



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE FORMAÇÃO, TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PODER LEGISLATIVO

Tarciane Silva de Araujo Castro

**A ATENÇÃO DOMICILIAR (*HOME CARE*) NO ÂMBITO DO PLANO DE SAÚDE
DO SENADO FEDERAL:**

Isomorfismo e institucionalização

Brasília

2020

Tarciane Silva de Araujo Castro

**A ATENÇÃO DOMICILIAR (*HOME CARE*) NO ÂMBITO DO PLANO DE SAÚDE
DO SENADO FEDERAL:**

Isomorfismo e institucionalização

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor.

Orientador: Prof. Dr. Valério Augusto Soares de Medeiros

Área de Concentração: Poder Legislativo

Linha de Pesquisa: Gestão Pública no Poder Legislativo

Brasília

2020

Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio da Câmara dos Deputados e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Castro, Tarciane Silva de Araujo.

A atenção domiciliar (home care) no âmbito do plano de saúde do Senado Federal [manuscrito] : isomorfismo e institucionalização / Tarciane Silva de Araujo Castro. -- 2020. 145 f.

Orientador: Valério Augusto Soares de Medeiros.

Impresso por computador.

Dissertação (mestrado) -- Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2020.

1. Brasil. Congresso Nacional. Senado Federal. Sistema Integrado de Saúde. 2. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Pró-Saúde. 3. Poder legislativo, assistência médica, Brasil. 4. Plano de saúde, Brasil. 5. Institucionalismo, Brasil. 6. Servidor público, assistência médica, Brasil. I. Título.

CDU 342.53:368.382(81)

Bibliotecária: Fabyola Lima Madeira – CRB1: 2109



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Poder Legislativo

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título do trabalho de conclusão:

A ATENÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE) NO ÂMBITO DO PLANO DE SAÚDE DO SENADO FEDERAL: isomorfismo e transformação de práticas

Autora: Tarciane Silva de Araujo Castro

Área de concentração: Poder Legislativo

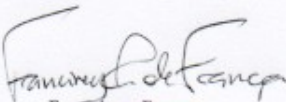
Linha de pesquisa: Gestão Pública no Poder Legislativo

Trabalho de conclusão de curso submetido à Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Poder Legislativo.

Trabalho aprovado em 30 de setembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por:

Tarciane Silva de Araujo Castro - Aluna
Valério Augusto Soares de Medeiros - Presidente da comissão
Nelson Gomes dos Santos Filho - Membro da comissão
João Luiz Pereira Marciano - Membro da comissão


Franciney França
Membro da comissão



Documento assinado por: Valério Augusto Soares de Medeiros, João Luiz Pereira Marciano, Nelson Gomes dos Santos Filho e outros
Selo digital de segurança: 2020-YCIB-GPIZ-BBRF-EEQJ

Dedico esse trabalho aos meus pais, Helda e Antônio; ao meu
companheiro e amigo, Hugo Castro; aos meus filhos amados, Carolina,
Heitor, Sabrina, Yasmin e Victor e ao Mestre Gabriel, exemplo de
homem.

Agradecimentos

A Deus, por estar presente em todos os momentos.

Ao Mestre Gabriel, pela disposição em me orientar.

Aos meus pais, Helda e Antônio, que me ensinaram a persistir e a valorizar os estudos.

Ao meu companheiro Hugo, que me incentiva e auxilia nessa caminhada.

Aos meus filhos, que me fortalecem com amor e carinho.

Ao meu irmão Heyder, que encheu de alegria a minha infância.

Aos colegas do Senado Federal, que me auxiliaram, compartilhando seus conhecimentos, ao responder as entrevistas que fizeram parte da metodologia deste trabalho.

Ao Senado Federal, por me permitir, apoiando-me de diversas formas, finalizar este trabalho.

À Câmara dos Deputados, por me proporcionar esta valiosa experiência, que foi cursar o Mestrado Profissional em Poder Legislativo.

Aos Professores Doutores João Luiz Pereira Marciano e Nelson Gomes dos Santos Filho, cujas importantes contribuições enriqueceram este trabalho.

À professora Doutora Franciney França pela colaboração e disposição em fortalecer as bases deste trabalho.

Ao Professor Doutor Valério Augusto Soares de Medeiros, pela paciência e orientação que trouxeram importantes ensinamentos.

“Para ter algo que você nunca teve, é preciso fazer algo que você nunca fez.”
Chico Xavier

RESUMO

A pesquisa consiste em uma análise da assistência domiciliar (AD) oferecida pela rede credenciada do plano de saúde do Senado Federal, denominado Sistema Integrado de Saúde (SIS). Discute-se o grau de institucionalização dessa assistência à luz do neoinstitucionalismo e a existência de isomorfismo institucional, a partir de duas questões de pesquisa: 1) Em qual estágio está o processo de institucionalização da assistência domiciliar – *home care* do Senado Federal?; e 2) Há evidências de isomorfismo institucional nesse processo? A monografia é qualitativa e compreende um estudo de caso com característica exploratória e descritiva. Para identificar a ocorrência e o grau de institucionalização da AD do Senado Federal adota-se, a partir da perspectiva do institucionalismo sociológico, a modelagem de Tolbert e Zucker (1998). Para tanto, são realizadas entrevistas com os gestores do SIS com a finalidade de investigar os estágios de institucionalização (habitualização, objetificação e sedimentação), compostos por forças causais e características com poder de explicação para o processo de institucionalização das estruturas organizacionais. Relacionam, durante a análise dos documentos e das entrevistas, as forças causais e características evidenciadas em cada fase do processo de institucionalização. Os resultados obtidos apontam que a AD do Senado Federal possui forças causais e características das três fases da institucionalização, demonstrando que, mesmo com a inexistência de obrigação, por parte do gestor do SIS, de oferecê-la, essa assistência se encontra em uma condição mais aproximada ao estágio da institucionalização total ou sedimentação, que é marcada pelo apoio na continuidade da estrutura e pela consolidação da AD dentro do Senado Federal. Adicionalmente, percebeu-se que há a presença de variáveis semelhantes, cotejando-se os modos de oferta de AD do SIS e do SUS, caracterizando predominantemente a presença do isomorfismo coercitivo.

Palavras-Chave: Poder Legislativo. *Home Care*. Assistência Domiciliar. Institucionalismo Sociológico.

ABSTRACT

The research consists of an analysis of home care (HC) offered by the accredited network of the Senado Federal health insurance, called the Sistema Integrado de Saúde (SIS). It discusses the degree of institutionalization of this assistance in the light of neoinstitutionalism and the existence of institutional isomorphism, based on two research questions: 1) At what stage is the institutionalization process of home care - home care of the Senado Federal?; and 2) Is there evidence of institutional isomorphism in this process? The research is qualitative and comprises a case study with an exploratory and descriptive characteristic. To identify the occurrence and degree of institutionalization of the Federal Senate HC, from the perspective of sociological institutionalism, Tolbert and Zucker (1998) modeling was adopted. To this end, interviews were conducted with SIS managers in order to investigate the stages of institutionalization (habitualization, objectification and sedimentation), composed of causal forces and characteristics with explanatory power for the institutionalization process of organizational structures. During the analysis of documents and interviews, they list the causal forces and characteristics evidenced in each phase of the institutionalization process. The results obtained show that the HC of the Senado Federal has causal forces and characteristics of the three phases of institutionalization, demonstrating that, even with the lack of obligation on the part of the SIS manager to offer it, this assistance is in a condition closer to the stage of total institutionalization or sedimentation, which is marked by support for the continuity of the structure and the consolidation of the HC within the Senado Federal. Additionally, it was noticed that similar variables are present, comparing the SIS and SUS modes of HC supply, predominantly characterizing the presence of coercive isomorphism.

Keywords: Legislative Power. Home Care. Home Assistance. Sociological Institutionalism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mecanismos de acesso à saúde pelo servidor público – Lei nº 8112/1990	17
Figura 2 - Fluxograma de grau de institucionalização	34
Figura 3 - Fluxograma de pesquisa – isomorfismo	37
Figura 4 - Processos inerentes à institucionalização	49
Figura 5 - Linha do tempo da prestação de assistência domiciliar	62
Figura 6 - Gastos totais, em 2019, com o plano de saúde dos servidores	78
Figura 7 - Assistência à saúde de senadores e ex-senadores no ano de 2019.....	79
Figura 8 - Assistência à saúde de servidores no ano de 2019.....	79
Figura 9 - Organograma administrativo do Senado Federal.....	81
Figura 10 - Custo total do SIS, em 2019	82
Figura 11 - Financiamento do SIS.....	82
Figura 12 - Representatividade das contribuições recolhidas, no ano de 2019, pelo pagamento de contribuição de senadores e ex-senadores, perante o gasto orçamentário total ..	85
Figura 13 - Representatividade das receitas perante o gasto total no ano de 2019	85
Figura 14 - Linha do tempo da assistência domiciliar no Senado Federal.....	91
Figura 15 - Modalidades de atenção domiciliar do Senado Federal.....	92
Figura 16 - Uso das modalidades de assistência domiciliar pelos beneficiários do SIS	95
Figura 17 - Aferição do grau de institucionalização.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores de contribuições mensais, segundo vinculação e faixas etárias (R\$).....	83
Tabela 2 - Limite de coparticipação – SIS	84
Tabela 3 - Quantidade de beneficiários em cada modalidade de assistência	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis e Forças Causais.....	28
Quadro 2 - Variáveis, questões e objetivos	32
Quadro 3 - Conceitos de isomorfismo	34
Quadro 4 - Variáveis de comparação	36
Quadro 5 - Novos institucionalismos em perspectiva comparada, segundo Hall e Taylor	44
Quadro 6 - Beneficiários do SIS, desde que regularmente inscritos	77
Quadro 7 - Fatores determinantes do processo de institucionalização	115
Quadro 8 - Comparação entre SIS e SUS.....	122
Quadro 9 - Resumo de Isomorfismo	125

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEMID	Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial
AD	Assistência Domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART.	Artigo
CD	Câmara dos Deputados
CEF	Caixa Econômica Federal
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IN	Instrução Normativa
MS	Ministério da Saúde
NEAD	Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SEGP	Secretaria de Gestão de Pessoas
SF	Senado Federal
SIS	Sistema Integrado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	19
1.2 PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE PESQUISA.....	20
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	21
1.4 OBJETIVOS.....	23
1.5 ESTRUTURA DE CAPÍTULOS	23
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	25
2.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DA PESQUISA.....	25
2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	26
2.3 ANÁLISE DO GRAU DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	27
2.3.1 Entrevistas	31
2.4 VARIÁVEIS PARA COMPARAÇÃO ENTRE AS ASSISTÊNCIAS DOMICILIARES – VERIFICAÇÃO DE ISOMORFISMO	34
2.5 FONTES DE DADOS DA PESQUISA	37
2.6 ANÁLISE DO CONTEÚDO DA PESQUISA	38
2.7 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	39
3 ARCABOUÇO TEÓRICO-ANALÍTICO.....	40
3.1 TEORIA INSTITUCIONAL.....	40
3.2 INSTITUCIONALISMO SOCIOLÓGICO	45
3.2.1 Legitimidade.....	45
3.2.2 Campo organizacional	46
3.2.3 O papel das instituições	47
3.3 PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	48
3.3.1 Fases do processo de institucionalização.....	49
3.3.1.1 Habituação ou estágio pré-institucional.....	50
3.3.1.2 Objetificação ou estágio semi-institucional.....	51
3.3.1.3 Sedimentação ou estágio de total institucionalização	52
3.4 ISOMORFISMO INSTITUCIONAL.....	54
3.4.1 O isomorfismo coercitivo	54
3.4.2 O isomorfismo mimético.....	55
3.4.3 Isomorfismo normativo	56
3.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	56

4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	59
4.1 SURGIMENTO DO <i>HOME CARE</i> E BREVE HISTÓRICO NO BRASIL.....	59
4.2 CONCEITO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	62
4.3 ENFERMAGEM E A ATENÇÃO DOMICILIAR.....	63
4.4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR OFERECIDA PELO SUS.....	64
4.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	67
5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DO PODER LEGISLATIVO FEDERAL	70
5.1 DOS TIPOS DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE.....	71
5.2 CÂMARA DOS DEPUTADOS: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PRÓ-SAÚDE.....	72
5.2.1 Deputados federais	73
5.2.2 Recursos financeiros do PRÓ-SAÚDE	74
5.2.3 Assistência domiciliar ofertada pelo PRÓ-SAÚDE	74
5.3 SENADO FEDERAL – SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE – SIS	75
5.3.1 Surgimento e características do SIS	75
5.3.3 Senadores da República.....	77
5.4 ESTRUTURA DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE.....	80
5.5 CÔNVENIO ENTRE O SENADO E A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	86
5.6 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO SENADO FEDERAL – LINHA DO TEMPO	88
5.7 ESPECIFICIDADES DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO SENADO FEDERAL.....	92
5.8 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	95
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
6.1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO SENADO FEDERAL.....	98
6.1.1 Análise da institucionalização	99
6.1.1.1 Habituação: o surgimento da assistência domiciliar no Senado Federal.....	99
6.1.1.2 Objetificação: consenso e difusão da assistência domiciliar do Senado Federal	104
6.1.1.3 Sedimentação: a consolidação da assistência domiciliar no Senado Federal.....	110
6.2 VARIÁVEIS DE ANÁLISE PARA VERIFICAÇÃO DE ISOMORFISMO – SENADO FEDERAL X SUS.....	116
6.2.1 Critérios de elegibilidade.....	116
6.2.1.1 Critérios clínicos.....	116
6.2.1.2 Critérios administrativos	117

6.2.2 Necessidade de prontuários	118
6.2.3 Serviços	119
6.2.4 Cadastro de empresas públicas e privadas.....	119
6.2.5 Critérios de alta.....	120
6.2.6 Regime de financiamento	121
6.3 AVALIANDO A OCORRÊNCIA DE ISOMORFISMO INSTITUCIONAL	121
6.3.1 Índícios de isomorfismo coercitivo	122
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	142
ANEXO A – Tabela de avaliação de complexidade assistencial - ABEMID.....	144
ANEXO B – Tabela para planejamento de atenção domiciliar - NEAD.....	145

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa consiste em uma análise da assistência domiciliar¹ (AD) oferecida pela rede credenciada do plano de saúde do Senado Federal (SF). Tem-se por intenção verificar a existência de isomorfismo² institucional e o grau de institucionalização³ dessa assistência à luz do neoinstitucionalismo⁴, aspectos abordados no arcabouço teórico deste trabalho.

A assistência domiciliar é definida como uma modalidade de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, de reabilitação e de promoção à saúde prestadas em domicílio, garantindo-se continuidade de cuidados (BRASIL, 2016a). Trata-se de um modelo que tem se expandido no cenário mundial em resposta às alterações demográficas, epidemiológicas e sociais. Sua relevância deve-se à necessidade de viabilidade e sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, assim como ao interesse por uma proposta de cuidado que promova mais tranquilidade aos usuários e às suas famílias, reduzindo as disparidades em saúde (BRASIL, 2014a). Entende-se que esse modelo de assistência pode auxiliar, em boa medida, a manutenção da sustentabilidade de planos de saúde, devido à redução da necessidade de gastos com hospitais, bem como contribuir para a saúde mental dos beneficiários, já que a própria casa é o lugar preferido pelos idosos e suas famílias para viver, mesmo na presença de problemas de saúde crônicos e/ou elevada dependência (WILKERSON, 2004).

Contudo, devido ao progressivo envelhecimento da população brasileira aliado à alteração da estrutura e dinâmica familiar (com destaque para a integração da mulher no mercado formal de trabalho), à elevada incidência de doenças crônicas e incapacidade na velhice e à insuficiência dos serviços de saúde, é difícil a manutenção dos idosos no domicílio (PIMENTEL, 2001). Acrescente-se a este fato a necessidade de se atingir os critérios de elegibilidade para a instalação de *home care*⁵ nas residências.

¹ Os termos assistência e atenção domiciliar serão usados como sinônimos ao longo desta dissertação.

² “Isomorfismo constitui um processo de restrição que força uma unidade em uma população a se assemelhar a outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais” (HAWLEY, 1968 *apud* Di MAGGIO; POWELL, 2005, p.76).

³ “A institucionalização é o resultado do processo isomórfico mediante o qual as unidades de um determinado campo se homogeneízam em termos de suas normas, estruturas e condutas, em razão de estarem submetidas às mesmas pressões do ambiente institucional” (SANTOS FILHO, 2009, p.65).

⁴ “O Neoinstitucionalismo é uma perspectiva teórica que analisa o desempenho de instituições sociais (informais, formais, públicas e privadas), os processos de tomada de decisões, a mediação entre os atores sociais e os representantes dos poderes públicos, e a elaboração e a execução de políticas públicas voltadas para a consolidação de espaços públicos destinados à participação e/ou para o desenvolvimento local” (MIRANDA, 2017, p.59-60).

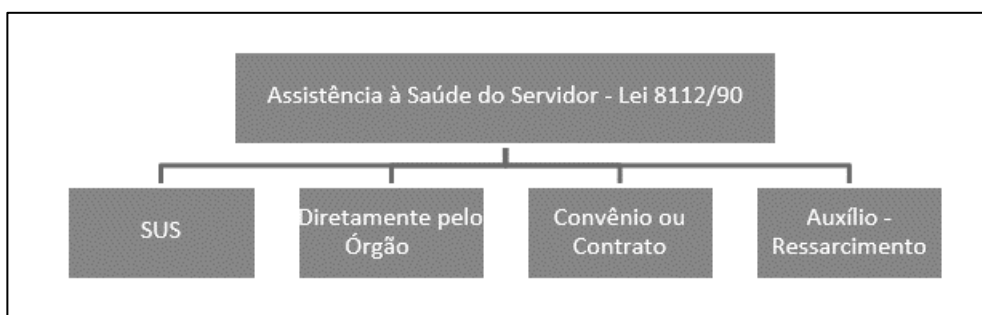
⁵ O termo em inglês *home care* refere-se ao conjunto de atividades em saúde desenvolvidas no domicílio em função da complexidade assistencial.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) estatui, em seu artigo (art.) 196, que 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. No entanto, embora exista uma legislação para regulamentar a AD no Brasil quanto à qualidade do cuidado prestado, sua construção não fez parte do projeto que originou o Sistema Único de Saúde (SUS) nem, tampouco, foi inserida na Constituição Federal (CF), assumindo um lugar de modalidade complementar na atenção à saúde.

A assistência à saúde do servidor público, ativo ou inativo, e de sua família, regulada pelo art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990 (BRASIL, 1990b), compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica. Tem como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde pelo SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato ou, ainda, na forma de auxílio, com ressarcimento parcial do valor despendido com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento.

