

# Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar: histórico da habilitação em um Município de São Paulo

## Equipo Multidisciplinario de Atención Domiciliar: historia de su autorización en un Municipio de São Paulo

### Multidisciplinary Home Care Team: history of the license in a Municipality of São Paulo

Denise Philomene Joseph van Aanholt<sup>1</sup>, Isabella Cavassin<sup>2</sup>, Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker<sup>3</sup>, Luiz de Camargo Torres<sup>4</sup>,  
Suely Itsuko Ciosak<sup>5</sup>

**Como citar:** Van-Aanholt DPJ, Cavassin I, Schieferdecker MEM, Torres LC, Ciosak SI. Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar: histórico da habilitação em um Município de São Paulo. 2024; 13(2): 547-61. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n2.p547a561>

# REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

2. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.  
<https://orcid.org/0009-0000-0350-2397>

3. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-9400-3717>

4. Universidade Ibirapuera. São Paulo, São Paulo, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0002-4611-0243>

5. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

Recebido: 23/01/2023  
Aprovado: 29/03/2023

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar uma implantação de EMAD em um Município do Estado de São Paulo, Brasil. **Método:** estudo qualitativo de análise documental. Leitura flutuante foi mais efetiva pelo site do Ministério da Saúde com maior número de portarias encontradas, do que no site do Governo do Estado. **Resultados:** Em 2012 teve a mobilização de gestores para implantação de dois EMADs, com autorização cedida em 2013 para sua habilitação, no entanto apenas uma foi implantada. A partir de 2014 teve um crescimento gradual no atendimento domiciliar, de 124 para 759 pessoas em 2019. **Considerações Finais:** Nota-se boa articulação do gestor no Município estudado, com mais profissionais, equipamentos e estrutura para atender a todos com necessidades específicas em casa.

**Descritores:** Serviços de Assistência Domiciliar; Atenção Domiciliar; Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

#### ABSTRACT

**Objective:** to analyze an EMAD implementation in a Municipality in the State of São Paulo, Brazil. **Method:** Qualitative study of document analysis. Floating reading was more effective on the Ministry of Health website, with a greater number of ordinances found, than on the State Government website. **Results:** In 2012, managers were mobilized to implement two EMADs, with authorization granted in 2013 for their qualification, however only one was implemented. From 2014 onwards, there was a gradual increase in home care, from 124 to 759 people in 2019. **Final Considerations:** there was good articulation from the manager in the Municipality studied, with more professionals, equipment and structure to serve everyone with specific needs at home.

**Descriptors:** Home Care Services; Home Health Aides; Patient Care Team.

#### RESUMEN

**Objetivo:** analizar una implementación del EMAD en un Municipio del Estado de São Paulo, Brasil. **Método:** estudio cualitativo del análisis de documentos. La lectura flotante fue más efectiva en la página web del Ministerio de Salud, encontrándose un mayor número de ordenanzas, que en la página web del Gobierno del Estado. **Resultados:** En 2012, los directivos fueron movilizados para implementar dos EMAD, y en 2013 se les concedió autorización para su calificación, pero solo se implementó uno. A partir de 2014, hubo un aumento paulatino de la atención domiciliar, de 124 a 759 personas en 2019. **Consideraciones Finales:** hubo buena articulación de la gestora en el Municipio estudiado, con más profesionales, equipamiento y estructura para atender a todas las personas con necesidades específicas en el hogar.

**Descritores:** Servicios de Atención Domiciliar; Atención Domiciliar; Equipo Multidisciplinario de Atención Domiciliar.

## Introdução

É fato que o Brasil, assim como o mundo, vivenciou nos últimos anos muitas mudanças que obrigou gestores e governantes a idealizarem transformações que pudessem acompanhar este novo cenário. Dentre as transformações, uma de grande importância foi a reorganização de políticas públicas de saúde, incluindo a Atenção Domiciliar (AD).

A AD é uma forma de atendimento em saúde, substitutiva ou complementar à assistência hospitalar, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação dos indivíduos no ambiente domiciliar, com garantia de continuidade dos cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Desta forma ela possibilita a desospitalização para os pacientes crônicos, clinicamente estáveis e que necessitam manter um acompanhamento multiprofissional. Para que esta prática ocorra com humanização, se faz necessário uma boa estratégia de alta hospitalar<sup>1-3</sup>.

Trata-se de uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, deve manter a universalidade, equidade, integralidade, resolubilidade e ampliação de acesso. Neste sentido o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve garantir estes conceitos junto ao acolhimento e a humanização dos indivíduos com a indicação do cuidado neste ambiente, o domicílio<sup>4</sup>.

Por outro lado, há ocorrência do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), diretamente relacionadas ao envelhecimento populacional, mudanças nos hábitos e estilo de vida, disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, necessitando de cuidado de saúde mais prolongado e dispendioso. Este fenômeno leva ao aumento na prevalência da cobertura da estratégia de saúde da família e da AD, contribuindo à alta hospitalar dessas pessoas que precisam do cuidado continuado por longos períodos, reduzindo os custos hospitalares e proporcionando o conforto<sup>5</sup>.

A alta hospitalar pode ocorrer mesmo quando não há a total recuperação do estado nutricional ou capacidade plena de se alimentar normalmente pela via oral e ter a absorção adequada de todos os nutrientes. Assim, a possibilidade de o paciente ir para seu domicílio pode proporcionar a promoção da melhor qualidade de vida para os indivíduos com necessidades alimentares especiais após alta hospitalar. Porém, deve se considerar os aspectos que envolvam não só a alimentação, mas as particularidades clínicas, nutricionais, sociais, culturais e afetivos, relacionados ao estado de saúde, para isso envolve toda a equipe multiprofissional de saúde<sup>6</sup>.

