148	,430	42,957
2	,464	1,590	,318	31,793
Total		3,737	,747	
Média	,581 ^a	1,869	,374	37,375

a. A Média de Alfa de Cronbach tem como base o valor próprio médio.

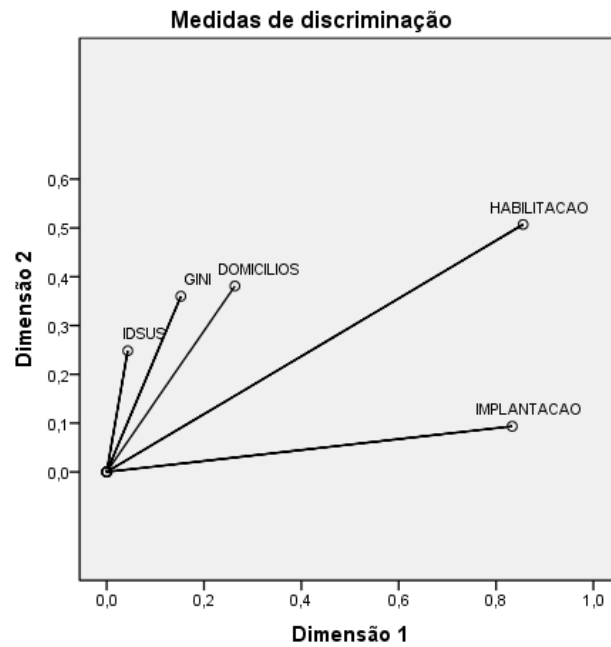
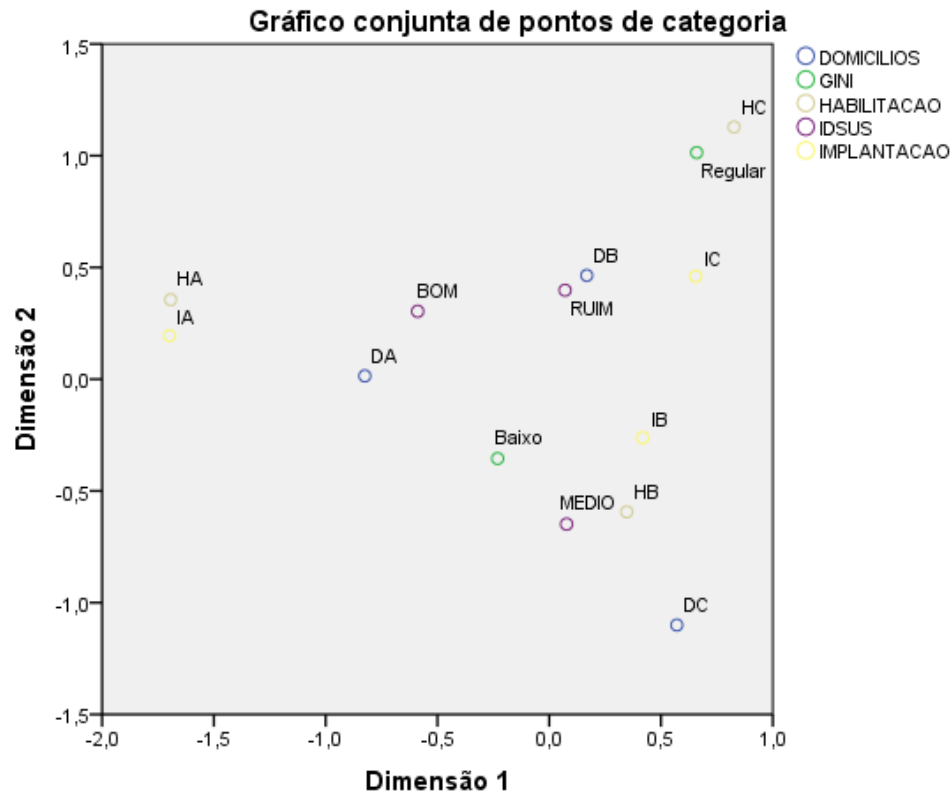