A Figura 1 expressa que essa assistência é legalmente garantida junto ao SUS, que atende a população, e, de forma suplementar, também por: a) convênio com operadoras de plano de assistência à saúde, organizadas na modalidade de autogestão⁶; b) contrato com operadoras de plano de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.666, de 1993 (BRASIL, 1993a); c) serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou d) auxílio de caráter indenizatório (ressarcimento).

Figura 1 - Mecanismos de acesso à saúde pelo servidor público – Lei nº 8112/1990



Fonte: Elaborada pela autora, com base em Brasil, 1990b.

⁶ “Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos” (ANS, 2017).

A atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação⁷ do Poder Público recebe o nome de saúde suplementar. Nos termos do que dispõe a Lei nº 9.656⁸, de 1998 (BRASIL, 1998), considera-se operadora de plano de assistência à saúde a “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato visando à assistência médica, hospitalar e odontológica”. Destaca-se que, na saúde suplementar, a AD pode ser oferecida pelas operadoras como alternativa à internação hospitalar.

Apesar de a AD não estar prevista no rol dos procedimentos de cobertura obrigatória dos planos de saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS⁹) ou na Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não há impedimentos para que os planos ofereçam a cobertura, tratando-se, deste modo, de uma discricionariedade.

As instituições públicas federais possuem, em sua maioria, contratos com operadoras de planos de saúde ou planos de saúde na modalidade de autogestão. No caso do Congresso Nacional, ambas as Casas, atualmente, possuem seus próprios planos de saúde de autogestão. Portanto, o gerenciamento, administração e beneficiários dos planos de saúde da Câmara dos Deputados (CD) e do Senado Federal (SF) são específicos de cada Casa, apesar de as duas utilizarem a rede credenciada do Saúde CAIXA.

O plano de saúde do Senado Federal, denominado Sistema Integrado de Saúde (SIS), em particular, tem por finalidade proporcionar aos servidores ativos e inativos do Senado Federal e a seus dependentes, bem como aos pensionistas dos servidores efetivos do Senado Federal, ativos ou inativos, assistência com vistas à prevenção de doenças e à promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 2012b). Trata-se de um plano de assistência à saúde na modalidade de autogestão, de associação restrita aos servidores do Senado Federal e seus dependentes, sem finalidade lucrativa, diferenciando-se, portanto, das

⁷ “De forma simplificada, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público” (ANS, [2019]).

⁸ Conforme registra a Lei nº 9.656, de 1998, plano privado de assistência à saúde consiste em “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor” (BRASIL, 1998).

⁹ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. (ANS, [2019]).

operadoras de planos de saúde comerciais, as quais são abertas ao mercado e reguladas pela ANS.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Sabe-se que o SIS tem observado o crescimento dos custos dos serviços oferecidos, especialmente na área hospitalar, pois recentemente se preocupou em realizar um estudo atuarial. Além dos custos a ela associados, a assistência hospitalar de longo prazo tem sido frequentemente questionada por apresentar uma abordagem tecnicista, descontextualizada da história de vida dos usuários (REHEM; TRAD, 2005).

Para se obter um atendimento mais humanizado, têm-se procurado alternativas à intervenção hospitalar, ressaltando-se as ações de assistência à saúde no contexto domiciliar. São estratégias racionalizadoras que visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados, mas que incluem, também, uma preocupação com uma humanização da atenção (REHEM; TRAD, 2005). Nesse sentido, a assistência domiciliar do SIS tem sido considerada uma modalidade alternativa de atenção à saúde dos beneficiários desse plano.

Dada a necessidade de se criar uma normatização, o SIS regulamenta a assistência domiciliar por meio de Instrução Normativa (IN) aprovada por seu Conselho de Supervisão. A AD é entendida, assim, como sendo o conjunto de atividades desenvolvidas em domicílio em função da complexidade assistencial e avaliação socioambiental, realizado por equipe multiprofissional de saúde, tendo a obrigatoriedade de acompanhamento médico ou de enfermagem. Tal regulamentação entende, ainda, que se trata de ações de promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas fora do ambiente hospitalar e adequadas às necessidades do beneficiário:

O Conselho de Supervisão é o órgão superior de deliberação do SIS, cabendo-lhe fixar diretrizes administrativas e operacionais e adotar as decisões estratégicas que garantam a sustentabilidade das ações de prevenção de doença e a promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde dos beneficiários inscrito no Sistema (BRASIL, 2012b).

Conforme registra a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), o programa de atenção domiciliar (PAD) do SIS pode ocorrer em quatro modalidades: cuidador, assistência de enfermagem sem internação domiciliar, oxigenoterapia e internação domiciliar (*home care*). A assistência multidisciplinar poderá contemplar fisioterapia, nutrição, enfermagem,

fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e outros profissionais a serem avaliados e autorizados pela perícia do SIS.

Baseado nisso, entende-se que, na área da saúde, o trabalho em equipe, seja ele multiprofissional ou interdisciplinar, é apontado como o mais próximo do ideal. Trata-se de uma visão holística, em que os saberes se complementam em busca da visão do homem como um ser integral. Dessa forma, o trabalho em saúde deve ser, por si só, coletivo, haja vista que (i) somente uma área não abrange a totalidade da demanda apresentada, (ii) o saber sempre deve ser complementado e (iii) as ações devem ser realizadas coletivamente.

A institucionalização dos serviços de saúde, por sua vez, ocorre de forma anacrônica entre seus diversos setores. Interessa saber de que forma o programa de *home care* do Senado Federal se encontra no tocante às referências da Teoria Institucional. Esta teoria caracteriza-se pelo enfoque dado pelas ciências sociais para explicação da sociedade por intermédio de suas instituições, concentra-se no papel por elas desempenhado, isto é, na influência por elas exercida no comportamento dos atores e na adoção de determinadas políticas.

Acredita-se que, a partir da percepção subjetiva das instituições, observa-se a institucionalização de um procedimento, norma ou estrutura como, por exemplo, o programa do *home care*. Parte daí o interesse em pesquisar o padrão institucional do programa de *home care* oferecido pelo Senado Federal, a partir da institucionalização da assistência domiciliar ofertada pelo SIS.

1.2 PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE PESQUISA

Apesar de existirem estudos organizacionais no Senado e um amplo regramento do plano de saúde, observa-se que o debate sobre a oferta de assistência domiciliar pela instituição ainda é incipiente, talvez por ser um tema historicamente recente. Acredita-se que essa análise do fenômeno organizacional do *home care* por meio da Teoria Neoinstitucionalista poderá fornecer subsídios para uma gestão mais ciente da importância desse programa para o plano de saúde do SF.

Além disso, buscaram-se produções acadêmicas que tratassem de assistência domiciliar no âmbito do Poder Legislativo, mas não foram encontradas referências com essa delimitação de tema. Acredita-se, então, que seja necessário aprofundar a discussão, de forma a possibilitar uma avaliação mais abrangente do processo de institucionalização da assistência

no Senado Federal, tendo em vista, especialmente, a discricionariedade da oferta dessa assistência pelos planos de saúde¹⁰.

Considerando que as investigações organizacionais sob o enfoque institucional procuram descobrir como se dá a mudança organizacional, seguindo uma espécie de roteiro para tornar a estrutura institucionalizada, esta pesquisa traz a análise do possível roteiro seguido pelas normatizações da assistência domiciliar do Senado Federal. Nele, serão consideradas principalmente as fases de habitualização, objetificação e sedimentação, conceitualizadas pelas autoras Tolbert e Zucker (1998), sobre as forças causais críticas que levam às fases da institucionalização e às características de cada uma delas.

Considerando as informações ditas anteriormente, esta pesquisa visa responder às seguintes perguntas:

1) Em qual estágio está o processo de institucionalização da assistência domiciliar – *home care* do Senado Federal?

2) Há evidências de isomorfismo institucional nesse processo?

Parte-se, primeiramente, do aporte teórico da Teoria Institucional (neoinstitucionalismo sociológico), que inclui, portanto, além das regras e procedimentos ou normas formais, os sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais. Aqui se evidencia que, na visão do institucionalismo sociológico, fatores como produtividade e eficiência não são preponderantes para a sobrevivência das estruturas organizacionais. As escolhas institucionais guardam relação com os sistemas culturais. Assim, refletem o entendimento socialmente aceito (HALL; TAYLOR, 2003).

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A pesquisa enquadra-se na linha do mestrado “Gestão Pública no Poder Legislativo” e justifica-se, primeiramente, devido ao fato de o serviço de *home care* não ser de cobertura obrigatória para os planos de saúde, inclusive para o SIS. Apesar de existirem diversos projetos de lei tramitando no Congresso Nacional com o intuito de incluir o *home care* no rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde, a oferta dessa assistência ainda é discricionária para cada plano, o que torna sua existência vulnerável, deixada ao arbítrio de decisões gerenciais e políticas precárias. Desta maneira, o estudo mostra-se relevante por possibilitar uma melhor

¹⁰O fato de a assistência domiciliar não ser de cobertura obrigatória pelos planos de saúde é interpretada como um ponto sensível dessa temática.

compreensão do impacto da oferta de AD no Senado Federal, especialmente do ponto de vista da Teoria Institucional. Assim, a discussão sobre a presença de isomorfismos e o grau de institucionalização da assistência domiciliar do SF revela-se valiosa para esta pesquisa, pois possibilita uma melhor visualização da importância dessa assistência.

Destaca-se a necessidade do uso da Teoria Institucional, por ela reconhecer que existem organizações cuja produção é difícil de avaliar por meio de critérios técnicos. Para o SIS, por exemplo, é muito complexo mensurar o quanto, exatamente, os pacientes estão se beneficiando por estarem utilizando o serviço de *home care*. Acredita-se que, quanto mais o beneficiário usufrui dessa assistência, maior se torna sua expectativa de vida em comparação ao beneficiário que utiliza apenas assistência hospitalar. Mas como comprovar isso? Existem diversas referências que citam que a AD evita complicações hospitalares, aumenta o conforto do paciente e proporciona um cuidado individualizado. No entanto, não é possível mensurar quanto de tempo de vida o paciente que usufrui desse tipo de assistência ganha, por exemplo, em comparação com a hipótese do uso da assistência hospitalar em situações equivalentes. Assim, um estudo que evidencie o grau de relevância do *home care*, sob os aspectos fomentados pela Teoria Institucional, pode ser relevante para o SIS, bem como para seus beneficiários.

Conforme apontam Santos Filho *et al.* (2010), essa teoria entende que a mudança nas organizações ocorre de uma forma diferenciada, abrindo espaço para uma análise mais cuidadosa que as compreende como resultantes de um processo histórico e social. Nesse sentido, traçar uma linha do tempo do surgimento dessa assistência possibilita um melhor entendimento do seu grau de institucionalização dentro do Senado Federal.

Considerando que os teóricos dessa corrente sustentam que as práticas adotadas não deveriam ser explicadas pela sua eficácia, mas por sua inserção cultural, acredita-se que se administra melhor aquilo que se tem conhecimento. Portanto, existe a expectativa de que a pesquisa contribua para os gestores do SIS e para o meio científico organizacional, a partir do momento que aspectos essenciais da assistência domiciliar oferecida pelo plano de saúde do Senado Federal fiquem evidentes para a Administração pública.

Ressalta-se, ainda, que não há interesse em julgar como certas ou erradas as especificidades da assistência domiciliar do Senado. A pesquisa também não se destina a propor soluções a qualquer problema decorrente da existência dessas estruturas. O que se pretende é trazer mais informação sobre o tema da assistência domiciliar e analisar elementos sob a ótica da Teoria Institucional, que muito tem contribuído para análises de gestão na Administração pública.

1.4 OBJETIVOS

Os objetivos gerais desta pesquisa são: analisar o fenômeno organizacional do programa de *home care* do Senado Federal, com enfoque no processo de institucionalização e buscar evidências, por meio de variáveis, que corroborem o entendimento de isomorfismo institucional e suas vertentes teóricas.

Como objetivos específicos, listam-se:

- a) Realizar uma contextualização histórica da assistência domiciliar do Senado Federal, desde a sua criação até os dias atuais;
- b) identificar a ocorrência e o grau de institucionalização da assistência domiciliar do Senado Federal;
- c) discutir em que medida o modelo de trabalho adotado pelo Senado Federal caminha para a modificação, institucionalização ou extinção, tendo por base a Teoria Institucional.
- d) verificar se há ocorrência de isomorfismo institucional e suas vertentes nesse processo de apropriação; e
- e) estabelecer um panorama com critérios comparativos das características relativas à assistência domiciliar no SUS e no Senado Federal.

1.5 ESTRUTURA DE CAPÍTULOS

Para alcançar os objetivos propostos, o texto é composto por seis capítulos. No primeiro, abordam-se os aspectos metodológicos empregados para se alcançar o entendimento referente à disponibilização do *home care* pelo plano de saúde do Senado Federal, levando-se ainda em consideração a normatização interna elaborada por aquela Casa Legislativa. Apresenta-se, ainda, a metodologia utilizada para avaliar o grau de institucionalização desse fenômeno.

O segundo capítulo contempla a exposição sobre o fenômeno da ação administrativa à luz da Teoria Institucional, cujos pressupostos apresentam o embasamento teórico que permite a avaliação do grau de institucionalização da assistência domiciliar no âmbito do Senado Federal. Fundamenta-se, ainda, o isomorfismo institucional enquanto fator gerador de mudança organizacional e teoria de base que norteia a discussão.

O terceiro capítulo diz respeito aos principais conceitos e aspectos normativos envolvidos na oferta de *home care* pelo Senado Federal. O quarto, por sua vez, contém a

descrição, de forma sumária, da questão da função administrativa do Poder Legislativo exercida de forma atípica. Faz-se, ainda, uma delimitação do objeto de estudo, explicitando-se quais são as características estruturais do SIS.

O quinto capítulo é destinado à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, provenientes da análise dos dados levantados pela pesquisa documental e em entrevistas. No sexto, por fim, são procedidas as considerações finais a título de conclusão do trabalho, avaliando-se as respostas às questões de pesquisa e, ainda, a aplicabilidade do modelo desenvolvido pelo Senado Federal.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa pertence à área das ciências sociais e constitui-se em um estudo de caso com os objetivos de a) analisar o fenômeno organizacional do programa de *home care* do Senado Federal, com enfoque no processo de institucionalização e b) buscar evidências, por meio de variáveis, que corroborem o entendimento de isomorfismo institucional e suas vertentes teóricas.

2.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DA PESQUISA

No campo dos estudos organizacionais, tem prevalecido o enfoque sociológico que, ao valorizar propriedades simbólico-normativas das estruturas, abre novas possibilidades para a pesquisa empírica, especialmente por expandir a compreensão sobre dimensões do ambiente e, conseqüentemente, sobre as relações interorganizacionais que ali ocorrem (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2005).

Nesse sentido, esta pesquisa procura ampliar o conhecimento sobre a organização do plano de saúde do Senado Federal, explicitando mais detalhadamente a oferta de assistência domiciliar por esse órgão. No que concerne à natureza dos dados, a pesquisa classifica-se como qualitativa, pois tende a analisar documentos e bibliografias, bem como examinar a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de determinadas variáveis. Embora as diferentes disciplinas das ciências sociais utilizem métodos qualitativos de maneira levemente distinta, de modo geral, os métodos usados na pesquisa qualitativa incluem observação direta, entrevistas, análises de textos ou documentos e análise de discurso ou comportamentos gravados com uso de fitas de áudio e vídeo (POPE; MAYS, 2009).

A pesquisa tem caráter exploratório e descritivo, pois realiza descrições da situação da assistência domiciliar ofertada no Senado e pretende descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes. Assim, ressalta-se que houve uma correlação das variáveis, sem, no entanto, haver manipulação dos dados registrados e analisados.

De acordo com Gil (2010), a pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema e o aprimoramento de ideias. Já a descritiva tem como foco estudar e descrever características do objeto em estudo. Essas compreensões são vistas neste trabalho, a partir da busca de conhecimento a respeito da assistência domiciliar, procurando-se, ainda, entender as diversas características dessa assistência, tais como, por

exemplo, critérios e variáveis que possibilitam averiguar a existência de isomorfismo institucional, bem como o processo de institucionalização dessa assistência no Senado Federal.

2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A estratégia metodológica de estudo de caso foi definida para o presente trabalho. O estudo de caso deve ter preferência quando se pretende examinar eventos contemporâneos, em situações em que não se podem manipular comportamentos relevantes e é possível empregar duas fontes de evidências, que são a observação direta e uma série sistemática de entrevistas. O estudo de caso tem, ainda, a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações (YIN, 2001).

Assim, conforme argumenta Gil (2010), os estudos de caso requerem a utilização de múltiplas técnicas de coleta de dados. Isso é relevante para garantir o aprofundamento necessário à pesquisa e para ampliar a credibilidade dos resultados.

Os fenômenos aqui estudados decorrem do processo de institucionalização da assistência domiciliar do Senado Federal, assim como da averiguação da presença de isomorfismo entre as assistências domiciliares de *home care*.

Considerando que o trabalho de campo é projetado para gerar dados que possam ser usados para identificar e refinar indutivamente questões específicas de pesquisa, realizaram-se entrevistas com os servidores que fazem ou fizeram a gestão da assistência domiciliar no Senado Federal, analisaram-se documentos e coletaram-se dados qualitativos sobre padrões de uso de serviços. É a partir da utilização de procedimentos diversos que se torna possível a triangulação, que auxilia para obtenção da corroboração do fato ou do fenômeno. Com o tempo, os dados foram usados para desenvolver uma estrutura conceitual e para responder com maior precisão às questões de pesquisa. O levantamento de dados foi elaborado por meio de pesquisa documental (ou fontes primárias), pesquisa bibliográfica (ou fontes secundárias) e entrevistas.

A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados será baseada em documentos, escritos ou não, formando o que se entende por fontes primárias. Essas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre ou depois (LAKATOS; MARCONI, 2010). Nesta pesquisa, foram utilizados os dados contidos no Regulamento Administrativo do Senado Federal (BRASIL, 2018b), no Regulamento do SIS (BRASIL, 2018c) e na IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), que trata especificamente da assistência domiciliar no Senado Federal. Já no que concerne ao SUS, foram analisadas as informações contidas na legislação que

regulamenta o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, nomeadamente a Resolução RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), a Portaria nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), bem como demais cadernos que tratam de atenção domiciliar do Ministério da Saúde (MS).