Foi em 1998, ao ser considerado que a internação domiciliar humaniza o atendimento de pessoas cronicamente dependentes do hospital e que a adequada desospitalização proporciona o maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e a diminuição do risco de infecções hospitalares. A partir dessas premissas foi publicada a Portaria No. 2.416, que estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS<sup>7</sup>.

O cenário atual, com a maior expectativa de vida e aumento das DCNT, levou ao crescimento da AD e o governo Federal implantou o Programa Melhor em Casa (PMeC). Esse Programa tem como objetivo ampliar o cuidado prestado ao usuário no domicílio. É um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldade temporária ou definitiva de sair de sua residência para chegar a unidade de saúde, sendo atendidos pelo SAD<sup>6,8</sup>.

O SAD do PMeC também compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e devem estar integrados mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e mecanismos de regulação. É um serviço substitutivo ou complementar a internação hospitalar e ambulatorial, sendo responsável pelo gerenciamento e operacionalização da Equipe Multidisciplinar de Saúde (EMAD), e a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), para atender toda população<sup>6</sup>.

Cada Município interessado em implantar um SAD, necessita atender a alguns critérios para esta implementação, como constam as portarias referente a AD no âmbito do SUS. Entre os critérios, necessita ter uma população igual ou superior a 20.000 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ter cobertura pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e possuir um hospital de referência no Município<sup>8-10</sup>.

Também é necessário que o gestor construa o diagnóstico situacional do Município (dados sociodemográficos, descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico da população), detalhar os objetivos do projeto, a quantidade de EMADs (tipo 1/tipo 2), ou EMAPs que pretendem implantar, cronograma de implantação, mobiliário, equipamentos, veículos para locomoção das equipes e modelo de prontuários que será utilizado. O SAD deve estar cadastrada no Serviço de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)<sup>9</sup>.

A EMAD tipo 1 são aquelas que compõem o SAD nos Municípios com mais de 40 mil habitantes e inferior a 100 mil habitantes. Tem equipe composta por médicos, enfermeiros com carga horária mínima de 40h semanais, fisioterapia ou assistente social com carga horária mínima de 30h semanais e auxiliar ou técnico de enfermagem com carga horária mínima de 120h de trabalho. A EMAD tipo 2 pode ser solicitado por Municípios com população superior a 20 mil habitantes e inferior a 40 mil habitantes<sup>9,10</sup>.

Enquanto a EMAP é responsável por uma população de 100.000 a 300.000 habitantes, para dar suporte e complementar as ações de saúde domiciliar para até três EMADs, quando solicitada por estas, no cuidado dos usuários em AD. Sua composição mínima deve ser de três profissionais de nível superior escolhidos entre: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. A soma da carga horária semanal dos componentes escolhidos deve acumular no mínimo 90 hs semanais. O Município com população igual ou superior a 100.000 habitantes, poderá constituir uma segunda EMAD, e uma nova equipe a cada 100 mil subsequentemente. Para o Município superior a 200 mil habitantes, passará valer de 100 mil para 80 mil a cada equipe<sup>10</sup>.

O Apoio financeiro pelo Ministério da Saúde (MS) para os Municípios que tenham SAD do PMeC e dependem de requisitos mínimos e o valor varia de acordo com presença de EMAD tipo 1 (R\$ 50.000,00/mês por equipe), EMAD tipo 2 (R\$ 34.000,00/mês por equipe) e EMAP (R\$ 6.000,00/mês por equipe)<sup>9</sup>.

O Município de Itapecerica da Serra com seus quase 160 mil habitantes, está localizada na Zona Sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo, distante 36 km da capital paulista<sup>11</sup>. Teve sua origem no século XVI, em um aldeamento fundado por padres jesuítas, sob a invocação de Nossa Senhora dos Prazeres. A origem do nome "Itapecerica" provém do tupi-guarani, cujo significado é "pedra lisa", ou "pedra escorregadia" (ita = pedra; pecerica = lisa, ou escorregadia)<sup>12</sup>.

Segundo a última divisão regional feita pelo IBGE, tem uma área de 150,742 km<sup>2</sup>, elevação de 920 m. A população estimada em 2022 foi de 158.522 habitantes<sup>10</sup>, o que resulta na densidade demográfica de 1051,61 hab/km<sup>2</sup>. A população se distribui de forma equitativa entre os sexos (masculino e feminino) e a expectativa de vida é de 70,69 anos<sup>11</sup>.

Conhecendo a importância do SAD dentro da RAS para a população brasileira e como os gestores de cada Município devem se organizar no setor saúde, observamos que não há nenhum estudo com relato da implantação de EMAD. Dessa forma algumas questões serviram de base para sua idealização desse estudo: como os gestores do Município aderiram ao PMeC? Quais os passos indicados pelo MS? É possível obter as informações da implantação de uma EMAD através dos sites públicos existentes?

Portanto, esta pesquisa, de forma inédita, objetiva trazer para a comunidade científica, para gestores e profissionais da saúde, como se deu a implantação do EMAD, importante serviço de saúde, em um Município do Estado de São Paulo, assim como sua evolução no período.

## Método

O presente artigo é parte do resultado de uma pesquisa aprovada pelo CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) sob número do parecer 5.421.545, CAAE: 42803321.0.0000.5392.