Figura 2 - Análise de agrupamento para o índice de aproveitamento da habilitação

Centroides e objetos de biplot

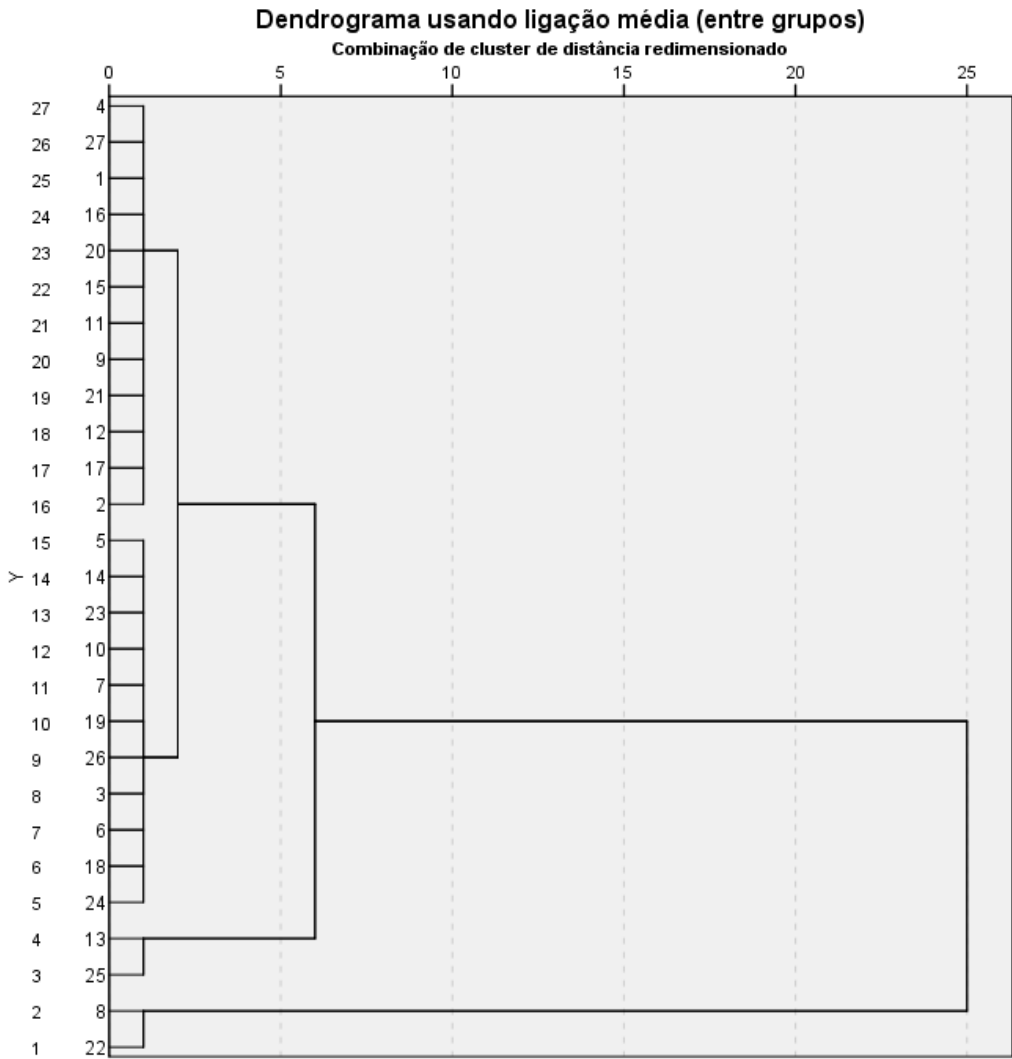


Figura 3 – Distribuição dos municípios habilitados e não habilitados por região