No tocante à pesquisa bibliográfica, esta abrange toda a bibliografia publicada em relação ao tema de estudo, a exemplo de boletins, publicações avulsas, jornais, revistas, livros, monografias, dissertações, teses. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos de alguma forma, quer publicadas, quer gravadas (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Ademais, pelo fato de o estudo fazer uso de abordagem qualitativa, o método escolhido para a verificação dos dados coletados nas entrevistas foi o da análise de conteúdo. Após a realização da coleta de dados, seguiram-se as tarefas da análise e discussão dos dados e, finalmente, a conclusão do trabalho.

2.3 ANÁLISE DO GRAU DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

O objetivo de identificar a ocorrência e o grau de institucionalização da assistência domiciliar do Senado para a pesquisa foi verificado a partir do estudo do institucionalismo sociológico e modelagem formulada por Tolbert e Zucker (1998). Para isso, realizaram-se entrevistas com os gestores do SIS, com a finalidade de investigar os estágios de institucionalização (habitualização, objetificação e sedimentação)¹¹. Cada estágio foi composto por forças causais e características com poder de explicação para o processo de institucionalização das estruturas organizacionais. Relacionaram-se, durante a análise dos documentos e das entrevistas, as forças causais e características evidenciadas em cada fase do processo de institucionalização.

Adicionalmente, foram necessários alguns ajustes para adequar a presente pesquisa à modelagem de Tolbert e Zucker (1998). A força causal “forças de mercado” foi substituída por “forças do campo organizacional”, em razão de o presente estudo envolver o Senado Federal, órgão da Administração direta, sem fins lucrativos, portanto. Considera-se, assim, que a terminologia “força do campo organizacional” seja mais adequada. Outro ajuste realizado foi a substituição da característica “inovação” por “novo arranjo organizacional”.

¹¹As entrevistas com os gestores do SIS que subsidiarão a investigação dos estágios de institucionalização do programa de *home care* do Senado estarão mais detalhadas no capítulo 6, que trata dos resultados da pesquisa.

O Quadro 1 faz referência aos elementos utilizados para identificação das forças causais e características presentes em cada fase da institucionalização.

Quadro 1 - Variáveis e Forças Causais

HABITUALIZAÇÃO			
Aspectos de análise	Elementos	Referências	Variáveis
F O R Ç A S C A U S A I S	Tecnologia	A tecnologia tende a ser inovadora e, portanto, novos produtos irão estabelecer novos mercados (DAFT, 1999). Baptista (2009) possui uma visão distinta de institucionalização como sendo a incorporação gradual da tecnologia nos hábitos e rotinas dos colaboradores de uma organização.	Existência de mudanças ou inovações da tecnologia que estimularam a disponibilização do <i>home care</i> pelo Senado Federal
	Forças do campo organizacional	São vários os motivos que acarretam mudanças nas instituições. Podem ser por fatores que viabilizaram uma nova orientação técnica, novas legislações ou talvez por arranjos políticos internos que incentivam a mudança (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Pressões do campo organizacional
	Novos arranjos políticos		Ocorrência de ação política ou outros fatores
C A R A C T E R Í T I C A S	Novos arranjos estruturais	A organização, normalmente, aceita essa nova estrutura em resposta a dificuldades ou a conjuntos de problemas organizacionais específicos. Esses processos resultam em estruturas que podem ser classificadas como um estágio de pré-institucionalização (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Ocorrência de alteração da estrutura do plano de saúde
	Ações de isomorfismos	Processo de homogeneização resultante de pressões formais e informais exercidas sobre as organizações (DIMAGGIO e POWEL, 1991).	Existências de ações isomórficas

(continua)

(continuação)

OBJETIFICAÇÃO			
Aspectos de análise	Elementos	Referências	Variáveis
F O R Ç A S C A U S A I S	Monitoramento organizacional	Monitoramento realizado pelas organizações junto aos seus concorrentes, que permite visualizar os benefícios de uma estrutura pré-testada (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Entende-se, para fins deste trabalho, em vez de concorrentes, órgãos públicos ou entidades afins.	Atividades de monitoramento em outras instituições
	Teorização	Desenvolvimento de teorias que diagnostiquem as fontes de insatisfação ou de fracasso de modo compatível com a apresentação de uma estrutura específica como solução ou tratamento. (TOLBERT; ZUCKER, 1998)	Justificativas que demonstrem a importância do <i>home care</i> para o Senado Federal
C A R A C T E R Í T I C A S	Difusão	As formas organizacionais tornam-se mais legítimas quando se espalham (DIMAGGIO e POWEL, 1991).	Ações que corroboram para a disseminação da nova estrutura
	Consenso social entre os decisores	A objetificação, que acompanha a difusão da estrutura, envolve o desenvolvimento de um certo grau de consenso social entre os decisores da organização a respeito do valor da estrutura, e a crescente adoção pelas organizações (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	O valor atribuído ao programa de <i>home care</i>
	Presença dos <i>champions</i>	Um grupo que tem interesse na estrutura pode promover sua difusão (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Ação de pessoas ou grupos incentivadores
	Legitimidade	Para a manutenção das organizações, a busca pela legitimidade às vezes é mais importante do que o próprio desempenho das organizações (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	O valor atribuído ao programa de <i>home care</i>

(continua)

(continuação)

SEDIMENTAÇÃO			
Aspectos de análise	Elementos	Referências	Variáveis
F O R Ç A S C A U S A I S	Baixa resistência da oposição	A baixa resistência dos opositores garante a perpetuação ao longo do tempo da nova estrutura adotada (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Aceitação da nova estrutura organizacional
	Apoio dos defensores	Apoio continuado dos grupos que se beneficiam com a nova estrutura (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Apoio à continuidade da estrutura
	Correlação positiva com os resultados esperados	É necessária uma relação positiva entre a institucionalização e os resultados (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Resultados positivos associados à nova estrutura
C A R A C T E R Í T I C A S	Continuidade histórica da estrutura	Continuidade histórica da estrutura adotada (TOLBERT; ZUCKER, 1998).	Tempo de existência do programa de <i>home care</i>

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Tolbert e Zucker (1998).

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta fase da pesquisa foi a entrevista, a qual, conforme apontam Cervo e Bervian (2007), é conceituada como uma conversa orientada para um objetivo definido: recolher, por meio do interrogatório do informante, dados para a pesquisa.

Ainda segundo Cervo e Bervian (2007), a entrevista tornou-se, nos últimos anos, um instrumento do qual se servem constantemente os pesquisadores em ciências sociais e psicológicas. Eles se valem das entrevistas sempre que buscam a obtenção de dados que não podem ser encontrados em fontes documentais e que, por outro lado, podem ser fornecidos por determinadas pessoas.

2.3.1 Entrevistas

O tipo do formato de entrevista escolhido foi o semiestruturado. A entrevista semiestruturada permite uma maior flexibilidade e pode ser complementada por outros assuntos (GIL, 2010). Além disso, considera-se que a institucionalização de um procedimento, norma ou estrutura está diretamente vinculada à percepção subjetiva, aceitação e reconhecimento por parte dos atores envolvidos no processo. Assim, a realização de entrevistas com perguntas preestabelecidas feitas a atores-chave no processo de gestão da assistência domiciliar do Senado Federal pareceu-nos uma maneira adequada para se descobrir a etapa do processo de institucionalização atualmente experimentado.

As entrevistas foram realizadas junto aos servidores, gestores e coordenadores do SIS que trabalham com a assistência domiciliar. Os servidores estão envolvidos diretamente com a gestão, auditoria e perícia técnica necessária para a continuidade da assistência de *home care*.

Foram selecionados seis servidores do Senado Federal. Dessa forma, entrevistamos dois coordenadores do SIS, um dos quais tinha atuado na elaboração da IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), que trata da assistência domiciliar do SF, e o outro esteve responsável pela gestão da assistência domiciliar do órgão. Foram entrevistados, ainda, uma médica que tinha participado da equipe do Conselho de Supervisão do SIS; um chefe de serviço que atua no Serviço Médico de Emergência – SEMED; duas enfermeiras que tinham trabalhado na perícia e auditoria do *home care* no Senado; e uma servidora que tinha atuado na coordenação do Serviço de *home care* durante a origem da AD do Senado Federal.

Para a realização da entrevista, primeiramente foi esclarecido a todos os entrevistados o objetivo da pesquisa. Após receber o consentimento de gravação, foi aplicado um questionário semiestruturado contendo 14 perguntas (Quadro 2). As entrevistas foram efetuadas com questões que refletem os estágios de institucionalização (habitualização, objetificação e sedimentação), e seu roteiro está contido no Apêndice 1. Em seguida, realizou-se a degravação das entrevistas. As informações transcritas formaram, em grande medida, o *corpus* da pesquisa.

Quadro 2 - Variáveis, questões e objetivos

Estágios	Variáveis	Questões	Objetivos
H A B I T U A L I Z A Ç Ã O	Tecnologia	Acredita que o avanço da tecnologia é importante para possibilitar o acompanhamento de pacientes em home care? Por quê?	Identificar se houve mudanças de tecnologia que estimularam a prática do <i>home care</i>
	Pressões do campo organizacional	Em sua opinião, qual a motivação para a adoção da assistência domiciliar pelo plano de saúde do Senado Federal? (ex.: legislação, pressões de outros órgãos, ciência etc.).	Encontrar as causas para a oferta de assistência domiciliar pelo Senado Federal
	Procedimentos e alteração em estrutura	Tem conhecimento de procedimento (s) (ex.: rotinas, instruções normativas, portarias etc.) e alteração de estruturas (ex.: pessoal, sistemas etc.) que o Senado já adotou para a disponibilização da assistência de home care? Se sim, qual(is)?	Identificar procedimentos estabelecidos e alteração em estrutura para desenvolvimento da oferta de <i>home care</i> pelo Senado
	Ações de isomorfismo	Conhece outros órgãos públicos que disponibilizam assistência domiciliar de forma parecida com o Senado? Se sim, qual(is)?	Verificar o conhecimento de isomorfismo
O B J E T I F I C A Ç Ã O	Disseminação da assistência domiciliar	O que tem sido feito para propagar e disseminar a assistência domiciliar do Senado Federal?	Encontrar ações para difusão e compartilhamento da disponibilização de assistência domiciliar
	Valor positivo e aceitação atribuídos à oferta de assistência domiciliar	Quais as vantagens e desvantagens quanto à oferta de assistência domiciliar?	Identificar se há legitimidade para a manutenção da oferta de assistência domiciliar
	Monitoramento organizacional (avaliações, auditorias, experiências e <i>benchmarking</i>)	Tem conhecimento de atividades do Senado para interagir e observar a experiência de outras instituições na disponibilização de assistência domiciliar (ex.: participação de servidores em seminários ou congressos da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), benchmarking, etc.)? Se sim, qual(is)? Tem conhecimento de avaliação ou auditoria da Secretaria de Controle Interno, do Conselho de Supervisão ou do Conselho Fiscal do Fundo de Reserva para averiguar se o Senado está disponibilizando assistência domiciliar? Se sim, qual(is)?	Encontrar ações de monitoramento organizacional exercido pelo Senado Federal ou por outras instituições

(continua)

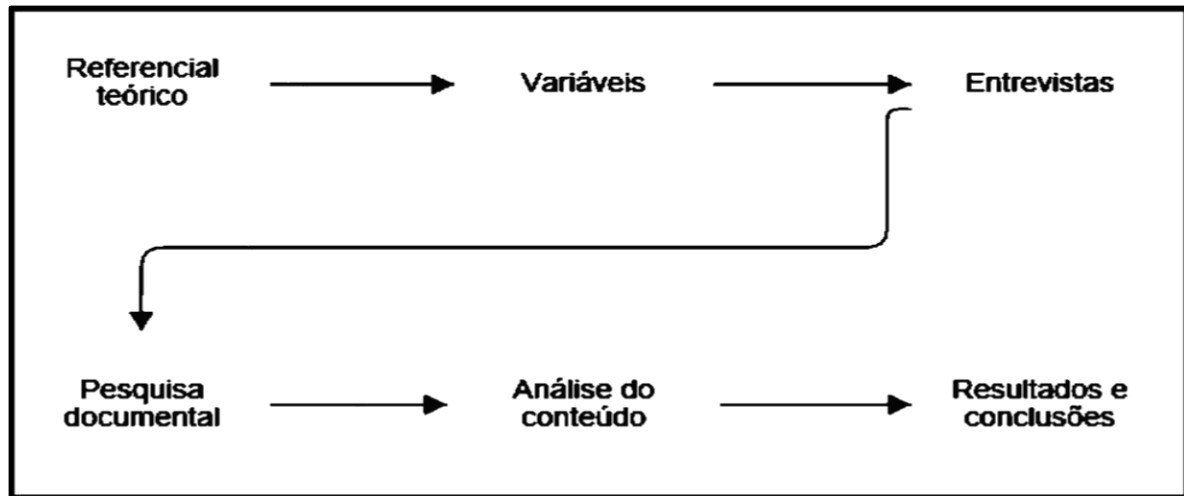
(continuação)

	Teorização (normas, instruções normativas, estudos, pareceres e notas técnicas para amparar a nova estrutura)	Tem conhecimento de normas, instruções normativas, estudos, pareceres ou notas técnicas que amparem ou instrumentalizem a oferta de assistência domiciliar pelo Senado Federal? Se sim, qual(is)?	Identificar se houve disseminação de justificativas para sustentar a necessidade da mudança organizacional
	Consenso social e legitimidade	O que o serviço de home care representa para o plano de saúde? Que valor ele possui?	Identificar o valor atribuído à assistência domiciliar ofertada pelo Senado Federal
S E D I M E N T A Ç Ã O	Resultados positivos	A disponibilização de assistência domiciliar apresenta algum resultado positivo para a tomada de decisão dos gestores? Se sim, qual(is)?	Observar a existência de resultados positivos para a tomada de decisão
	Atuação de grupo ou setor de resistência	Existe atuação de grupo(s) ou setor(es) (controle interno, gestores ou profissionais da área técnica) com resistência à oferta de assistência domiciliar? Se sim, qual(is)?	Identificar ações de grupos de resistências
	Atuação de grupos ou setor de apoio	Conhece grupo(s) ou setor(es) (controle interno, gestores ou profissionais da área técnica) com importante apoio à oferta de assistência domiciliar? Se sim, qual(is) e por quê?	Identificar ações de grupo de defesa
	Tempo de disponibilização de assistência domiciliar no Senado Federal	Acredita na continuidade da disponibilização de assistência domiciliar pelo Senado Federal? Justifique sua resposta.	Entender o grau de perenidade e manutenção da disponibilização de assistência domiciliar pelo Senado Federal

Fonte: Elaborado pela autora.

A representação esquemática desta fase da pesquisa (análise do processo de institucionalização do programa de home care do Senado Federal) pode ser observada por meio do fluxograma representado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de grau de institucionalização



Fonte: Elaborada pela autora.

2.4 VARIÁVEIS PARA COMPARAÇÃO ENTRE AS ASSISTÊNCIAS DOMICILIARES – VERIFICAÇÃO DE ISOMORFISMO

Para atingir o outro objetivo geral desta pesquisa – buscar evidências, por meio de variáveis, que corroborem o entendimento de isomorfismo institucional e suas vertentes teóricas, foi realizada uma comparação entre diversas variáveis em busca da presença de ações isomórficas.

A noção da homogeneidade das estruturas e das ações das organizações tem sido um tema bastante relevante para a literatura especializada. Esta, para abordar esse problema, utiliza recorrentemente os princípios institucionais que compreendem a similitude, o isomorfismo em suas diversas formas como uma busca de legitimidade (Quadro 3).

Quadro 3 - Conceitos de isomorfismo

Isomorfismo coercitivo	Resulta de pressões formais e informais exercidas sobre organizações por outras organizações das quais elas são dependentes e por expectativas culturais da sociedade dentro da qual as organizações funcionam (DIMAGGIO; POWELL, 2005).
Isomorfismo mimético	É aquele que imita, sendo ocasionado por incertezas provenientes do meio, sendo estas uma força poderosa que encoraja a imitação “quando tecnologias organizacionais são mal-entendidas/interpretadas, quando metas são ambíguas, ou quando o ambiente cria uma incerteza simbólica, as organizações podem se modelar em outras organizações” (DIMAGGIO; POWELL, 2005).
Isomorfismo normativo	É derivado da profissionalização presente nas organizações (DIMAGGIO; POWELL, 2005).

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Dimaggio e Powell, 2005.

Diante desse cenário, são abordadas as variáveis escolhidas para efeitos de comparação entre os dois tipos de assistência domiciliar (ofertadas pelo Senado e pelo SUS), considerando-se, ainda, a normatização interna estabelecida pelo Senado Federal, a fim de verificar a ocorrência ou não do isomorfismo.

Segundo Richardson (2012), uma variável pode ser entendida como uma característica mensurável de um fenômeno. Lakatos e Marconi (2010) traz, ainda, o seguinte conceito:

Uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional, que contém ou apresenta valores, aspecto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração. Os valores que são adicionados ao conceito operacional, para transformá-lo em variável, podem ser quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços, etc., que se alteram em cada caso particular e são totalmente abrangentes e mutuamente exclusivos. Por sua vez, o conceito operacional pode ser um objeto, processo, agente, fenômeno, problema etc (LAKATOS; MARCONI, 2010, p.121).

No âmbito dos estudos qualitativos, mais precisamente no contexto das ciências sociais, uma classificação mais oportuna refere-se ao tipo da variável. Segundo essa classificação, as variáveis dividem-se em qualitativas e quantitativas. As variáveis quantitativas são facilmente mensuradas em alguma escala, o que não ocorre com as variáveis qualitativas, uma vez que estas indicam a presença ou a ausência de uma qualidade ou atributo.

Normalmente, não é possível estudar fenômenos e relações entre fenômenos sem definir e usar diversas variáveis. Levando-se em consideração a pesquisa documental e bibliográfica realizada neste estudo, o Quadro 4 sintetiza as variáveis escolhidas para a dissertação.