Trata-se de um estudo qualitativo da análise documental (Fluxograma 1). Foram analisados documentos dos sites do MS e das Secretárias de Saúde do Estado de São Paulo e do Município de Itapeçerica da Serra Segundo BARDIN a análise documental pode ser definida da seguinte forma<sup>13,14</sup>: “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência”.

A análise documental foca em documentos que ainda não receberam um tratamento analítico, são fontes primárias de informação<sup>15</sup>.

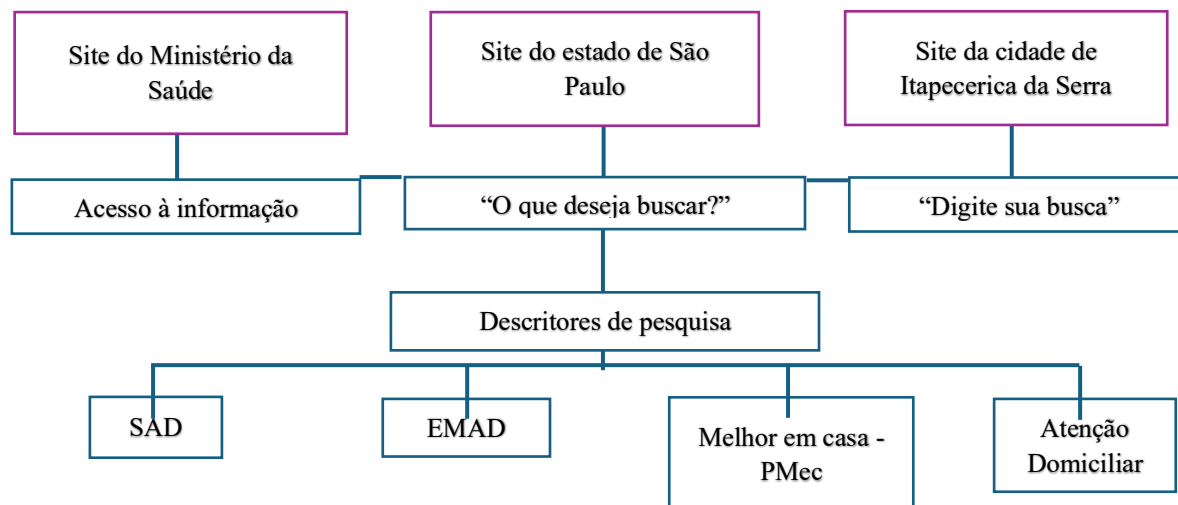
Neste estudo foram utilizados documentos escritos (publicações administrativas, documentos particulares, registros institucionais, dentre outros) e não documentos iconográficos (imagens desenhos e pinturas)<sup>15</sup>.

Realizar uma pesquisa documental tem a vantagem de analisar uma fonte estável e adequada de documentos, como a dos registros institucionais por exemplo, que são aqueles escritos pelas instituições governamentais (projetos de lei, atas de reuniões de casas legislativas etc)<sup>15</sup>.

Foram levantadas Portarias, legislações, notas técnicas e atos normativos sobre o histórico e implementação do SAD, o gerenciamento e operacionalização da EMAD no município de Itapeçerica da Serra.

A pesquisa dos documentos oficiais ocorreu, durante o período de julho a setembro de 2023. Para manter a organização metodológica, foram realizados os seguintes passos: (a) Pesquisa flutuante dos termos; (b) Seleção das Unidades para a pesquisa; (c) Descrição das Unidades. Os termos de pesquisa utilizados foram “SAD”, “EMAD”, “Melhor em casa - PMeC” e “Atenção Domiciliar”. Após a realização da leitura flutuante, os documentos foram separados por assuntos em comum e ao final em portarias que conversassem com o foco desta pesquisa.