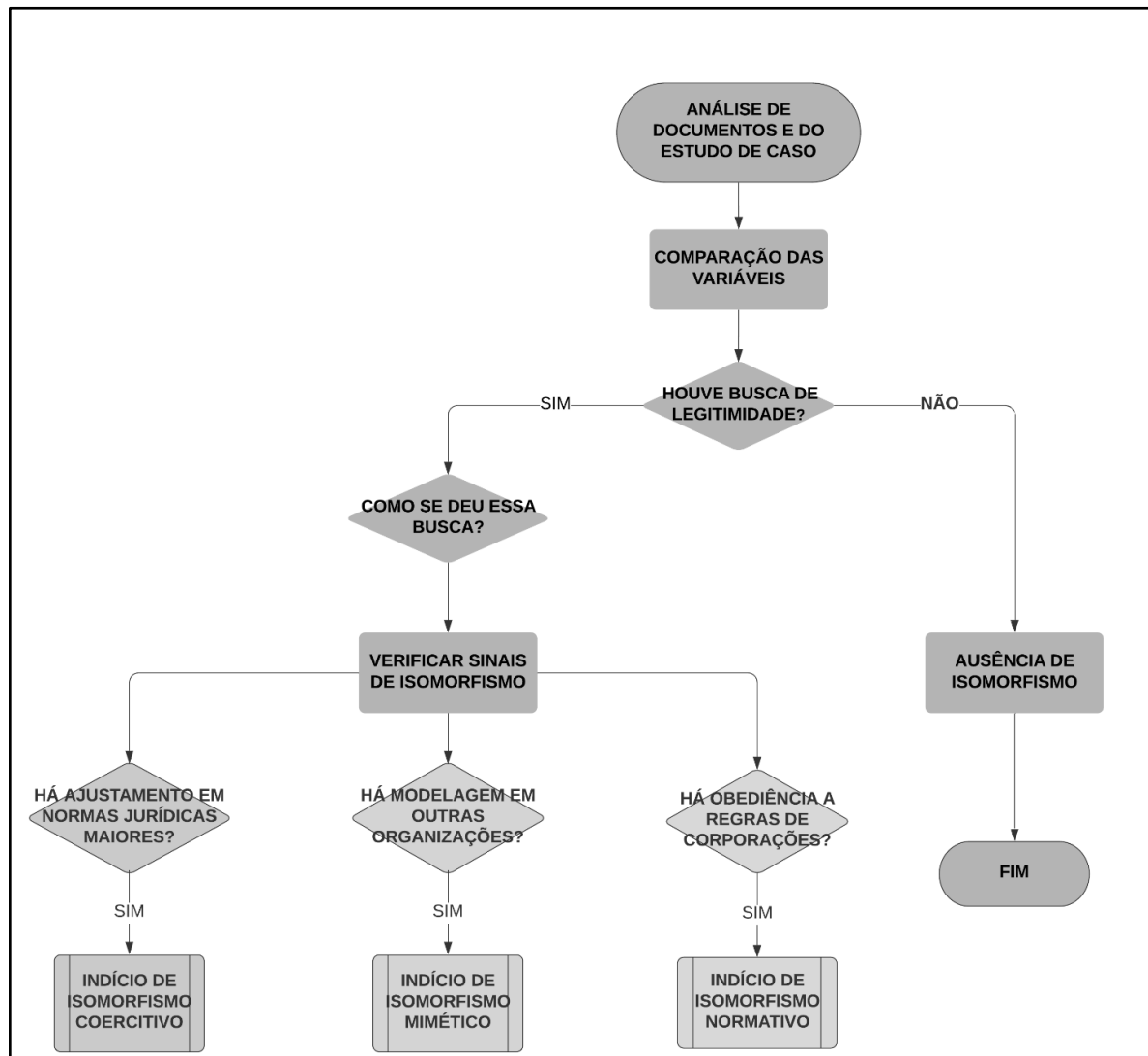
Quadro 4 - Variáveis de comparação

Variável	Tipo	Conceito	Mensuração
População-alvo	Qualitativa	Caracterização do universo de pessoas que podem utilizar o <i>home care</i>	Beneficiários do SIS
	Nominal		Qualquer indivíduo
Critérios de elegibilidade	Nominal	Presença de instrumentos que classificam o <i>home care</i> de acordo com o grau de complexidade	Sim
			Não
Serviços	Qualitativa	Possibilidades de atendimentos das equipes disponíveis aos usuários	Equipe fixa e determinada.
	Nominal		Equipe variável e multidisciplinar
Patologias abrangidas	Qualitativa	Discriminação das patologias que possibilitam a internação domiciliar	Patologias específicas
	Nominal		Qualquer patologia
Necessidade de prontuário no domicílio	Nominal	Manutenção de prontuário no domicílio do beneficiário	Sim
			Não
Necessidade de cadastramento de empresas públicas e privadas de AD	Nominal	Exigência de cadastramento de empresas de assistência domiciliar	Sim
			Não
Critérios de alta do <i>home care</i>	Qualitativa	Critérios possíveis para a alta do paciente	Óbito
	Nominal		Melhora do quadro
Regime de Financiamento	Qualitativa	Sistema utilizado para custear os benefícios	Orçamento público
	Nominal		Orçamento privado

Fonte: Elaborado pela autora.

O processo de comparação entre as variáveis descritas no Quadro 4 segue um fluxograma, que serve como modelo para este trabalho, mas não pretende exaurir todas as possibilidades de análise. Sua representação gráfica consta na Figura 3 e será mais bem explorada no capítulo que trata dos resultados.

Figura 3 - Fluxograma de pesquisa – isomorfismo



Fonte: Elaborada pela autora.

2.5 FONTES DE DADOS DA PESQUISA

Esta pesquisa possui aspectos qualitativos. Foram utilizados diversos instrumentos, tais como pesquisa documental, entrevista e análise de conteúdo para o tratamento dos dados. As principais fontes utilizadas, além da pesquisa bibliográfica, foram a legislação federal (RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), que regulamenta a assistência domiciliar em todo o território nacional), o Regulamento do SIS, a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), que regulamenta a assistência domiciliar no âmbito do SIS e a Portaria nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a). Todas as fontes foram importantes para fundamentar alguns aspectos da verificação do grau de

institucionalização, bem como da comparação entre as assistências domiciliares do Senado Federal e do SUS, em busca do entendimento sobre a possível existência de isomorfismos.

Ressalta-se que outra relevante fonte foi o conhecimento e a percepção dos entrevistados, captados por meio das entrevistas semiestruturadas, as quais foram importantes para subsidiar o entendimento a respeito do grau de institucionalização da assistência domiciliar do Senado Federal, no contexto do institucionalismo sociológico.

Notou-se que a utilização de diversas fontes de informação disponíveis possibilitou que algumas variáveis de análise fossem confirmadas de diferentes formas. Ao obter o cruzamento de vários instrumentos para verificar os dados, formou-se uma triangulação na informação, enriquecendo, dessa forma, a metodologia. No concernente à presença de isomorfismo na assistência domiciliar do SF, em particular, tal fato pôde ser observado, por exemplo, com informações das entrevistas, evidências bibliográficas e normativas.

2.6 ANÁLISE DO CONTEÚDO DA PESQUISA

A análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas utilizadas para examinar dados qualitativos, constituindo-se em uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos e textos. Para esta dissertação, inicialmente, identificaram-se as diferentes amostras de informação que foram analisadas, separando-se, para isso, as referências bibliográficas que seriam utilizadas tanto para verificar o grau de institucionalização do programa de *home care* quanto para verificar a presença de isomorfismo.

Em um segundo momento, a natureza das unidades de análise foi definida, utilizando-se de documentos, tais como o Regulamento do SIS, a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), e a Resolução RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), bem como de variáveis que expressavam o processo de institucionalização, conforme a Teoria Institucional no contexto sociológico. Santos Filho (2009) destaca que a variável tempo assume papel fundamental, pois é ela que vai permitir o encadeamento lógico dos fatos que contribuíram para a institucionalização, assim como a compreensão de como esses fatos foram modificando a organização.

Quando identificadas e codificadas as unidades de análise, partiu-se para a categorização. A categorização, conforme aponta Moraes (1999), é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. As categorias ou aspectos de análise desta pesquisa decorrem da presença de variáveis isomórficas e dos estágios para o processo de institucionalização segundo a modelagem de Tolbert e Zucker (1998). Após definir

as categorias e identificar o material constituinte de cada categoria, informou-se o resultado desta pesquisa. A análise da comparação das variáveis isomórficas e a descrição de forças causais e características presentes nos estágios de institucionalização, evidenciados pelas entrevistas, foram os primeiros momentos dessa comunicação. Procedeu-se, por fim, ao processo de interpretação dos dados.

Ademais, para adequar o estudo à modelagem de Tolbert e Zucker (1998), a força causal “forças de mercado”, presente desde o estágio de habitualização, foi substituída por “forças do campo organizacional”, em virtude do fato de o Senado Federal ser caracterizado como órgão da Administração direta e, portanto, sem fins lucrativos. Cabe ressaltar que nesse mesmo estágio é incluído o isomorfismo, como força causal, em consonância com Dimaggio e Powell (2005), que entendem a institucionalização como uma mudança decorrente do isomorfismo.

Por fim, por ser um processo sequencial e unidirecional, primeiro acontece um estágio para depois ocorrer o estágio seguinte (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Considera-se que a presença de alguma força causal da habitualização significa que a assistência domiciliar do Senado Federal está ou já passou pela fase inicial de institucionalização. Por sua vez, caso apareça alguma força causal do estágio da objetificação, isso significa que o regime se encontra ou já superou a fase intermediária de institucionalização. Conforme aponta Castro (2018), a aquisição de historicidade e o reconhecimento da validade do novo padrão por parte dos atores envolvidos traduz-se em objetivação e faz que as instituições passem a ser percebidas como existindo por cima e além dos indivíduos. Para o último estágio, da sedimentação ou total institucionalização, deve haver a presença da força causal do apoio de grupos e a baixa resistência dos setores de oposição, agregando a análise dos resultados positivos de forma conjunta e não isolada.

2.7 CONSIDERAÇÕES GERAIS

No presente capítulo, foram expostas as questões submetidas aos entrevistados com o objetivo de se avaliar a ocorrência e o grau de institucionalização do programa de *home care* do SF. Foi apresentada, ainda, a metodologia empregada para avaliar a ocorrência de isomorfismo institucional, no que tange à oferta de assistência domiciliar. No capítulo seguinte, dedicado à exploração do arcabouço teórico-analítico, serão apresentados aspectos relevantes das instituições dentro do neoinstitucionalismo, destacando os conceitos de isomorfismos e esclarecendo as fases do processo de institucionalização.

3 ARCABOUÇO TEÓRICO-ANALÍTICO

O presente capítulo tem por objetivo subsidiar uma breve análise das instituições enquanto elementos de moldagem da ação social, traçando-se um panorama da Teoria Institucionalista. Pretende-se demonstrar, à luz da teoria do isomorfismo institucional, por que as organizações e instituições num dado segmento tendem a uma homogeneização de normas e procedimentos. Explica-se, ainda, como se dá o processo de institucionalização. Aqui, lançam-se as bases teóricas da disponibilização de assistência domiciliar pelo SIS e do sistema de comparação de regimes de internação domiciliar que será apresentado no Capítulo 6.

3.1 TEORIA INSTITUCIONAL

Conforme aponta Rocha (2006), nas décadas de 1950 e 1960, a ciência política americana era dominada pelos modelos explicativos comportamentalistas (behaviorismo) e pluralistas. As sociedades são percebidas, nessa perspectiva, com múltiplos centros de poder, nenhum deles sendo totalmente soberano. Rocha (2006) enfatiza ainda que para o pluralismo, o poder relaciona-se com questões específicas, fugazes ou persistentes, instaurando coalizões entre grupos de interesse na busca de certos objetivos.

Paralelo a esse modelo, existia a teoria marxista, bastante conhecida e adotada em grande ou pequena proporção, conforme a época e o lugar. De maneira resumida, Rocha (2006) diz que a análise marxista parte das relações entre economia, classes sociais e Estado. Nesse modelo, o poder é evidenciado por meio das relações de classe, constituindo o modo para a interpretação das transformações políticas e sociais.

Apesar de as teorias comportamentalistas e marxistas serem consideradas opostas, nesse contexto o pluralismo e o marxismo unem-se dando foco à sociedade. Para ambas as teorias, a ação do Estado é sempre resposta a estímulos vindos da sociedade (ROCHA, 2006).

Contraopondo-se a essas teorias, por volta de meados da década de 1980, expande-se o modelo analítico neoinstitucionalista. Em sua primeira versão, o neoinstitucionalismo recoloca o Estado como foco analítico privilegiado: é ele que passa a explicar a natureza das políticas governamentais, retomando a tradição alemã de Max Weber (ROCHA, 2006). A partir daí pesquisas em diversos campos, como na ciência política, na economia e na sociologia, retomaram o interesse pelas instituições como elementos determinantes para o entendimento da realidade social (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2005). O neoinstitucionalismo aparece aqui,

portanto, como reação à ciência política comportamentalista (*behavioral political science*), pois nessa perspectiva, as instituições sociais e políticas induzem processos que regulam as escolhas coletivas.

A Teoria Institucional, por sua vez, emergiu, nas ciências sociais, ao final do século XIX. Essa relativa antiguidade, entretanto, não estabelece uma evolução linear, revela momentos de inflexão, mostra a dinâmica do campo e sugere a ocorrência de disputas pelo “monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente” (BOURDIEU, 1983 *apud* CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2005). No entanto, para Peres (2008), uma das marcas diferenciadoras dos neoinstitucionalistas em relação aos praticantes do antigo institucionalismo é a oposição que aqueles fazem ao caráter pouco científico destes.

Na abordagem institucional com o adjetivo “velho”, foram destacadas, originalmente em fins do século XIX, estruturas legais e formas particulares de governança, enquanto com respeito à abordagem com o adjetivo “novo” estudos da década de 1970 enfatizaram questões como a autonomia das instituições políticas em face de pressões sociais e políticas institucionais promotoras de cooperação internacional (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2005). DiMaggio e Powell (1991) apontam o contraste entre o velho e o novo institucionalismo pelo apego maior do primeiro por questões políticas de conflito e estratégia organizacional, enquanto para o segundo o conflito é periférico, ressaltando-se a importância da estabilidade e da legitimidade pelos acordos comuns.

Assim, nas contribuições teóricas ou empíricas da perspectiva institucional, podem-se identificar as sementes conceituais de precursores institucionalistas tais como os economistas Thorstein Veblen, John Commons e Westley Mitchel, e os sociólogos Emile Durkheim e Max Weber, que aprofundam e solidificam as bases da Teoria Institucional (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

Ao longo do tempo, as instituições moldam/estruturam cada vez mais as preferências (PERES, 2008). Para Piaia (2013), instituições podem ser compreendidas como normas, hábitos e regras que estão fortemente incluídos na sociedade e que desempenham um papel relevante na determinação de como as pessoas se relacionam entre si e como elas aprendem e utilizam seu conhecimento. Jepperson (1999), por sua vez, define instituição como um padrão já estabelecido em uma sociedade, no qual todas as pessoas pensam, acreditam e agem no mesmo sentido.

Baseado em conceitos como a institucionalização, as normas, os mitos e a legitimidade, o enfoque institucional desenvolveu-se em três orientações distintas: uma

econômica, outra política e uma terceira sociológica. Portanto, conhecer a definição de instituição pode ajudar a diferenciar as diversas vertentes da Teoria Institucional, se se encontram incluídas no velho ou no novo institucionalismo e se são de orientação econômica, política ou sociológica.

No que tange à vertente institucional de orientação econômica ou política, o termo instituição pode se referir a normas, leis, comportamentos, organizações, firmas, estruturas e regras. De outra parte, caso a orientação seja sociológica, a instituição pode ser entendida como crenças, símbolos e todos os modos de conduta estabelecidos pela coletividade, como costumes, superstições e as constituições políticas (THERET, 2003).

Para DiMaggio e Powell (1991), a abordagem institucional foi ampliada com ênfase no ambiente social e com a inclusão de variáveis como: valores compartilhados, legitimidade e isomorfismo na análise entre as organizações e na relação entre a organização e seu ambiente. Por outro lado, existe o entendimento segundo o qual as instituições são uma etapa mais avançada das organizações, alcançada por meio de elementos ambientais formais e coercitivos, tidas como resultado dos processos de mudança organizacional. Há, ainda, a visão de Scott (2001), que considera “instituições como estruturas e atividades cognitivas, normativas e regulativas, que dão estabilidade e significado ao comportamento social”.

Guarido Filho e Costa (2012), em uma abordagem crítica ao novo institucionalismo, afirmam que o foco do velho institucionalismo está nas formas reguladoras e normativas, enquanto o novo procura uma construção teórica fundamentada em sistemas de crenças e conhecimento e no modo como valores institucionalizados na sociedade adentram as estruturas e práticas organizacionais.

Nesse sentido, conforme registra Santos (2006), os novos institucionalistas pouco se relacionam em termos ontológicos e metodológicos e, por esse motivo, é preferível falar não em uma, mas em três versões para o neoinstitucionalismo: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional, e o institucionalismo sociológico (Quadro 5). Acrescenta-se que cada uma dessas versões oferece diferentes visões do mundo e defendem, por diferentes vias, as instituições como variáveis explicativas. Embora essa subdivisão não seja aspecto a ser debatido ao longo do trabalho, acredita-se que seja relevante sua apresentação de forma resumida.

O neoinstitucionalismo histórico retoma modelos histórico-estruturais como o weberiano, o marxista e o funcionalista, para compreender o funcionamento das instituições, no intuito de impedir, retardar, consolidar ou acelerar processos de mudança social (COSTA, 2011 *apud* BORINELLI; VERAS NETO, 2011). As instituições são portadoras de legados de

forças políticas, sociais e históricas que as configuram, justapondo diferentes lógicas de ordem política, cada uma com seu próprio traço temporal (THELEN, 1999 *apud* BORINELLI; VERAS NETO, 2011). Diversos arranjos institucionais que formam uma política podem surgir de diferentes épocas, traçando, dessa forma, aspectos multifacetados.

Por sua vez, Hall e Taylor (2003) informam que os teóricos do institucionalismo histórico recorrem tanto à perspectiva “calculadora”, que dá ênfase aos aspectos do comportamento humano que são instrumentais e orientados no sentido de um cálculo estratégico, quanto à perspectiva “cultural”, que destaca até que ponto o comportamento jamais é inteiramente estratégico, mas limitado pela visão do mundo própria ao indivíduo.

Ademais, Hall e Taylor (2003) apontam que essa versão apresenta uma causalidade dependente da trajetória percorrida, ou, como eles mesmos denominam, *path dependence*. Isso implica a compreensão de que as instituições são entendidas em termos de suas propriedades herdadas do passado, e não apenas como escolhas dos indivíduos.

Na perspectiva do neoinstitucionalismo da escolha racional, Hall e Taylor (2003) acreditam que os atores pertinentes compartilham um conjunto determinado de preferências ou de gostos e se comportam de modo inteiramente utilitário para maximizar a satisfação de suas preferências, o que pressupõe um número significativo de cálculos.

Essa versão parte, ainda, do pressuposto de que os indivíduos moldam as instituições, influenciando sua criação e função, desenvolvendo um comportamento estratégico em um contexto de normas e regras (BORINELLI; VERAS NETO, 2011). O comportamento racional de um ator político deve estar balizado por um sistema de crenças e preferências internamente consistentes e compatíveis com o mundo real (TSEBELIS, 1998).

Assim, conforme apontam Hall e Taylor (2003), os teóricos da escola da escolha racional acreditam na vida política como uma série de dilemas de ação coletiva, definidos como situações em que os indivíduos que agem de modo a maximizar a satisfação das suas próprias preferências o fazem com o risco de produzir um resultado subótimo para a coletividade (no sentido de que seria possível encontrar um outro resultado que satisfaria melhor um dos interessados sem que qualquer outro saísse lesado). Entre os exemplos clássicos, os mais conhecidos são o “dilema do prisioneiro” e a “tragédia dos bens comuns” (HALL; TAYLOR, 2003).

Já em relação ao institucionalismo sociológico, esses mesmos autores dizem que os teóricos tendem a definir as instituições de maneira muito mais global do que os pesquisadores em ciência política, incluindo não só as regras, procedimentos ou normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem “padrões

de significação” que guiam a ação humana. Rompe-se, dessa forma, com a dicotomia conceitual que opõe “instituições” e “cultura” e tende a redefinir a “cultura” como sinônimo de “instituições”.

Sendo assim, o foco do institucionalismo sociológico resgata uma forte dimensão normativa do impacto das instituições, afastando concepções que associam a cultura às normas, às atitudes afetivas e aos valores, para se aproximar de uma concepção que considera a cultura como uma rede de hábitos, de símbolos e de cenários que fornecem modelos de comportamento (HALL; TAYLOR, 2003).

Quadro 5 - Novos institucionalismos em perspectiva comparada, segundo Hall e Taylor

Institucionalismo Histórico	Institucionalismo da Escolha Racional	Institucionalismo Sociológico
Gênese do paradigma		
Com origem na Ciência Política, tem por base a crítica à Análise da Vida Política, ao Estrutural-Funcionalismo e às teorias do conflito entre grupos, que foram preponderantes na ciência Política entre 1960 e 1970.	Com origem na Ciência Política, está fortemente baseado nos estudos de comportamento do Congresso Americano. Seus principais recursos teóricos são emprestados da “Nova Economia da Organização”.	Com origem na Sociologia, tem como base teórica a “Teoria das organizações”, largamente difundida nos fins dos anos 1970.
Como definem instituições?		
Como procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas, inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política.	Como organizações que estruturam a interação (influenciam a possibilidade e a sequência de alternativas na agenda e diminuem a incerteza quanto ao comportamento dos outros).	Instituições influenciam não apenas os cálculos estratégicos dos indivíduos (como sustentam os teóricos da escolha racional), mas também suas preferências mais fundamentais, até mesmo suas identidades.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Santos, 2006.

Considerando que, no institucionalismo sociológico, o enfoque cultural é a fonte predominante das delimitações de ações, ou seja, os costumes e a visão de mundo do ator exercem constante influência na interpretação das situações, pretende-se explicar os fatos observados e as generalizações sobre o neoinstitucionalismo sociológico. Diante disso, o enfoque sociológico foi escolhido, porque se entende que as organizações, como o Senado Federal, adotam formas e práticas institucionais particulares como consequência de estas terem um valor largamente reconhecido num ambiente cultural mais amplo.

3.2 INSTITUCIONALISMO SOCIOLÓGICO

A orientação sociológica centralizou a análise das relações de organização e ambiente, primeiramente focadas nas interações informais, em relações de poder e no processo constitutivo das instituições. No neoinstitucionalismo, as relações de poder saíram do foco e evidenciaram-se aspectos de conformidade a padrões institucionalmente legitimados, realçando a homogeneidade entre conjuntos de organizações (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2005).

No que diz respeito aos estudos sobre institucionalismo, os quais auxiliam na compreensão do processo de institucionalização, alguns elementos são recorrentes, tais como a legitimação e o campo organizacional. As organizações concorrem pela legitimidade e aceitação ambiental, que podem ser difundidas por meio do campo organizacional, com a influência mútua das organizações, modificando-se, dessa forma, o papel das instituições ao longo do tempo. Ressaltam-se, portanto, de forma sumarizada, o conceito de legitimidade, de campo organizacional e o papel das instituições.

3.2.1 Legitimidade

Legitimidade relaciona-se com a adequação e aceitabilidade dos valores sociais, tendo papel importante e equivalente à eficiência técnica (DIMAGGIO; POWELL, 1991). Scott (2001) afirma que legitimidade, enquanto conceito, é ponto central no institucionalismo organizacional. Sua importância resulta do entendimento de que as organizações, como parte do sistema social, necessitam mais do que recursos técnicos e informação do ambiente: demandam aceitação e credibilidade (SCOTT, 2001).

A legitimidade aparece, na literatura, fortemente relacionada com o grau de apoio cultural que obtém a organização. Não obstante, diferentes aproximações à perspectiva institucional podem significar igualmente conceitos variados de legitimidade. Assim, para a versão reguladora, a legitimidade organizacional surge pelo estabelecimento e a adoção dos requisitos legais, enquanto a versão normativa dá prioridade à base moral para obter legitimidade (SCOTT, 2001, p.73).

As organizações estão constantemente em busca de legitimidade. Os institucionalistas entendem que, para a manutenção das organizações, essa busca às vezes é mais importante do que o próprio desempenho delas, o que não significa dizer que as organizações não prezam pela eficiência (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Segundo Meyer e Rowan (1999), aquelas “organizações que incorporam elementos racionalizados socialmente legitimados em suas

estruturas formais maximizam sua legitimidade e aumentam seus recursos e capacidades de sobrevivência”.

Por fim, para Suchman (1995 *apud* ROSSONI, 2016), a legitimidade é a percepção ou pressuposição generalizada de que as ações de uma entidade são desejáveis ou apropriadas dentro de algum sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições. Assim, uma organização é considerada legítima quando suas bases estruturais são suportadas por princípios aceitos no sistema social. Nesse contexto, acredita-se que por não ser possível às organizações comprovar legitimidade de forma técnica, convém buscar características que a sociedade considera legítimas em outras organizações.

3.2.2 Campo organizacional

O campo organizacional é definido por DiMaggio e Powell (2005) como sendo aquelas organizações que, no agregado, constituem uma arena reconhecível da vida institucional. Conforme evidencia Lorêto e Pacheco (2007), ele pode ser entendido como um espaço onde diversas organizações interagem, influenciando-se mutuamente.

Carvalho e Vieira (2003) ressaltam que a Teoria Institucional utiliza a noção de campo relacionado com a obtenção de legitimidade. Para o velho institucionalismo, o ambiente resumir-se-ia ao local em que a organização estava inserida e aos demais atores daquela região, enquanto para o neoinstitucionalismo a concepção de ambiente seria algo macro, implicando a sociedade ou o campo organizacional em que está inserido (DIMAGGIO; POWELL, 2007).

Para Dimaggio e Powell (2005), campo organizacional consiste em organizações com semelhanças entre seus valores e suas estruturas, sendo o conjunto de “organizações que constitui uma área reconhecida da vida institucional”. Assim, subentende-se que, à medida que o campo vai se estruturando, ocorre também uma maior interação, ocasionando uma homogeneidade entre as organizações que o compõem.

Ao observar que os valores institucionalizados na sociedade permeiam estruturas e formas organizacionais, e que, portanto, o ambiente organizacional é um grande influenciador das estruturas, passando a ser importante variável analítica (MEYER; ROWAN, 1999), considera-se necessário o enriquecimento de análises de aspectos instrumentais com reflexões acerca de elementos culturais e simbólicos no estudo organizacional (GUARIDO FILHO; SILVA; GONÇALVES, 2009).

No tocante à abordagem institucional, segundo Castro (2018), não se confundem instituições e organizações. Instituições podem ser entendidas como “as regras fundamentais

do jogo”. As organizações, por seu turno, são grupos de indivíduos ligados por um propósito comum. Organizações são moldadas por instituições e, por sua vez, influenciam a forma como as instituições mudam ao longo do tempo.

3.2.3 O papel das instituições

Selznick, considerado pioneiro na abordagem institucional nos estudos organizacionais, discute a importância de resgatar a construção histórica e as influências do meio social ao estudar as instituições¹² (SELZNICK, 1996). Além disso, conforme indicam Hall e Taylor (2003), as instituições fornecem modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação. E estas, para o enfoque do institucionalismo sociológico, devem ser vistas como práticas culturalmente específicas, próximas aos mitos e cerimônias produzidos por muitas sociedades e assimilados em organizações, não necessariamente para melhorar sua eficiência, mas como resultado do tipo de processo associado à transmissão de práticas culturais de modo mais geral.

Nesse mesmo sentido, para Meyer e Rowan (1999), a estrutura formal e a natureza da decisão organizacional compreendem características simbólicas cujas explicações de cunho mais racional não são esclarecedoras. Segundo essa percepção, haveria as seguintes implicações para a estrutura das organizações: (i) a adoção da estrutura formal pode ocorrer independentemente da existência de problemas específicos e imediatos de coordenação e controle; (ii) a avaliação social das organizações e, conseqüentemente, sua sobrevivência podem estar fundadas na observação das estruturas formais, e não na eficiência; e (iii) as relações entre atividades do dia a dia e componentes dos membros da organização e estruturas formais podem ser negligenciadas (TOLBERT; ZUCKER, 1998).

Por fim, acredita-se que as instituições passam pelo processo de institucionalização, que ocorre não somente em nível social, mas também em nível organizacional. Nesse âmbito, a Teoria Institucional busca explicar por que as organizações surgem, tornam-se estáveis ou são transformadas, assim como as formas como a ação e a cultura são estruturadas nas organizações (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Da noção de campo organizacional deriva o entendimento sobre isomorfismo. Para DiMaggio e Powell (1991), quando formas institucionalizadas passam a fazer parte de um mesmo campo organizacional, o ambiente contribui para tornar as organizações semelhantes. Dessa forma, surge o isomorfismo, “um processo restritivo que força

¹² Para alcançar este fundamento, observou-se as influências que o SIS recebeu ao passar dos anos e realizou-se uma linha do tempo da AD no SF, descrevendo desde sua origem até os dias atuais.

uma unidade de uma população a se assemelhar a outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais” (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p.76).

3.3 PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Para Meyer e Rowan (1999), a adoção de determinada estrutura, comportamento ou prática organizacional institucionalizada não visa somente à eficiência organizacional, pois o sucesso organizacional não depende somente da coordenação e controle eficiente das atividades. As organizações são bem-sucedidas ao se tornarem isomórficas com ambientes institucionais altamente elaborados e, assim, adquirirem a legitimidade e os recursos necessários para sua sobrevivência.

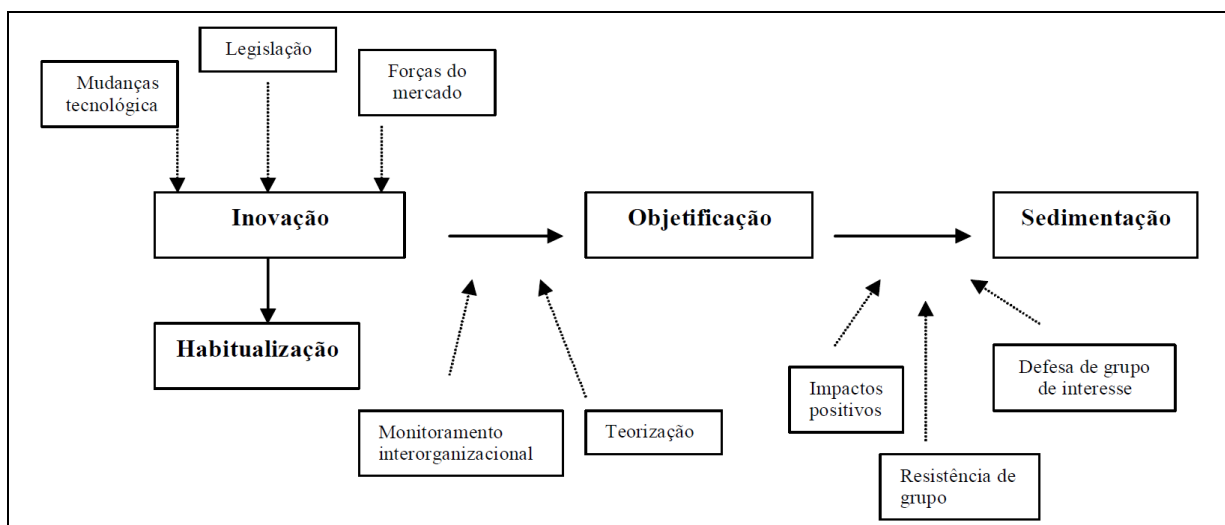
Ao se avaliar os trabalhos de Meyer e Rowan (1999), DiMaggio e Powell (1991) e Tolbert e Zucker (1998), constata-se que o cerne da preocupação na análise que esses autores realizam está no nível organizacional e interorganizacional, deixando à margem o nível intraorganizacional (no tocante à consideração dos agentes da organização). Apesar da tentativa de elucidar – diferentemente dos institucionalistas tradicionais – as ações no entremeio das estruturas, a preocupação maior continua sendo a influência do ambiente organizacional sobre a organização em si (MENDES; VIEIRA; CHAVES, 2009).

A expansão do processo de institucionalização no nível organizacional iniciou-se com os trabalhos de Zucker no final da década de 1970. Inicialmente Zucker (1987) demonstrou níveis de institucionalização como processos categorizados segundo diferentes variáveis. O processo de institucionalização, conforme afirma a autora, ocorreria em três etapas: transmissão de cultura (socialmente construída), manutenção da cultura e resistência às mudanças.

No entanto, foi em um outro momento que Tolbert e Zucker (1998), baseados em estudos com ênfase na Teoria Institucional, explicaram as fases do processo de institucionalização, considerando fluxos institucionais entre organizações formais.

A Figura 4 demonstra o processo de institucionalização, que se inicia com uma inovação, passa pela habitualização e objetivação e termina com a sedimentação. Demonstram-se, dessa forma, as fases do processo de institucionalização, relacionando as forças causais críticas do ambiente, as quais atuam em diferentes momentos do processo.

Figura 4 - Processos inerentes à institucionalização



Fonte: Tolbert e Zucker (1998, p. 207).

Para uma melhor compreensão dessa Figura, é necessário o uso de outro conceito também proposto por Tolbert e Zucker (1998) sobre os estágios de institucionalização, segundo o qual esta pode ser observada em diferentes níveis. Aprimorou-se a classificação do processo de institucionalização e este dá-se, conforme as autoras supracitadas, em três estágios (ou fases) distintos: pré-institucional, semi-institucional e total institucionalização.

3.3.1 Fases do processo de institucionalização

Tolbert e Zucker (1998), observando a necessidade de explicações sobre os processos de institucionalização, apresentam um modelo dividido em três estágios, que também é base para o presente estudo: habitualização, objetificação e sedimentação. Para as autoras, o processo de institucionalização dá-se por meio de um conjunto de forças causais (representadas pelas setas na Figura 4) que seriam críticas e inerentes ao processo, possuindo uma dimensão exógena (forças causais presentes no ambiente que estimulam o surgimento da fase) e uma dimensão endógena (elementos que caracterizam cada fase da instituição no seu processo de institucionalização).

Conforme registram as autoras, as ditas forças são responsáveis pela alteração das fases de institucionalização, a entender: mudanças tecnológicas, legislação, forças de mercado, monitoramento organizacional, teorização, processo de difusão, impactos positivos, resistências de grupos de interesse, defesa de grupos e heterogeneidade dos atores. Assim, essas

forças causais atuam em relação aos atores e às instituições, facilitando a mudança das fases de institucionalização.

Cabe ressaltar que a inovação, presente como o primeiro momento da habitualização, não consiste exatamente em uma fase: ela representa o surgimento de uma mudança institucional.

3.3.1.1 Habitualização ou estágio pré-institucional

a) Características da habitualização

A organização busca a criação de novos arranjos estruturais e a formalização de tais arranjos por meio de políticas e procedimentos, como respostas a incertezas ou problemas organizacionais específicos. Isso ocorre quando organizações que passam por problemas semelhantes buscam soluções testadas com resultados satisfatórios por outras organizações do mesmo campo organizacional, estimulando, dessa forma, a imitação como processo de difusão pelos decisores (isomorfismo mimético, já citado).

No entanto, Tolbert e Zucker (1998) acreditam que, em geral, há poucas características do isomorfismo na habitualização, pois, como não se conhece a utilidade da mudança, os tomadores de decisão veem pouco sentido em imitar. Inicialmente, essa nova estrutura se desenvolverá de forma heterogênea.

Conforme aponta Russo *et al.* (2012), os estímulos são observados por diversos atores dentro das organizações, e cada qual, individualmente, responde a esses estímulos sugerindo soluções. O resultado disso é que, na fase em comento, há muitos aplicadores de novas soluções, porém poucos com respostas parecidas, ou seja, há poucas organizações que apóiam o mesmo tipo de solução. Como efeito, as organizações, no estabelecimento dos processos de institucionalização (estágio da habitualização), têm baixo nível de teorização a respeito das novas estruturas sugeridas.

Nesse momento de habitualização, a intenção é desenvolver novos modelos para resolver problemas, sem ter, no entanto, um custo de transação gerado ao criá-los ou mantê-los maior do que os investimentos ou benefícios percebidos. A partir dos resultados positivos, pode ocorrer a tipificação, que é o compartilhamento das definições ou dos significados atribuídos aos comportamentos tornados habituais (TOLBERT; ZUCKER, 1998).

b) Forças causais críticas que antecedem a habitualização

No estágio em questão, estão as forças causais de fora da organização, oriundos de legislações, de mudanças de tecnologias e das forças de mercado, que podem conduzir a abertura de inovações nas organizações. Essas forças podem, dessa forma, instigar a formação de novos hábitos. Os autores também consideram a importância dos novos arranjos políticos, traduzidos em uma nova forma de organização dos atores¹³.

DiMaggio e Powell (1991) percebem estímulos não provenientes tão somente de forças externas. Do ponto de vista desses autores, as organizações concorrem também por poder político e legitimidade institucional, tanto para o bem da sociedade quanto para a economia.

Além das três forças causais (legislação, tecnologia, forças de mercado) identificadas nesta fase, foi incluída a força causal “isomorfismo”, tendo em vista que as forças representadas na Figura 4 são exemplificativas e que outras situações podem ser associadas, considerando-se que, conforme já apresentado anteriormente, DiMaggio e Powell (2005) entendem a institucionalização como uma mudança decorrente do isomorfismo.