**Fluxograma 1** - Descrição do método utilizado para a análise documental.



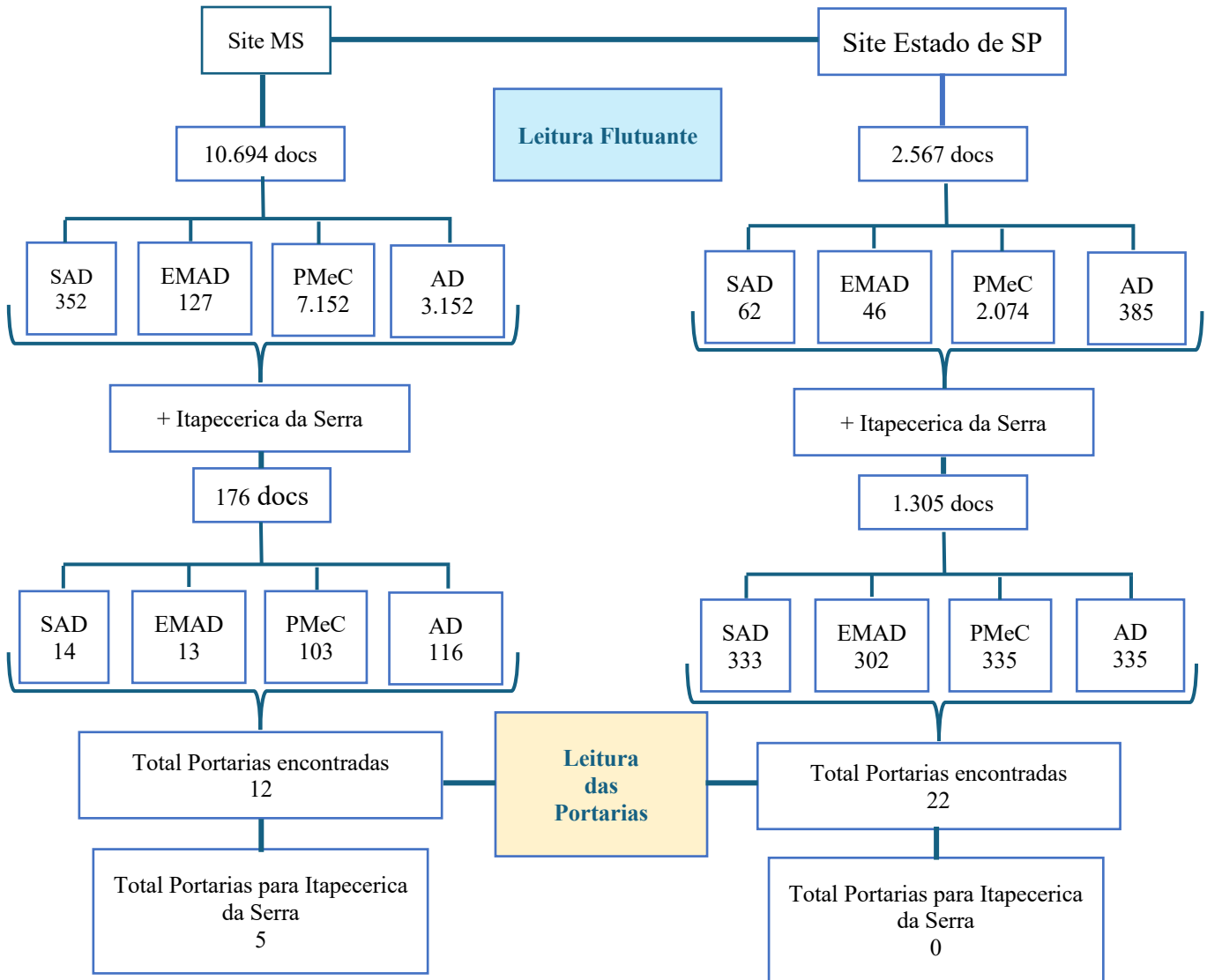
## Resultados

### - Leitura Flutuante:

Durante a leitura flutuante, encontramos no site do MS um total de 10.694 documentos, a maioria (66%) utilizando o termo PMeC (7.063 docs) seguido pela AD com 29% (3.152 docs), 3% (352 docs) pelo SAD e 2% EMAD (127 docs), como podemos acompanhar pelo Fluxograma 2. Ao utilizarmos no filtro o nome do Município estudado (Itapecerica da Serra), houve redução no número de documentos. No site do MS reduziu para 176 documentos. Ainda no site do MS, foram encontradas 12 Portarias que, após sua leitura e retirada das duplicatas, reduziram para cinco portarias finais (Fluxograma 2). Das cinco Portarias apenas duas tiverem relação com “EMAD” associado a “Itapecerica da Serra” que se encontram destacadas no Quadro 1. A Portaria 825/2016 informa que apenas uma EMAD neste município estava habilitada e a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 trata de um documento consolidado das normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS. Neste documento a AD se encontra no capítulo 3, página 140 a 149 e o nome do município está em um dos anexos como município contemplado pela etapa de número 11 do programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS.

Já no site do governo estadual, no qual o município estudado se encontra, o total de documentos encontrados foi menor, com 2.567 documentos. Considerando os descritores utilizados nesta pesquisa, observado maior número pelo PMeC com 81% (2074 docs), seguido por AD, EMAD e SAD com 15% (385 docs), 2,5% (62 docs) e 1,5% (46 docs) respectivamente. Ao acrescentar no filtro o nome do Município “Itapecerica da Serra” o número foi reduzido. Também se observou maior número de Portarias (22), no entanto, apenas uma destas se repetia entre as 12 encontradas no site MS<sup>16</sup>. Entre as 22 portarias, no site do governo estadual, nenhuma teve relação com a implantação do EMAD do Município estudado.

**Fluxograma 2** - Descrição da leitura flutuante realizada utilizando os sites do MS e do governo do Estado de SP, São Paulo, 2023



**Quadro 1-** Portarias do site MS relacionadas a Itapecerica da Serra

Portarias	Descrição das Portarias	Relação com o Município de Itapecerica da Serra
Portaria Nº 825 de 25 de abril de 2016 <sup>1</sup>	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.	O EMAD do município de Itapecerica da Serra possui um custo anual de 600,000 reais de acordo com a última atualização do quantitativo de habilitações de equipes de EMAD e EMAPS no Brasil todo <sup>1</sup> .
Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 <sup>16</sup> .	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	O município de Itapecerica da Serra foi contemplado na etapa 2 do programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS (ProgeSUS), que tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados com vistas à criação e/ou fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação no SUS, visando sua efetiva qualificação. O município possuía na época 147.540 habitantes e 2.599 postos de trabalho públicos <sup>16</sup> .
Portaria Nº 2.512, de 28 de Setembro de 2017 <sup>17</sup> .	Habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento de incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, referente ao exercício financeiro de 2017.	O Município de Itapecerica da Serra recebe incentivo financeiro para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição no valor de R\$20.000,00 <sup>17</sup> .
Portaria MS Nº 874, de 10 de maio de 2019 <sup>18</sup> .	Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Ficam definidos os municípios e valores mensais máximos do incentivo financeiro referente às Equipes da atenção básica e dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) certificados no 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), porém Itapecerica da Serra não foi contemplada <sup>18</sup> .
Portaria nº 894, de 11 de maio de 2021 <sup>19</sup> .	Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	O município de Itapecerica da Serra recebeu um incentivo financeiro de R\$141.394,65 com a finalidade de combater a desnutrição durante a pandemia de covid-19 <sup>19</sup> .