3.3.1.2 Objetificação ou estágio semi-institucional

a) Características da objetificação

Na objetificação, o novo elemento institucional torna-se mais desconcentrado e durável dentro da organização (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Essa fase consiste, portanto, no processo de disseminação da nova estrutura. Isso acontece porque as organizações nessa fase já se utilizam do conhecimento dos resultados das execuções em outras organizações.

A objetificação é caracterizada, conforme comenta Russo *et al.* (2012), pelo desenvolvimento de determinado grau de consenso social entre os decisores da organização sobre o valor da estrutura e sua crescente adoção pelas organizações com base nesse consenso. Este autor disse ainda que o processo de difusão do novo elemento que se planeja institucionalizar na organização nessa fase ocorre prioritariamente pela normatização, existindo uma diminuição dos processos de imitação. A sobrevivência dessas estruturas nesse estágio, apesar de ser mais duradoura do que na fase de habitualização, não é definitiva.

¹³As forças de mercado, por sua vez, serão entendidas, neste trabalho, como “forças do campo organizacional”, por se referirem a pressões de organismos que se relacionam com a inovação no SIS, o qual é um plano de saúde de autogestão de um órgão da Administração direta, sem finalidade lucrativa, portanto.

b) Forças causais críticas que antecedem a objetificação

As principais forças causais que estimulam a objetificação são o monitoramento organizacional e a teorização. Quando gestores demonstram que algumas organizações já assumiram a estrutura com êxito, a decisão de também acatá-la espalha-se pelas outras organizações, na medida em que terão uma prática visão de sua relação custo-benefício. O monitoramento organizacional compreende, portanto, a análise das organizações concorrentes com o propósito de se obterem ações legitimadas.

A objetificação e difusão da estrutura relacionam-se à atuação dos chamados champions – terminologia da bibliografia de mudança organizacional –, que são aquelas pessoas com interesse substancial na estrutura. Os champions (defensores), de acordo com Tolbert e Zucker (1998), desempenham duas principais tarefas de teorização: a definição clara dos problemas genéricos a serem corrigidos e a justificação de um novo arranjo estrutural formal por meio da exposição de solução para o problema com bases lógicas e testadas. Esses mecanismos trarão legitimidade cognitiva e normativa, além de facilitar a difusão (que, no estágio anterior, era apenas de forma imitativa) com bases mais normativas.

Mendes (2017) informa que os champions surgem quando há espaço para inovação na solução do problema, devendo gerar reconhecimento público da existência do problema a ser solucionado por aquele conjunto de organizações e propor, com base lógicas ou empíricas, um arranjo estrutural específico como a solução apropriada para aquele problema, usando casos bem-sucedidos como exemplo. Assim, a teorização, definida como o processo de diagnosticar os problemas em um número significativo de organizações e sugerir soluções, atribui à nova estrutura uma legitimidade cognitiva e normativa geral, alavancando a disseminação do modelo estrutural entre as organizações (MENDES, 2017).

3.3.1.3 Sedimentação ou estágio de total institucionalização

a) Características da sedimentação

Para Tolbert e Zucker (1998), a sedimentação apoia-se fundamentalmente na continuidade histórica da estrutura e, especialmente, em sua sobrevivência pelas várias gerações de membros da organização, e é caracterizada pela propagação das estruturas para todos os

adotantes e por sua perpetuação ao longo do tempo. Nessa etapa, também denominada de total institucionalização, ocorre a transmissão das tipificações aos novos membros, que as tratam como dados sociais.

Durante o processo de institucionalização, até se chegar ao estágio de sedimentação, conforme Mendes (2017) registra, as organizações que compõem o campo vão respondendo às pressões do processo de acordo com seus interesses materiais ou simbólicos, dificultando ou facilitando a assimilação da prática.

b) Forças causais críticas que antecedem a sedimentação

Na fase da sedimentação, os fatores a serem considerados são aqueles que afetam a abrangência do processo de difusão da instituição e sua conservação em longo prazo. Essa fase é motivada pela vinculação positiva da inovação com os resultados desejados, resistência de grupos e defesa de grupos interessados (TOLBERT; ZUCKER, 1998).

Conflitos de interesse e fracos resultados podem pôr em risco a manutenção dessa estrutura, incentivando os decisores a buscarem novos arranjos (se os custos forem relativamente baixos). Sendo assim, a total institucionalização dependerá de: baixa resistência dos grupos de oposição, promoção e apoios contínuos pelos defensores e correlação positiva com os resultados desejados.

A resistência é geralmente identificada quando algum ator ou grupo de atores é atingido adversamente pela nova estrutura e se mobiliza contra ela, surgindo um conflito de interesses, mas sem poder para provocar a extinção da estrutura. Já o apoio dos defensores contribui para a manutenção do novo arranjo organizacional. O terceiro e último fator representa a relação direta e proporcional entre os resultados positivos da estrutura e sua manutenção.

Para Tolbert e Zucker (2007 *apud* GUERRA; ICHIKAWA, 2011), o conjunto de processos sequenciais apresentado sugere uma variação nos níveis de institucionalização, implicando que “alguns padrões de comportamento social estão mais sujeitos do que outros à avaliação crítica, modificação e mesmo eliminação”. Os níveis de institucionalização podem se alterar de acordo com o seu aprofundamento no sistema social.

Guerra e Ichikawa (2011) observam que as instituições tendem a perdurar, a menos que se tornem problemáticas. Quanto maior o nível de institucionalização e quanto mais abstrata ela for, mais difícil é para a instituição desinstitucionalizar-se (CARVALHO; VIEIRA; SILVA,

2005). Entretanto, o processo de institucionalização é reversível por diversas razões históricas, como, por exemplo, os processos de privatização.

3.4 ISOMORFISMO INSTITUCIONAL

Um dos mecanismos utilizados no campo organizacional para explicar as mudanças experimentadas pelas organizações é o isomorfismo institucional. Segundo Rossetto e Rossetto (2005, p. 6), “o isomorfismo pressupõe que as organizações respondem de maneira similar a outras organizações que estão de alguma forma ajustadas ao ambiente”. Assim, nesta pesquisa, entende-se que o isomorfismo é um processo que possui como ponto central a busca por maior legitimidade e que tem como resultado a identidade ou similaridade de características.

O isomorfismo institucional, que encontra substrato teórico no institucionalismo sociológico, explica a tendência das organizações a se tornarem cada vez mais semelhantes entre si por três mecanismos distintos: 1) isomorfismo coercitivo, que deriva de influências políticas e do problema da legitimidade; 2) isomorfismo mimético, que resulta de respostas padronizadas à incerteza; e 3) isomorfismo normativo, que está associado à profissionalização.

As organizações não competem somente por recursos e clientes, mas por poder político e legitimação institucional, por adequação social, assim como por adequação econômica. O conceito de isomorfismo institucional constitui uma ferramenta útil para se compreender a política e o cerimonial que permeiam parte considerável da vida organizacional moderna (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 77).

O conceito de Weber, no tocante à burocratização, por exemplo, conforme argumentação de Powell e DiMaggio (1991) diz que as causas da burocratização e da racionalização têm se alterado e que, no momento, esse processo ocorre menos como consequência da competição e mais como resultado de processos miméticos que tornam as organizações mais similares, sem torná-las necessariamente mais eficientes (PECI, 2006). Considera-se, dessa forma, que a busca de modelos entendidos como legítimos para a sociedade em outras organizações é uma mola propulsora para a formação de semelhanças ou coincidências resultantes do isomorfismo.

3.4.1 O isomorfismo coercitivo

O isomorfismo coercitivo, conforme aponta Dimaggio e Powell (1991) contempla os resultados das pressões formais e informais, em que organizações são submetidas por outras

organizações dependentes e por características ligadas à cultura da sociedade em que a organização atua. Outra questão relacionada com o mecanismo que influencia a estrutura e o comportamento das organizações é a existência de um ambiente legal.

Nesse sentido, o isomorfismo coercitivo é o resultado das pressões de força e persuasão para adoção de determinado modelo ou procedimento institucionalizado. Muitas vezes essas pressões são exercidas por meio de ações governamentais e da legislação. Ou seja, o isomorfismo coercitivo deriva de influências políticas e da busca por legitimidade, sendo, assim, caracterizado pela incorporação de modelos e estruturas, podendo ocorrer pela força ou pela autoridade legítima.

DiMaggio e Powell (1991) argumentam, ainda, que uma organização mais forte exerce pressões formais e informais sobre outra que dela seja dependente. Esse fenômeno, que reflete a utilização dos mecanismos coercitivos, pode ocorrer na relação de uma subsidiária com sua matriz, quando a primeira é obrigada a adotar as medidas que sejam adequadas à política da segunda. DiMaggio e Powell (1991) afirmam, ainda, que em algumas circunstâncias, a mudança organizacional é uma resposta direta a ordens governamentais, notada, quando, por exemplo, os produtores inovam em tecnologias de controle de poluição para se adequarem a regulamentações ambientais; quando organizações não lucrativas garantem a contabilidade e contratam contadores com a finalidade de se adequarem às obrigações legais e fiscais; ou quando algumas organizações contratam funcionários seguindo critérios de ação afirmativa para se defenderem de alegações de discriminação.

3.4.2 O isomorfismo mimético

O isomorfismo mimético é adotado no contexto de ambientes de incerteza, quando organizações tomam outras como modelo de atuação. Dessa forma, as organizações acabam servindo como fonte de práticas de sucesso para outras de seu campo de atuação. Comumente, organizações novas tomam como modelo as com maior tempo de experiência e com práticas já difundidas, desenvolvidas e legitimadas (DIMAGGIO; POWELL, 1991). Nesse sentido, o isomorfismo mimético caracteriza-se pela imitação.

Quando há objetivos ambíguos ou as metas não são claras, ou seja, quando existe incerteza, as organizações tendem a copiar práticas e estruturas que são aceitas pela sociedade e que têm um quadro de sucesso. Muitas vezes o fazem de forma involuntária por não saberem realmente o objetivo da organização, e, em outros casos, para conseguirem sobreviver em determinado ambiente (DiMAGGIO; POWELL, 2007). Assim, DiMaggio e Powell (1991)

lembram que as novas organizações tomam como modelo organizações mais antigas, que já existiam na economia, e os administradores procuram ativamente modelos nos quais se basear.

3.4.3 Isomorfismo normativo

Para DiMaggio e Powell (1991), o terceiro tipo de isomorfismo, o normativo, deriva basicamente da profissionalização presente nas organizações. Os campos organizacionais que possuem a utilização de força de trabalho profissional são orientados por esse tipo de isomorfismo devido à própria natureza do negócio, que traz homogeneização de linguagem, procedimentos e formas de atuação. Os autores interpretam a profissionalização como a luta coletiva de membros de uma profissão para definir as condições e os métodos de seu trabalho.

DiMaggio e Powell (2007) afirmam que existem dois importantes aspectos da profissionalização que são fontes do isomorfismo: o fato de a educação formal e a legitimação se apoiarem numa base cognitiva produzida por especialistas universitários; e o crescimento e elaboração de redes profissionais que permeiam as organizações, por intermédio das quais novos modelos são difundidos. Assim, as pressões normativas dizem respeito ao conjunto de regras e processos correspondentes a ocupações ou atividades específicas.

A profissionalização, ou seja, possuir ocupações que levem a compartilhar normas e conhecimentos com outros indivíduos, é um dos modos mais freqüentes de pressão normativa e pressupõe uma tendência isomórfica entre as organizações. De acordo com DiMaggio e Powell (2005), as organizações estão mais homogêneas e menos orientadas para a concorrência e a necessidade de eficiência. Para Berger e Luckmann (1996), quanto mais existir o compartilhamento de estruturas importantes de uma sociedade, mais relevante estas se tornarão para a área da institucionalização. Já, partindo do pressuposto contrário, com uma dimensão pequena de compartilhamento das estruturas, a possibilidade da institucionalização será menor e possivelmente fragmentada.

3.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Quanto ao referencial teórico, o presente estudo fundamenta-se no neoinstitucionalismo sociológico, que estabelece como fonte predominante das delimitações das ações o enfoque cultural; ou seja, os costumes e a visão de mundo do ator exerceriam importante influência na interpretação das ações. Destaca-se que, ao investigar instituições pelas lentes dessa teoria, é necessário resgatar sua construção histórica e as influências do meio

social. Ademais, dentro do processo de institucionalização, segundo DiMaggio e Powell (1991), as organizações concorrem pela legitimidade, relacionada à adequação e aceitabilidade dos valores sociais. Sendo assim, a legitimidade assume papel importante e equivalente à eficiência técnica, tendo em vista que as organizações necessitam mais do que recursos técnicos e informação do ambiente: elas necessitam de aceitação e credibilidade (SCOTT, 2001).

Acredita-se que as instituições, como o plano de saúde do Senado Federal, determinam as regras e procedimentos dos grupos de acordo com padrões, papéis, valores, comportamentos e relações entre membros da mesma cultura. Santos Filho (2009) ratifica que, para o estudo de instituições, é necessário atentar para sua construção histórica e as influências do meio social, pois só assim seria possível verificar situações em que organizações se tornaram instituições, ou seja, assumiram caráter especial e competências singulares.

Além disso, pretende-se esclarecer o grau de institucionalização que possui o programa em questão, a partir da caracterização dos estágios ou fases de institucionalização, as quais podem ser categorizadas em habitualização, objetificação ou sedimentação, como descritas anteriormente, conforme o enquadramento dos critérios elaborados por Torbert e Zucker (1998). Esse modelo servirá de base para avaliar o grau de institucionalização alcançado, até o presente momento, pelo programa de assistência domiciliar do Senado Federal.

Com isso, este estudo tem em vista, portanto, o entendimento das bases do funcionamento e criação do programa de *home care* do Senado Federal, evidenciando a possível presença de isomorfismos, a partir da comparação entre variáveis do funcionamento dos programas de *home care* do SF e do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, entende-se que, caso o gestor do SIS, por exemplo, examine as crenças e o enfoque cultural da organização que rodeiam a estrutura da assistência domiciliar, torna-se mais efetiva a compreensão das práticas organizacionais que favorecem a disponibilização dessa assistência pelo Senado Federal.

O isomorfismo institucional, por seu turno, cujo substrato teórico é o neoinstitucionalismo sociológico, presume que as organizações reagem de modo parecido a outras organizações que estão de alguma forma ajustadas ao ambiente (ROSSETTO; ROSSETTO, 2005). Neste capítulo, o isomorfismo foi apresentado como um importante fator de mudança organizacional, na medida em que direciona as organizações de um segmento no sentido de adotarem tendências e práticas similares. Aqui, novamente, a legitimidade tem papel de destaque, pois o isomorfismo é considerado um processo que resulta em características coincidentes, no entanto, apenas das que se formaram a partir do interesse na legitimidade das

ações. Assim, o processo de isomorfismo é um processo que tem a busca de legitimidade como um aspecto essencial.

Seu conceito, conforme DiMaggio e Powell (2005) compreende três mecanismos distintos: o isomorfismo coercitivo, que deriva de influências políticas; o isomorfismo mimético, que resulta de respostas padronizadas; e o isomorfismo normativo, que está associado à profissionalização. Ratificou-se, assim, que antes de categorizar as características dentro dos mecanismos supracitados, convém compreender se as características analisadas são oriundas de uma busca de credibilidade social. O estudo do isomorfismo institucional, portanto, aplica-se adequadamente ao presente trabalho,

No próximo capítulo, será abordada a forma como se deu o início do programa de assistência domiciliar no Brasil, explicitando as normatizações da assistência domiciliar ao longo do tempo, bem como algumas especificidades desse programa no âmbito do SUS. Para maior clareza, apresenta-se uma linha do tempo, ilustrando o surgimento da prestação de AD no mundo que teve sua origem nos Estados Unidos, bem como a evolução dessa assistência no Brasil, desde sua introdução até os dias atuais.

4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O presente capítulo trata da assistência domiciliar, especificando o surgimento do programa, seus conceitos e sua forma de manutenção pelo SUS. Inicialmente, apresenta-se a origem do *home care*, que se deu após um período de guerra nos Estados Unidos, demonstrando-se como, alguns anos depois, as ideias de prestação de assistência domiciliar foram lançadas no Brasil. A legislação brasileira que trata do tema em comento também foi escrutinada, concluindo-se que ainda carece de aperfeiçoamento. Ainda assim, o programa de assistência domiciliar do SUS, denominado Programa Melhor em Casa (ou Serviços de Atenção Domiciliar - SAD) tem se destacado e vem sendo percebido como vantajoso para a comunidade.

4.1 SURGIMENTO DO *HOME CARE* E BREVE HISTÓRICO NO BRASIL

O *home care* surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) no período pós-guerra, oriundo da necessidade de os familiares cuidarem de seus doentes em suas residências. Após esse período, houve um envolvimento dos profissionais especializados e terapeutas para esse cuidado, de modo que esse tipo de serviço paulatinamente foi sendo estruturado.

Conforme aponta Barbosa (2017), o *home care* começou a ser visto pelos planos de saúde nos EUA como uma forma de reduzir custos incorridos com seus usuários. Como consequência, nos anos entre 1970 e 1985, muitas empresas para oferecer o serviço foram abertas e, em 1982, foi fundada no país a Associação Nacional para *Home Care*. A associação pretendia resguardar os interesses das empresas credenciadas e proporcionou esclarecimentos à população, na mídia, sobre o recurso terapêutico do paciente em *home care*. Observou-se que à medida que os pacientes passavam a utilizar mais a assistência domiciliar, em lugar de permanecerem internados em hospitais, a população tornava-se cada vez mais familiarizada com os serviços de *home care* e seus benefícios.

Até 1968, os atendimentos domiciliares no Brasil estavam, em grande parte, restritos à vigilância epidemiológica materno-infantil. Barbosa (2017) informa que o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo estruturou-se e, então, começou suas atividades de visitação em domicílio. Outras experiências foram desenvolvidas entre os anos de 1970 e 1990, a exemplo dos serviços de assistência domiciliar vinculados aos programas de controle de doenças infectocontagiosas, visitas e acompanhamento domiciliar a pacientes faltosos de programas de doentes crônicos e propostas de assistência domiciliar terapêutica, esta última experiência ocorrida já como parte da oferta de cuidados a portadores do vírus da

imunodeficiência humana – HIV/Aids. Observa-se uma influência da política de saúde também na organização de serviços para, por exemplo, hanseníase e distrofia muscular (BRASIL, 2014a).

A primeira empresa de *home care* foi fundada no Brasil em 1986, na cidade do Rio de Janeiro e era conhecida como “Geriátricas *Home Care*”. Começou seus atendimentos de forma exclusiva para o Plano de Saúde Amil. Quatro anos depois, em 1990, foi aprovada a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), que tratava das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde da população, como também para a organização e o funcionamento de serviços correspondentes (BARBOSA, 2017).

Barbosa (2017) destaca que, em 1994, foi criada a Fundação de *Home Care* pela Volkswagen no Brasil e, em 1995, foi fundada a Associação das Empresas de Medicina Domiciliar. Um ano depois, em 1996, constituiu-se o NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) do Hospital das Clínicas de São Paulo.

Nota-se, então, que a atenção em torno da assistência domiciliar foi aumentando gradativamente até a realização, em 1998, do I Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar – SIBRAD. Nesse encontro, foram explanados os assuntos mais relevantes relacionados com a assistência domiciliar e, de forma inédita até então, houve um debate sobre os modelos de assistência nos setores público e privado. Com a ampliação dos serviços de atendimento domiciliar, passou a existir o desejo de publicação de resoluções dispendo sobre a adequação dos profissionais para a realização da função, no tocante à AD (BARBOSA, 2017).

No âmbito legal, a Carta Magna, no art. 196, estabeleceu que a saúde é dever do Estado, concedendo, entretanto, liberdade à iniciativa privada para lhe prover assistência, em conformidade com o disposto, sobretudo, nos seus arts. 197 e 199, § 1º:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. [...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Cerca de dez anos depois, com o advento da Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabeleceram-se as bases da saúde suplementar no Brasil, cabendo à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sua observância. Portanto, com a criação da ANS em 2000, iniciava-se, oficialmente, o processo de

regulamentação do sistema privado de assistência à saúde. O Brasil possuía, então, dois sistemas de atendimento: o sistema público, concretizado pelo SUS, que deveria ser mantido pelo Estado por mandamento constitucional; e o sistema privado, cuja liberdade de atuação foi garantida pela própria Constituição e regulamentada pela criação da ANS (ZIROLODO; GIMENES; CASTELO JUNIOR, 2013)¹⁴.

No tocante ao uso domiciliar, a Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), garante, apenas, o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, bem como algumas medicações específicas. Cumpre assinalar que essa lei não inclui a atenção domiciliar entre as coberturas obrigatórias dos planos de saúde, tornando discricionária para o Senado, portanto, a prestação dessa assistência. Esse fato pode ser sensível para os beneficiários de planos de saúde, pois, como não existe uma obrigação de disponibilização, fica a critério dos gestores a manutenção do programa de assistência domiciliar.

No entanto, Barbosa (2017) afirma que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e o Conselho Federal de Farmácia, em 2002, e o Conselho Federal de Medicina, em 2003, aprovaram resoluções referentes à assistência domiciliar. Tais resoluções proporcionaram uma maior visibilidade à assistência em domicílio, exigindo, dessa forma, uma regulamentação para esse serviço.

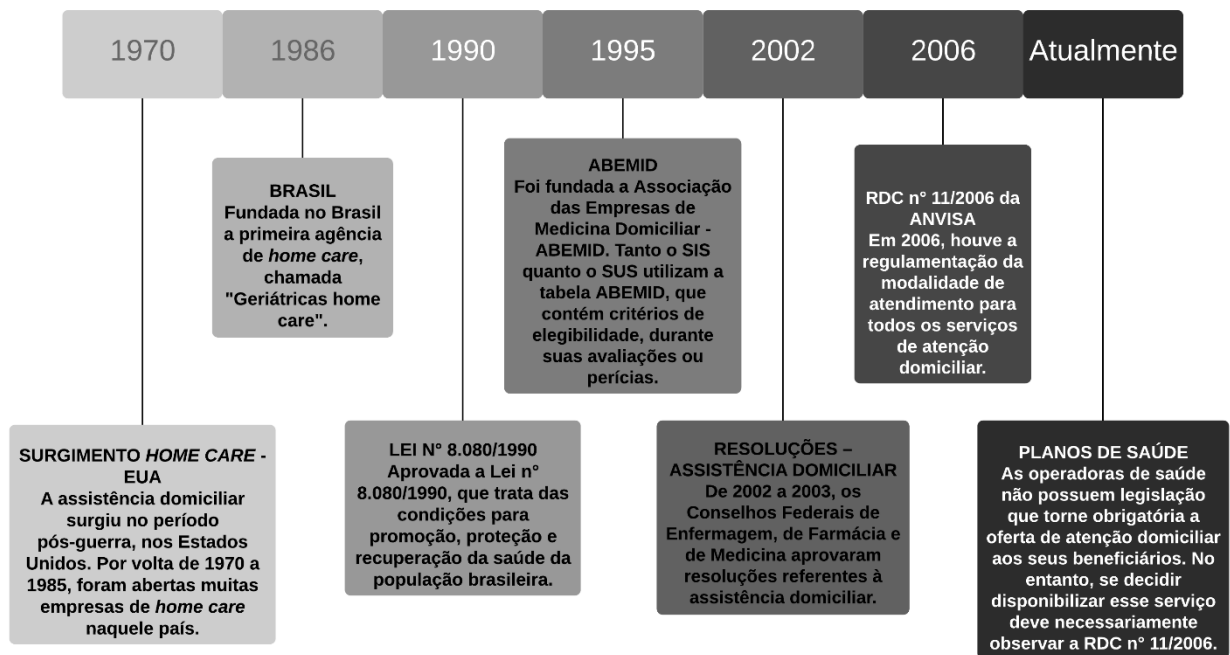
Assim, em 2006, foi aprovado o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar no âmbito da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2006c). Essa regulamentação alcança a modalidade de atendimento para todos os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) que atuem em território nacional, sejam públicos ou privados, incluindo, portanto, os SAD que prestam atendimento aos beneficiários de planos de saúde (ANS, [2019]). A partir da publicação da RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), os serviços de saúde com atendimento domiciliar começaram a ser fiscalizados e, conseqüentemente, mais bem estruturados¹⁵, já que passaram a seguir normas de funcionamento (BARBOSA, 2017).

¹⁴Ressalta-se que o SIS, não obstante ser um plano de saúde privado e, portanto, regido pela Lei nº 9.656, de 1998, não está regulamentado pela ANS, consistindo em um plano de autogestão.

¹⁵Apesar de o SIS e as outras operadoras de saúde não estarem obrigados a oferecer qualquer tipo de atenção domiciliar como parte da cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelo plano de saúde, ao optar por disponibilizá-la, como fez o Senado, ela deve ser obrigatoriamente oferecida, de acordo com as regras descritas nos comandos da RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006b).

Os fatos relacionados com o *home care* desde seu surgimento nos Estados Unidos, passando por sua introdução no Brasil e desenvolvimento até os dias atuais, estão resumidamente ilustrados na Figura 5.

Figura 5 - Linha do tempo da prestação de assistência domiciliar



Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 CONCEITO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O conceito de *home care* já se tornou uma realidade no Brasil, auxiliando no cuidado dos usuários. Esse tipo de serviço refere-se à organização de todo recurso de saúde fora do ambiente hospitalar, na forma de prevenção, tratamento ou reabilitação de um indivíduo. É um serviço provido por profissionais de saúde, por visita ou por hora, dando base aos pacientes que têm ou estão necessitando de cuidados especializados, de média e alta complexidade hospitalar (serviços técnicos específicos de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia), em suas residências (BARBOSA, 2017).

No que concerne à definição, foi identificada na revisão de literatura uma diversidade de termos para conceituar o cuidado no domicílio: assistência domiciliar (predominante), atenção domiciliária, atenção médica domiciliária, internação domiciliar, hospitalização domiciliar e *home care*. Para Bellido (1998), esta multiplicidade de termos sinônimos ou

equivalentes deriva das dificuldades históricas de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-a das outras formas de assistência.

Para Tavolari, Fernandes e Medina (2000), assistência domiciliar é um termo mais vasto e abrangente, que incorpora qualquer atividade relacionada com a saúde realizada em domicílio. Envolve, dessa forma, desde uma simples orientação de enfermagem até procedimentos mais complexos, como os utilizados em Unidades de Terapia Intensiva. Para Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), essa categoria de maior extensão é denominada de atenção domiciliar, compreendendo assim a “promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação” em domicílio.

O programa de assistência domiciliar é um plano de cuidado assistencial para pessoas restritas ao domicílio, aproximando o paciente da família, evitando hospitalização prolongada. Os atendimentos são realizados por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e técnicos de enfermagem.

O plano terapêutico, por sua vez, indica qual deve ser a estratégia de tratamento domiciliar ao paciente, considerando suas necessidades clínicas, treinamento do cuidador, tempo de duração da assistência, programação de desmame¹⁶ e alta, além de estabelecer as competências entre equipe e paciente/família. Também pode ser chamado de plano de atenção (BARBOSA, 2017).

4.3 ENFERMAGEM E A ATENÇÃO DOMICILIAR

A enfermagem tem um papel fundamental na assistência domiciliar. O cuidado de enfermagem pode ser de menor complexidade, quando requer ações de promoção do estilo de vida saudável; de média complexidade, quando envolve atividades de enfermagem em tratamento de doença existente; e de alta complexidade, quando requer ação de uma equipe multiprofissional e a internação em domicílio. A prática da enfermagem domiciliar requer do profissional responsabilidade e autonomia na execução de seu trabalho, envolvendo tomadas de decisão fundamentadas em seu conhecimento técnico e em sua experiência.

¹⁶“Desmame é o nome dado à redução gradual da estrutura disponibilizada na assistência domiciliar, de acordo com a evolução do plano terapêutico previamente acordado, até a alta” (BARBOSA, 2017, p.22).

A atenção domiciliar é definida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (na Resolução nº 464, de 2014 (COFEN, 2014)) como sendo ações desenvolvidas no domicílio da pessoa que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e ao tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos. O enfermeiro tem um papel importante no mapeamento de risco e no conhecimento das necessidades de saúde e situações de vulnerabilidade dos usuários de *home care*. O art. 4º da resolução supramencionada estabelece, ainda, que todas as ações concernentes à atenção domiciliar de enfermagem devem ser registradas em prontuário a ser mantido no domicílio para orientação da equipe. Portanto, além de ter um caráter de orientação e assistencial, a visita domiciliar do enfermeiro fornece subsídios para a execução das demais modalidades assistenciais, podendo ser utilizada em diversas formas de acompanhamento de usuários de *home care*.

Ressalta-se que, na assistência técnica do *home care*, observa-se uma divisão das equipes entre os diferentes profissionais, sendo mais frequente a atuação da equipe de enfermagem com o médico ou a atuação isolada da equipe de enfermagem, assim como os fisioterapeutas, que frequentemente atuam em uma visita secundária. Devido à relevância dessa modalidade de cuidado, o MS, por meio da Portaria MS nº 2.529, de 2006 (BRASIL, 2006b), instituiu, no âmbito do SUS, a chamada Internação Domiciliar, definida como um conjunto de atividades prestadas no domicílio. Em 2011, o MS estabeleceu o PAD, também conhecido como Melhor em Casa, por meio da Portaria MS nº 2.029 (BRASIL, 2011), que denotava normas para habilitação e cadastro no Serviço de Atenção Domiciliar. Esse programa sofreu modificações e é atualmente regido pela Portaria MS/GM nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a).

4.4 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR OFERECIDA PELO SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 1990, (Lei Orgânica da Saúde) (BRASIL, 1990a) e nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990c), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS é regido pelos princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Ademais, está garantida, também, a participação complementar da iniciativa privada no SUS. O SUS está definido no art. 4º da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde, como:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (BRASIL, 1990a).

O Sistema Único de Saúde presta assistência domiciliar, por meio do programa Melhor em Casa. A Portaria nº 963, de 2013 (BRASIL, 2013), que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, considera esse tipo de assistência como uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. O programa Melhor em Casa, ainda, institui diretrizes para a organização da atenção domiciliar no âmbito do SUS, apresentando-se estruturado com equipe multidisciplinar com o foco em atender o paciente na sua integralidade com o maior e melhor nível de resposta.

Conforme registra Brasil (2017b), esse serviço é indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para aquelas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para seu tratamento. A atenção domiciliar objetiva permitir ao paciente um cuidado mais aproximado da rotina familiar, evitando hospitalizações inoportunas e abreviando o risco de infecções, além de tratá-lo no aconchego do lar.

Nos casos em que o paciente necessita ser examinado semanalmente ou com maior frequência, ele poderá ser assistido por equipes específicas de atenção domiciliar, como as que fazem parte do programa Melhor em Casa. O atendimento é realizado por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta ou assistente social.

O Ministério da Saúde indica, ainda, que outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, 60 pacientes simultaneamente. O programa melhor em casa auxilia a gestão de todo o sistema de saúde pública, na medida em que ao desocupar leitos hospitalares, possibilita um atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais de forma mais abrangente.

Os critérios e condições de elegibilidade são o conjunto de elementos e informações que permitem avaliar a inclusão do paciente na atenção domiciliar, abrangendo aspectos clínicos e administrativos (BRASIL, 2012a). Paiva *et al.* (2016) conceituam os aspectos clínicos

como a situação do quadro do paciente, aos procedimentos assistenciais e à frequência de visitas. Já os aspectos administrativos, para essas autoras, referem-se às condições operacionais e legais para que o atendimento do paciente seja realizado, o que inclui residir no município e possuir ambiente domiciliar minimamente adequado e seguro para receber o paciente.

A referência do paciente pode advir de concordância e encaminhamento do médico assistente, seja na chamada Atenção Básica, no Serviço de Urgência e Emergência ou em hospital. Tal referência, conforme registra Brasil (2012a) precisa de protocolo ou instrumento de contrarreferência, com relatório detalhado contendo dados importantes para avaliação do quadro clínico do paciente. Deve, também, possuir um cuidador quando o usuário se encontra com dependência funcional (BRASIL, 2012a).

O Serviço de Atenção Domiciliar do SUS tem como objetivos, além da redução da demanda por atendimento hospitalar ou diminuição do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção à saúde destes, com o aumento da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016a).

Atualmente, há equipes implantadas (em funcionamento) em 25 estados, estando o programa disponível a cerca de 26% da população brasileira e tendo atendido, em média, 34 mil pacientes por mês, no ano de 2016 (BRASIL, 2017b).

No tangente à legislação, sabe-se que em 2002 foi aprovada a Lei nº 10.424 (BRASIL, 2002), que acrescenta capítulo e artigo na Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. No entanto, o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar foi instituído somente em 2006 pela RDC nº 11 da ANVISA (BRASIL, 2006c). Ademais, a Portaria nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas.

Conforme aponta Brasil (2012a), compete à gestão municipal a organização do sistema de saúde para a efetivação da atenção domiciliar na chamada Atenção Básica, considerando os princípios e diretrizes propostos nesse documento como norteadores dessas ações. A organização do atendimento domiciliar dá-se em três modalidades – Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) –, pautadas de acordo com grau de complexidade e a frequência das visitas domiciliares necessárias para o cuidado a ser prestado.

A criação do modelo, de acordo com os apontamentos de Brasil (2016) configurou uma evolução, pois permitiu o registro de informações inéditas de caráter individualizado – como dados de origem/destino do usuário e tempo de permanência –, otimizando a assistência. Adicionalmente, está sendo implantado o e-SUS Atenção Básica. O programa Melhor em Casa terá como novo sistema de informação o módulo e-SUS AD vinculado ao e-SUS Atenção Básica. Mais especificamente, com a criação do módulo, busca-se qualificar o registro de informações, possibilitando sua realização de forma mais ágil e com menor perda de dados, bem como auxiliar a gestão e regulação do cuidado e a integração com outros serviços da rede de atenção à saúde.

O manual de monitoramento e avaliação do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde – Brasil (2016b) afirma que a atenção domiciliar no SUS acha-se em total processo de ampliação, qualificação e consolidação. Para tanto, foi necessário tornar central a criação de um sistema de informações mais apropriado às especificidades e ao modo de trabalho da atenção domiciliar. Nesse sentido, em 2012, foi instituído o sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar, com a finalidade de registrar de forma mais organizada os atendimentos e as ações da atenção domiciliar.

Em relação ao incentivo financeiro, conforme aponta Brasil (2016a), serão repassados recursos, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado. Essa mesma Portaria nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), condiciona alguns requisitos para recebimento e outros para exclusão do incentivo financeiro.¹⁷

4.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente capítulo traçou um breve panorama relativo à regulamentação do serviço de assistência domiciliar no decorrer do tempo, bem como à legislação e à regulamentação que

¹⁷ “Art. 35. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 34 será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos: I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD; II - habilitação do Município, Estado ou Distrito Federal com o quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU); e III - inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal.

Art. 36. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações: I - inexistência ou desativação do estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas; II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica; III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou IV - falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.” (BRASIL, 2016a).

dispõem sobre a assistência domiciliar ofertada pelo SUS. Além disso, explanou-se a respeito das definições de assistência domiciliar, concluindo-se que existem diversos termos para designar o cuidado no domicílio, tais como assistência domiciliar (predominante), atenção domiciliária, atenção médica domiciliária, internação domiciliar, hospitalização domiciliar e *home care*.

Alguns autores, como Bellido (1998), acreditam que essa multiplicidade de termos sinônimos ou equivalentes deriva das dificuldades históricas de expressar claramente as características dessa modalidade assistencial, diferenciando-a das outras formas de assistência. Particularmente, o COFEN, por exemplo, em sua Resolução nº 464, de 2014 (COFEN, 2014), define a atenção domiciliar como sendo ações desenvolvidas no domicílio da pessoa que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e ao tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e cuidados paliativos, definição esta relativamente coincidente com o entendimento do Senado Federal e do SUS.

No que concerne à disponibilização dessa assistência, verificou-se que, embora a Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos de saúde, não inclua a atenção domiciliar entre as coberturas obrigatórias, o Senado decidiu pela prestação dessa assistência. Contudo, destacou-se que tanto o SUS quanto o Senado, ao optarem por oferecer assistência domiciliar aos seus beneficiários, devem obrigatoriamente observar as regras descritas nos comandos da RDC da ANVISA nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c). Assim, o SUS presta assistência domiciliar, considerando as regras dessa resolução, por meio do programa Melhor em Casa, que instituiu diretrizes para a organização e funcionamento da AD no âmbito público.

No tocante à enfermagem do SIS, destaca-se que o enfermeiro é quem, em grande medida, dá a autorização prévia do *home care*, por meio da análise do quadro de saúde do paciente. Para isso, ele utiliza instrumentos (Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID e Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar – NEAD, constantes nos Apêndices I e II) que tornam essa avaliação inicial objetiva e com critérios claros. O enfermeiro do SIS é responsável, ainda, pela autorização de equipamentos e insumos que porventura sejam necessários à cobertura do plano durante o decorrer de toda a assistência do *home care* para cada beneficiário. A regulamentação da AD do Senado Federal é regida pelo Regulamento do SIS e pela IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c). Esta será mais bem esclarecida no próximo capítulo.