## - Implantação EMAD em Itapecerica da Serra

Após análise dos documentos, fichas dos profissionais atuantes no EMAD e relatos não oficiais relacionados ao histórico de habilitação de SAD no município estudado, constatou-se que em 2012 foi enviado o projeto denominado “Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências”, para o MS, solicitando habilitação para duas EMADs e uma EMAP, visto que a população pelo IBGE (2010) estava acima de 150 mil habitantes (152.614 hab)<sup>20</sup>.

A publicação no Diário Oficial da União, Portaria 1084 de junho 2013, em que habilita estabelecimentos de saúde contemplados com SAD, o Município de Itapecerica da Serra teve autorização para habilitação de duas EMADs e nenhuma EMAP, sendo necessário inserir o EMAD no SCNES de saúde do município. Foi no final desse mesmo ano que o EMAD foi inserido no SCNES, permitindo assim sua implantação oficial para início das atividades de SAD. Posteriormente foi observado que apenas uma EMAD tipo 1 foi habilitado, na informação do Diário Oficial da União, Portaria 825 de abril 2016, além de redefinir a AD pelo SUS, atualiza as equipes habilitadas e consta o município de Itapecerica da Serra recebendo o valor de R\$600.000,00 por ano<sup>1,21</sup>.

O Município iniciou com avaliações e acompanhamento pelo EMAD a partir de dezembro de 2013, como pode ser observado na figura 1, e foi gradualmente aumentando sua demanda tanto de avaliações quanto de pessoas em acompanhamento (Figura 2).

Inicialmente observou-se um número menor de avaliações e acompanhamento de pessoas, em 2014 foram 35 avaliações novas ao serviço, ao longo do ano e 89 acompanhamentos pelo EMAD, com crescimento gradual, chegando a 628 em 2019 (Figura 2). Em 2022 foi observado uma queda que esteve relacionada ao menor número de meses analisados na pesquisa, que foi realizado até junho de 2022. No geral, foi possível observar que o crescimento do número de indivíduos acompanhados ao longo dos anos teve um comportamento parecido ao número dos avaliados, com proporções numéricas diferentes, isso se deu por estar relacionado ao tempo em que cada indivíduo permaneceu sob os cuidados do EMAD (Figura 2).

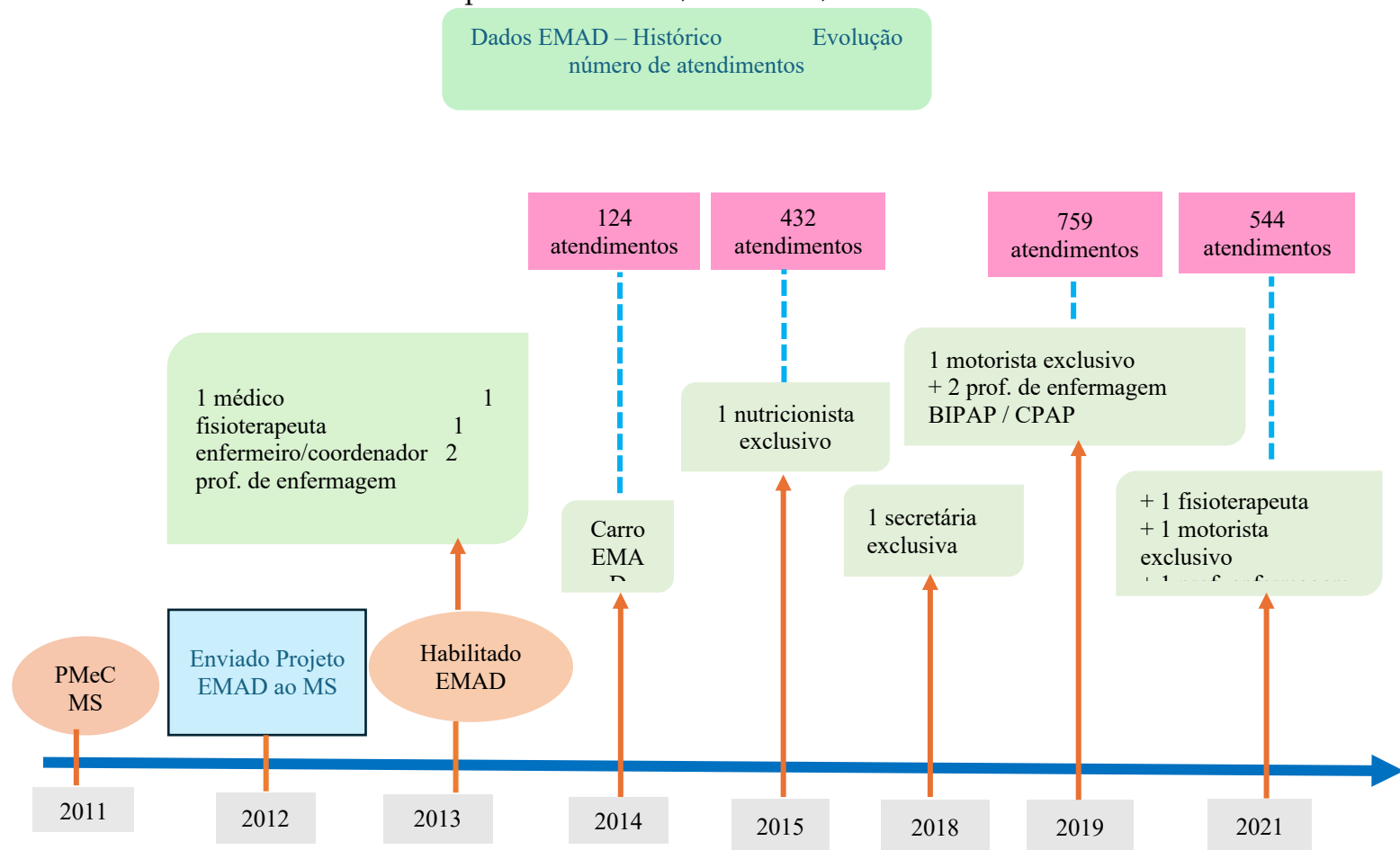
Os profissionais que iniciaram como membros do EMAD foram: um médico com carga de trabalho de 40hs semanais, um enfermeiro com 40h semanais, sendo este também o coordenador do EMAD, um fisioterapeuta com 30hs semanais e dois profissionais de enfermagem de 40hs semanais. Conforme a reestruturação do SAD e crescimento tanto nas avaliações quanto acompanhamentos, outras exigências foram sendo inseridas para auxiliar a equipe inicial no atendimento aos usuários do SAD (Figura 1). Houve necessidade de ter um profissional de nutrição para acompanhar e monitorar pessoas com Nutrição Enteral Domiciliar (NED), conferindo o aumento na equipe do EMAD por este profissional, oferecido pela Autarquia do município, de forma exclusiva a partir de janeiro de 2015 (Figura 1). As visitas nos primeiros anos eram realizadas por um carro da prefeitura e em 2014 houve aquisição de um veículo exclusivo para uso do EMAD e atualmente conta com dois motoristas exclusivos (Figura 1). Para auxiliar os profissionais de saúde atuantes do EMAD,

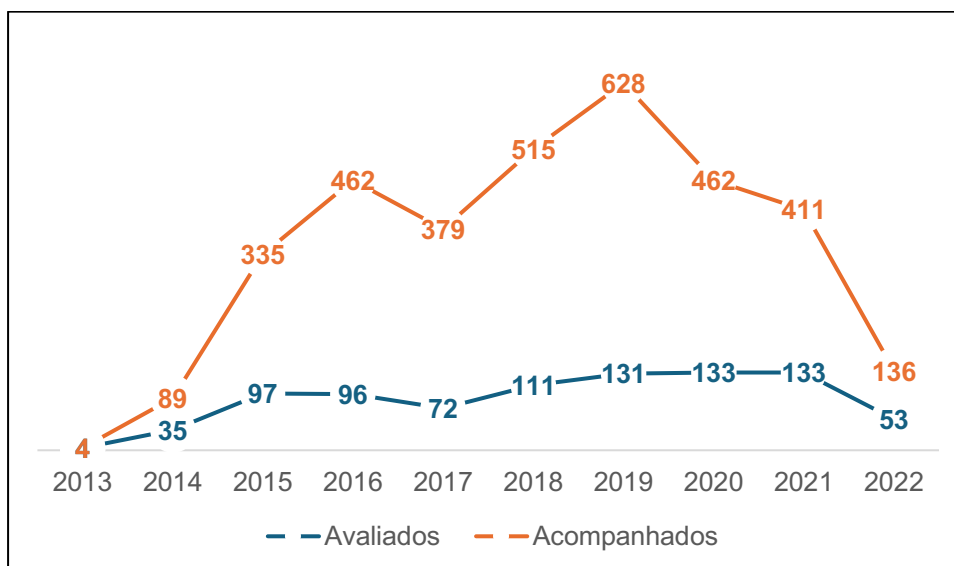


houve crescimento da equipe com um profissional administrativo (secretária) de 40h semanais a partir de 2018 e nos anos seguintes, novo aumento na equipe de saúde, com mais profissionais de enfermagem e fisioterapia (Figura 1).

Um aspecto importante a ressaltar, dentre aqueles que são acompanhados pelo EMAD, se destaca a presença de muitas crianças e adultos jovens com necessidade de uso de equipamentos como BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure - pressão positiva nas vias aéreas a dois níveis) e CPAP (Continuous Positive Airway Pressure - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas). Estes aparelhos até 2018 eram fornecidos pelo Estado, e a partir de 2019, após o município ter recebido um comunicado da secretaria estadual, o fornecimento destes equipamentos ficaram por conta do município (Figura 1).

**Figura 1** - Linha do tempo na implantação de EMAD e evolução número de atendimentos em Itapeccica da Serra, São Paulo, 2023





**Figura 2-** Número de pacientes avaliados e acompanhados pelo EMAD-1, período 2014-2022, São Paulo, 2023

## Discussão

Os resultados deste estudo mostraram a dificuldade em analisar dados pelos sites públicos. Se observou a redução de documentos que estavam relacionadas ao tema proposto, encontrando Portarias que remetem ao Município estudado apenas pelo site do MS.

Em um estudo que realizou a análise documental sobre AD no SUS, para identificar modalidades de cuidado e desigualdades no uso, também teve limitações relacionadas a fonte de informações e algumas subnotificações. Apesar disso, por se tratar de uma análise mais ampla, conseguiram encontrar Portarias e informações suficientes para descrever de forma adequada seus objetivos propostos<sup>22</sup>, diferente deste estudo que está relacionado com a implantação de EMAD em um Município.

Independente da dificuldade de acesso à informação, se observou que houve coerência em seguir as orientações dadas pelo MS assim que lançaram o PMeC, respeitando sua estrutura existente, sua motivação e necessidade, aderindo de forma adequada a implantação do EMAD no município. Apesar de ter sido autorizado a implantação para duas unidades de EMAD, apenas uma foi possível, seguindo as normativas da portaria do MS. Apesar de não ter publicações com tema implantação de EMAD, se observou na literatura estudos sobre o sucesso de aderirem ao SAD por meio do PMeC, como observado por Castro e col. (2018), num estudo com 12 municípios mineiros mostrando um sucesso no modo organizacional da AD<sup>4,9,21</sup>.

Cabe ressaltar que na pesquisa pelo site do governo do Estado de SP, não foram encontrados documentos que evidenciassem o envolvimento do Estado com o Município estudado. O Município estudado após tomar conhecimento da publicação da política nacional da AD com lançamento do PMeC, analisou o perfil de saúde local com seus serviços e estruturas já existentes na RAS e se mobilizou para implantar uma EMAD para atender sua população. Vale destacar o protagonismo do gestor Municipal que compôs a equipe organizacional para idealização da solicitação do EMAD estudado<sup>9</sup>.

Dentre os usuários atendidos muitos têm como cuidado, a NED e outros cuidados de nutrição, o que pode estar relacionado ao aumento de usuários em acompanhamento ao longo dos anos. Sabendo que a assistência nutricional domiciliar é responsabilidade exclusiva do nutricionista<sup>(23)</sup>, o que inclui a realização de visitas domiciliares, a fim de identificar doenças e deficiências associadas à nutrição, promovendo o atendimento nutricional adequado conforme preconizado pelo MS. Foi constatado, que a partir do ano de 2015, houve a contratação de um nutricionista exclusiva para o EMAD.

Observando a linha do tempo pode-se dizer que a composição da equipe, variou de acordo com a necessidade sua necessidade, no EMAD estudado além da disponibilidade de um nutricionista exclusivo a partir de 2015, foi incluído mais um fisioterapeuta em 2021. Pela Portaria do PMeC, algumas categorias profissionais não fazem parte do EMAD, apenas EMAP, no entanto o município ofereceu esses profissionais “extras” mesmo tendo apenas um EMAD habilitado, considerando as demandas apontadas pela população. Esta composição diferente ocorreu também, em outros Municípios<sup>4</sup>.

O aumento com profissionais elevou o custo para o EMAD, além de outros gastos extras como aquisição de veículo próprio, dois motoristas, um administrativo e fornecimento de equipamentos como BIPAP e CPAP. Analisando estas aquisições com o repasse do MS para o programa, foi possível entender que a verba repassada não cobre todas as despesas fixas do EMAD, ou seja, o Município contribuiu com fornecimento de mais profissionais e outras demandas do Serviço e Equipe.

Os custos elevados com saúde, incluindo a AD também, foi observado no estudo qualitativo que analisou 12 municípios de Minas Gerais, salientado que de longe o valor de repasse pelo MS está abaixo do gasto total (veículos, combustível, equipe etc) sendo fundamental o papel da gestão municipal para viabilidade do SAD, o que observamos bem no município estudado<sup>4</sup>.

Essa situação de custeio, evidencia que as políticas públicas em saúde necessitam de financiamento adequado e deve funcionar de forma tripartite, ou seja, ter participação da gestão Federal, Estadual e Municipal, de acordo com a Portaria GM/MS N<sup>o</sup> 3.005, de 2 de janeiro de 2024<sup>10</sup>. Neste Município, encontramos a contrapartida financeira Federal com financiamento do PMeC para o Município, cabendo a este a habilitação do EMAD, sua organização estrutural, de equipamentos e de profissionais de saúde ao longo dos anos, mas foi difícil, pela forma de análise adotada, definir qual a contrapartida do Estado<sup>24</sup>.

Está claro que existem inúmeras funções descritas detalhadamente de qual o papel das Secretarias Estaduais de Saúde frente a complementação dos recursos financeiros repassados pelo MS para EMADs<sup>10</sup>. Dentre elas se destaca por exemplo, recursos destinados a capacitação/formação dos profissionais, aquisição de equipamentos pertinentes a ações assistenciais e outros<sup>10</sup>. No entanto, foi difícil, pela forma de análise adotada nesta pesquisa, definir qual foi a contrapartida do Estado<sup>24</sup>.

Ainda em relação a contrapartida do Município, houve readequação de alguns projetos já existentes junto às UBS, melhorando a integralidade entre os serviços da APS e especializada do Município. Os projetos disponibilizam fraldas para quem necessita, bem como materiais e equipamentos para uso de nutrição enteral e realização de curativos. Com finalização do fornecimento dos equipamentos utilizados para usuários AD, os de maior complexidade e

necessidade de tecnologia dura como BIPAP e CPAP, o Município se organizou para manter este fornecimento para todos aqueles que tem esta indicação<sup>10</sup>.

O comprometimento com a saúde parece ser uma prioridade neste município que atualmente conta com os seguintes serviços de saúde: 12 Unidades Básicas de Saúde, um Hospital Geral de Itapeçerica da Serra (HGIS) que é referência para traumas pela sua localização (próximo a BR 116 – Rodovia Regis Bittencourt), duas unidades de Pronto Socorro, uma Maternidade Municipal, uma Clínica de especialidades médicas com Reabilitação fisioterápica, um EMAD (onde foi realizado o estudo e pelo número de habitantes foi classificada em 1), um CAPs – para alcoolismo, um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (inaugurado no final de 2022 e um Centro de Referência de saúde da Mulher (inaugurado em maio de 2023)<sup>12</sup>.

A despeito das dificuldades enfrentadas pela EMAD, considerando as pessoas beneficiadas pela AD no Município, fica evidente a assistência fornecida pela unidade, tendo em vista a quantidade de pessoas com doenças crônicas e a permanência por longos períodos no domicílio, demandando cuidados. Estes dados, validam a importância e a necessidade do AD e não hospitalar, o que pode servir como estratégia para desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente<sup>22</sup>.

Foram encontradas muitas dificuldades na elaboração desse estudo, entre elas a falta de acesso ao registro histórico nas três esferas, Federal, Estadual e Municipal. Apesar disso, o relato pode mostrar como ocorreu o processo de efetivação do EMAD de um município, o que pode subsidiar gestores e profissionais na organização de seus serviços

## **Considerações finais**

A solicitação e a implantação do EMAD no Município de Itapeçerica da Serra, ocorreu no início da criação nacional do programa. O atendimento ao número de pessoas, ao longo da sua existência apresentou crescimento que comporta maior número do EMAD e EMAP, para atender a demanda desta população.

Houve a organização e participação por parte dos gestores do Município ao longo dos anos, viabilizando profissionais em números maiores ao indicado pelo PMeC, melhora na infraestrutura e fornecimentos de equipamentos de alta tecnologia quando indicado.

Apesar das dificuldades em encontrar dados em sites oficiais sobre o tema “implantação de EMAD ou EMAP”, esperamos que outros pesquisadores queiram compartilhar como foi experiência na implantação de seus serviços em AD para instigar os municípios que ainda não tem SAD, a entender que é possível e o quanto este serviço complementar pode ajudar a atender as necessidades da população, especialmente aquelas de poucos recursos ou desprovidos de saúde suplementar.

## Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acessado em: 25/01/2024.
2. Rufino C, Carlini D, Alves M, Soo Jin Kim H. Como promover a desospitalização devido ao transplante de órgãos sólidos? Panorama atual no Brasil e profilaxia da infecção pelo citomegalovírus com valganciclovir. J Bras Econ Saude [Internet]. Abr 2016;8(1) [acessado em 23 dezembro 24] :p47-57. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/jbes>
3. Aanholt DPJV, Matsuba CS, Dias MCG, Teixeira da Silva ML, Campos ACL, Aguilar-Nascimento JE. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. Braspen Journal. 2018; 33(1): p. 37-46.
4. Castro E, Leone D, Santos C, Neta F, Gonçalves J, Contim D, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2016-0002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.
5. Simões TC, Meira KC, dos-Santos J, Câmara DCP. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. Ciência & Saúde Coletiva [online]. Sete. 2021 v. 26, n. 09 [Acessado 4 novembro 2023], pp. 3991-4006. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>.
6. Brasil. Melhor em Casa - a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar volume 1. In: Atenção B, editor. primeira edição ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 106. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhior\\_casa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhior_casa.pdf)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Diário Oficial 26/03/98 Seção I Pág. 106. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA\\_2416.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf).
8. Conass. Nota Técnica 10/2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e dá outras providências. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/ci-n95-publicada-a-portaria-gm-n963-que-redefine-a-atencao-domiciliar-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude/>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html).

10. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União. Publicado em: 05/01/2024 | Edição: 4 | Seção: 1 | Página: 56. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-06-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3005-que-altera-as-portarias-de-consolidacao-nos-5-e-6-de-28-de-setembro-de-2017-para-atualizar-as-regras-do-servico-de-atencao-domicil/>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
12. Itapecerica.org. Prefeitura do Município de Itapecerica da Serra; c2024. Disponível em: <https://www.itapecerica.sp.gov.br/>.
13. Bardin L. Definição e relação com as outras ciências. In: L. Bardin. Análise de conteúdo. São Paulo: edição 70. Almedina; 2016. p. 34-54. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod\\_resource/content/1/BARDIN\\_L\\_1977\\_Analise\\_de\\_conteudo\\_Lisboa\\_edicoes\\_70\\_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf).
14. Jacques C. Les techniques documentaires. 5ª ed. Paris: PUF; 1989. Chaumier J. Le traitement linguistique de l'information. 3ª ed. Paris: Enterprise Moderne d'Édition; 1988.
15. Junior E, Oliveira G, Santos A, Schnekenberg G. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. Cadernos da Fucamp. 2021;20(44):36-51.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_5\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.512, de 28 de setembro de 2017. Habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento de incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, referente ao exercício financeiro de 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2512\\_05\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2512_05_10_2017.html).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0874\\_20\\_05\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0874_20_05_2019.html).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 894, de 11 de maio de 2021. Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde

Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-do-campo-da-floresta-das-aguas-povos-e-comunidades-tradicionais/portaria-no-894-de-11-de-maio-de-2021.pdf/view> .

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.084 de 05 de junho de 2013. Habilita estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1084\\_05\\_06\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1084_05_06_2013.html).

22. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020 Maio [Acessado 26 Novembro 2023];25(5):1863-1877. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>.

23. Brasil, Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Disponível em [https://www.cfn.org.br/wpcontent/uploads/resolucoes/Res\\_600\\_2018.htm](https://www.cfn.org.br/wpcontent/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm).

24. Neto A, Dias M. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): O que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg Saúde Debate*. 2014 [citado 2016 set 15];51:58-71. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.

**Autor de correspondência**

Denise Philomene Joseph van Aanholt  
Rua Estância Verde, 12. CEP: 06872-070 -  
Itapeverica da Serra. São Paulo, São Paulo, Brasil.  
[deaanholt@gmail.com](mailto:deaanholt@gmail.com)