Observa-se que os programas de AD do Senado e do SUS estão estruturados com equipe multidisciplinar e são caracterizados por ações de promoção à saúde, prevenção e

tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. Além dessa característica comum, outras serão confrontadas e explanadas no Capítulo 6, que dispõe sobre os resultados.

O estudo do programa Melhor em Casa, por conseguinte, é importante para o entendimento mais apurado quanto à presença de isomorfismo institucional na prestação de AD desses órgãos. Como visto no capítulo anterior, o isomorfismo é um conceito importante dentro da Teoria Institucional e busca explicar como e por que as organizações tomam a forma que tem.

Powell e DiMaggio (1991) voltaram suas pesquisas para forças coercitivas (pressões ambientais externas), miméticas (capacidade de assumir formas ou estruturas convenientes) e normativas (leis, normas e condutas que modificam o ambiente), na busca do entendimento da homogeneidade e da similaridade entre departamentos e organizações. Essas teorias, portanto, permitirão entender, no decorrer desta pesquisa, o porquê de o aporte teórico da assistência domiciliar oferecida pelo Senado ser parecida com a assistência prestada pelo SUS.

No Capítulo 5 será apresentado, de forma sumária, o exercício da função administrativa do Poder Legislativo federal, explicitando mais detalhadamente a organização e o funcionamento dos serviços administrativos do Senado Federal, tratando, em especial, da estrutura e organograma do Sistema Integrado de Saúde (SIS). Ademais, será examinado o programa de assistência domiciliar do SF, explicitando suas normatizações e especificidades. Será discutido, ainda, que o programa de assistência domiciliar gera benefícios tanto para o paciente como para o plano de saúde, promovendo-se um levantamento da quantidade de beneficiários inseridos em cada modalidade de AD ofertada pelo Senado.

5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA FUNÇÃO ADMINISTRATIVA DO PODER LEGISLATIVO FEDERAL

O presente capítulo apresenta de forma sumária a função administrativa do Estado e seu exercício de forma subsidiária (ou atípica) no âmbito do Poder Legislativo. Faz-se necessária essa breve abordagem para que se compreenda que a gestão de pessoas e, portanto, a regulamentação e o funcionamento do plano de saúde também são competências das Casas Legislativas. Pretende-se, ainda, proceder a uma delimitação do objeto de estudo, explicando-se a estruturação do Sistema Integrado de Saúde (SIS) para melhor compreensão da oferta de assistência domiciliar (AD) pelo Senado Federal.

O Brasil é uma república federativa e tem como princípio fundamental o da separação dos poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário), considerado fundamental e para se constituir um Estado democrático de direito. Segundo a definição clássica, a cada poder compete exercer uma das funções típicas do Estado: ao Poder Legislativo compete a função de legislar; ao Poder Judiciário compete exercer a jurisdição; ao Poder Executivo compete a função administrativa (OLIVEIRA, 2003). Essa rígida separação prevista no modelo inicial de tripartição do poder do Estado, na prática, evoluiu para um modelo onde cada poder, em certa medida, exercita as três funções típicas do Estado: uma em caráter preponderante e as outras a título excepcional ou em caráter subsidiário daquela (BASTOS, 2010). Sem embargo do exercício da função de legislar, o Legislativo exerce de igual sorte funções atípicas quando administra (concessão de licença para os seus funcionários, por exemplo), quando fiscaliza o Executivo e quando exerce a função jurisdicional ao julgar o Presidente da República e os Ministros de Estado por crime de responsabilidade (MOTA; SPITZCOVSKY, 2004).

O Poder Legislativo é exercido pelo Congresso Nacional, composto por Câmara dos Deputados e Senado Federal. Enquanto a Câmara é formada por representantes do povo, o Senado é a Casa Legislativa onde estão reunidos os representantes dos estados e do Distrito Federal. Os senadores são brasileiros (natos ou naturalizados), mas a presidência do Senado só pode ser exercida por brasileiro nato. Cada estado, assim como o Distrito Federal, possui o número definido de três senadores que são atualizados parcialmente (em 1/3 ou 2/3) de quatro em quatro anos, efetuando um mandato de oito anos, que representa duas legislaturas. Os senadores, em número de 81, são eleitos pelo sistema majoritário simples (MARTINS, 2013). Não obstante dessa estrutura ser essencial para a elaboração de leis e a fiscalização orçamentária – enquadrados como função típica – destaca-se, aqui, a necessidade de um arcabouço bem estruturado de normas internas contemplando suas funções administrativas.

As duas Casas do Poder Legislativo possuem regulamentos que preveem a organização e funcionamento dos serviços administrativos, como, por exemplo, os programas de assistência à saúde. A esse respeito, tanto o Senado Federal quanto a Câmara dos Deputados possuem programas distintos em relação à assistência à saúde de seus servidores. Com esta finalidade, enquanto aquele implantou o Sistema Integrado de Saúde (SIS), esta desenvolve a assistência à saúde do servidor e dependentes por meio do Programa de Assistência à Saúde – PRÓ-SAÚDE. Ambos os planos de saúde são classificados como de autogestão e possuem, atualmente, convênio com a Caixa Econômica Federal (CEF), compartilhando a rede credenciada do Saúde CAIXA. Cabe aqui apresentar, brevemente, uma explicação do plano de saúde da Câmara dos Deputados, observando uma tendência a similaridade ou equivalência com o plano do Senado Federal, especialmente em relação à prestação de assistência domiciliar.

5.1 DOS TIPOS DE OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE

A prestação de serviços de assistência à saúde manifesta-se, basicamente, de duas formas: seguro-saúde e planos de saúde propriamente ditos. O seguro-saúde, dentro dessas modalidades de assistência privada à saúde, foi instituído no Brasil pelo Decreto-Lei nº 73, de 1966. Nesse modelo, a seguradora garante o pagamento, diretamente ou mediante reembolso, dos gastos do segurado com assistência médica e hospitalar. Observa-se que as seguradoras não disponibilizam assistências médica e hospitalar próprias: as pessoas pagam um valor para a seguradora e, quando necessitam de alguma assistência médica, a empresa seguradora reembolsa as despesas geradas (SANTOS, 2019).

Nas cooperativas médicas, os próprios médicos cooperados são os donos do negócio, reunindo-se em uma associação para prestar assistência médica ambulatorial e hospitalar aos usuários que se credenciam junto à cooperativa (TEIXEIRA, 2000). Assim, transformam-se os médicos, a um só tempo, em sócios que participam dos resultados financeiros da cooperativa e em prestadores de serviços à empresa de que são sócios (SANTOS, 2019). Um dos maiores exemplos desse modelo é a cooperativa de trabalho médico UNIMED.

Há, também, as operadoras “tradicional” de planos de saúde, cuja atividade econômica reside na disponibilização de uma rede médica e hospitalar para os seus beneficiários, mediante o pagamento de uma mensalidade. Conforme aponta Santos (2019), a operadora de plano de saúde faz, basicamente, dois contratos. O primeiro deles consiste em um pacto com o beneficiário, em que ficam estipulados os direitos e obrigações de cada uma das partes. De forma bem sucinta e no que mais importa, constata-se que ficam estabelecidos, nesse

contrato, a extensão da cobertura, mediante uma dada contraprestação mensal pelo beneficiário, e os tratamentos não cobertos pelo contrato. Em outra ponta, a operadora do plano de saúde firma outro contrato com os prestadores efetivos dos serviços de saúde (profissionais médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, e hospitais), que basicamente terão que prestar os seus serviços para os beneficiários dos planos de saúde.

Outra categoria – e a que mais nos chama a atenção – são as operadoras do tipo “autogestão”. Destaca-se que tanto o SIS do Senado Federal quanto o PRÓ-SAÚDE da Câmara dos Deputados são caracterizados como de autogestão, pois não têm fins lucrativos e instituem e administram o plano de saúde de seus beneficiários. Nesse tipo de organização, são reduzidos os custos administrativos, publicitários e com intermediadores, que normalmente acabam por onerar as empresas especializadas em planos de saúde. Nessa triangulação, a operadora do plano de saúde coloca-se como um intermediário entre o beneficiário e o prestador de serviço, assumindo inúmeras obrigações com um e com outro (SANTOS, 2019). Assim, o SF elabora o desenho do seu plano de saúde e o administra de forma direta, definindo as regras de operacionalização. O órgão arca, dessa forma, com os riscos, utilizando o regime de pagamento por serviços prestados, que atualmente são executados por meio de uma rede credenciada.

5.2 CÂMARA DOS DEPUTADOS: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – PRÓ-SAÚDE

O PRÓ-SAÚDE foi instituído pelo Ato da Mesa nº 72, de 1993 (BRASIL, 1993b), e é regido pelo Ato da Mesa nº 75, de 2006 (BRASIL, 2006a). Este, destarte, aprovou o novo regulamento do Programa de Assistência à Saúde da Câmara dos Deputados (CD). O PRÓ-SAÚDE tem como objetivo fornecer assistência médica complementar aos servidores e parlamentares da Câmara dos Deputados e a seus dependentes, com vistas à prevenção, ao tratamento, à reabilitação e à recuperação da saúde, mediante modelo associativista de caráter estritamente social, sem fins lucrativos.

Sua prestação de serviços é realizada por meio de instituições públicas ou particular e por profissionais liberais credenciados, conveniados, contratados ou de livre escolha do beneficiário, com participação financeira do titular. Para a disponibilização da rede credenciada, a Câmara dos Deputados celebrou convênio com a CEF, em acordo com o Programa de Assistência Médica Supletiva – Saúde CAIXA (entidade fechada de autogestão de assistência à saúde).

Conforme registra o Ato da Mesa nº 75, de 2006 (BRASIL, 2006a), são considerados titulares do PRÓ-SAÚDE:

- (I) servidores ocupantes de cargo efetivo da Câmara dos Deputados;
- (II) servidores aposentados da Câmara dos Deputados;
- (III) pensionistas vinculados à Câmara dos Deputados em decorrência de falecimento de servidor, deputado ou ex-parlamentar;
- (IV) deputados federais no exercício do mandato;
- (V) deputados federais aposentados pelo Plano de Seguridade Social dos Congressistas (PSSC), nos termos da Lei nº 9.506, de 1997, ou pelo extinto Instituto de Previdência dos Congressistas – IPC;
- (VI) deputados federais aposentados em regime próprio de previdência distinto do PSSC que, no exercício do mandato, tenham ingressado no PRÓ-SAÚDE, nos termos do Ato da Mesa nº 97, de 1998, e em até 120 (cento e vinte) dias de sua publicação, e contribuído ininterruptamente para o Programa pelo período mínimo de seis anos;
- (VII) ex-deputados federais que tenham cumprido o período mínimo de quatro anos de contribuição ao Instituto de Previdência dos Congressistas – IPC, sem restituição, e efetivamente exercido o mandato parlamentar durante pelo menos duas legislaturas, quando da liquidação daquele Instituto;
- (VIII) deputados federais não reeleitos que, no exercício do mandato, optarem por permanecer inscritos como beneficiários do PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2006a).

5.2.1 Deputados federais

O deputado federal no exercício do mandato poderá inscrever-se, facultativamente, mediante requerimento a ser apresentado no prazo de 60 dias, contados da posse, após o que serão aplicados os prazos de carência previstos no art. 19 do Regulamento do PRÓ-SAÚDE e no Ato da Mesa nº 75, de 2006 (BRASIL, 2006a). Os deputados reeleitos inscritos no Programa na legislatura decorrida terão sua inscrição recuperada automaticamente.

Os deputados suplentes no exercício do mandato também têm direito ao programa, desde que contribuam. O prazo de inscrição no PRÓ-SAÚDE para esses deputados, por sua vez, renovar-se-á cada vez que for convocado. Porém, no retorno do deputado titular do mandato, quando se tratar de suplente convocado em caráter de substituição, terá sua inscrição cancelada.

Ademais, é permitida a permanência no Programa de deputado federal regularmente afastado (até 120 dias), sem remuneração paga pela Câmara, bem como de servidor efetivo, em caso de licença sem vencimentos, mediante débito autorizado em conta corrente do titular, para pagamento das contribuições e participações devidas ao PRÓ-SAÚDE.

5.2.2 Recursos financeiros do PRÓ-SAÚDE

Os recursos financeiros do PRÓ-SAÚDE advêm da dotação orçamentária alocada na atividade própria do orçamento da Câmara dos Deputados e da participação dos titulares, mediante desconto em folha de pagamento ou débito autorizado em conta corrente (BRASIL, 2006a). Essa participação compreende a contribuição mensal, de caráter obrigatório, e a participação nas despesas realizadas pelos beneficiários. Outros recursos do plano provêm de doações e transferências recebidas, de restituições recolhidas por titulares e de rendimentos de aplicações financeiras, entre outras receitas.

É importante ressaltar que o plano de saúde se sujeita a auditoria financeira, administrativa e operacional realizada pela Secretaria de Controle Interno da CD. Sendo a prestação de contas anual de suas atividades é apreciada pelo Conselho Diretor após emissão de parecer pela Secretaria de Controle Interno da Câmara dos Deputados, e é submetida à aprovação da Mesa Diretora daquela Casa Legislativa (BRASIL, 2006a).

5.2.3 Assistência domiciliar ofertada pelo PRÓ-SAÚDE

A utilização dos serviços de assistência aos beneficiários dá-se por meio de escolha dirigida¹⁸ ou livre escolha¹⁹. O PRÓ-SAÚDE compreende as modalidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, assistências domiciliares, psiquiátrica, odontológica, psicossocial e tratamento fisioterápico, entre outros programas especiais.

A Resolução nº 1, de 2017, da Câmara dos Deputados estabelece que a assistência domiciliar consiste em uma alternativa à internação hospitalar, com propósitos de assegurar melhor qualidade de vida para o paciente, geralmente egresso de hospitalização prolongada, em condições de alta hospitalar e hemodinamicamente estável. A assistência domiciliar, em cada caso, conforme a resolução supracitada, depende de prévia autorização do PRÓ-SAÚDE e ocorre por meio de serviços prestados pela rede credenciada do Programa ou mediante ressarcimento das despesas realizadas.

¹⁸“Assistência prestada ao beneficiário por entidade ou profissional credenciado pelo PRÓ-SAÚDE, mediante apresentação obrigatória do cartão de beneficiário do Programa, com participação do titular no custeio das despesas, em conformidade com o disposto no art. 37 do Regulamento do Pró-Saúde e Ato da Mesa nº 75, de 7 de fevereiro de 2006” (BRASIL, 2006a).

¹⁹“Assistência prestada ao beneficiário por entidade ou profissional fora da rede credenciada, procedendo-se ao ressarcimento das despesas até o limite das tabelas adotadas pelo PRÓ-SAÚDE, sobre o qual incidirão o percentual e o limite de participação previstos no art. 37 do Regulamento do Pró-Saúde e Ato da Mesa nº 75, de 7 de fevereiro de 2006” (BRASIL, 2006a).

Essa assistência é atualmente prestada de forma semelhante à assistência domiciliar ofertada pelo SF. Ambas utilizam a rede credenciada da Caixa Econômica Federal – CEF e decidem sobre o pedido, indicando o nível de complexidade da assistência, podendo incluir ou excluir procedimentos, materiais, serviços, equipamentos e medicamentos que se fizerem necessários ao tratamento.

5.3 SENADO FEDERAL – SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE – SIS

O Regulamento Administrativo do Senado Federal (BRASIL, 2018b), parte integrante do seu Regimento Interno, discrimina a organização e o funcionamento dos serviços administrativos, as condições de revisão do processo administrativo e de provimento e vacância dos cargos e funções, as respectivas competências, e disciplina o regime jurídico dos servidores da Casa.

Do ponto de vista da administração do plano de saúde, o Regulamento Administrativo do SF incumbe à Comissão Diretora do Senado Federal aprovar as medidas e normas complementares necessárias à implantação e desenvolvimento do Sistema Integrado de Saúde – SIS, a formulação de políticas, objetivos, diretrizes e metas, bem como a superior supervisão e fiscalização dos atos administrativos no âmbito da instituição, nos termos do Regimento Interno e de ato próprio definidor das competências e atribuições de cada um de seus membros.

Ademais, o art. 152 do mencionado Regulamento destina ao SIS a gerência e implementação do plano de assistência à saúde dos servidores do Senado Federal e de seus dependentes, que, conforme dito na introdução, possui caráter estritamente social, sem fins lucrativos, e rege-se por regulamento próprio, como será visto a seguir.

Antes de discorrer sobre a estrutura do SIS propriamente dita, é importante explicar brevemente acerca dos planos privados de assistência à saúde. Assim, será possível entender melhor a dinâmica do funcionamento do SIS.

5.3.1 Surgimento e características do SIS

O SIS foi instituído pela Resolução do Senado Federal nº 86, de 1991, que descreveu sua finalidade de proporcionar aos servidores do Senado e de seus órgãos supervisionados, a seus dependentes e aos pensionistas da União vinculados àquela Casa Legislativa assistência unificada ao tratamento e à recuperação da saúde, de caráter rigorosamente social, sem fins lucrativos e sob modelo de gestão fechada.

O Plano de Assistência à Saúde do SIS compreende os tratamentos em regime ambulatorial, hospitalar e de assistência domiciliar, incluindo o *home care*. O atendimento ambulatorial, conforme o regulamento do SIS, compreende consultas médicas; tratamentos fisioterápicos por acupuntura, psicoterápicos e de fonoaudiologia; procedimentos cirúrgicos de pequeno porte; tratamentos e procedimentos odontológicos; e exames em laboratório de análises clínicas e de diagnóstico por imagem. Já o atendimento hospitalar compreende a internação para tratamento clínico ou cirúrgico, que deve ser previamente autorizado pelo SIS, após manifestação da perícia, ressalvadas as internações em caso de emergência ou urgência:

Art. 22. O plano de Assistência à Saúde do SIS adotará tabelas contendo a discriminação de todos os procedimentos e serviços cobertos, com os respectivos preços. [...]

§ 2º Os tratamentos cobertos serão aqueles determinados pelo rol de cobertura obrigatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com suas respectivas diretrizes de utilização, e rol complementar, elaborado pela perícia do SIS e aprovado pelo Conselho de Supervisão do SIS (BRASIL, 2018c).

Os beneficiários do SIS são categorizados em beneficiário titular ou beneficiário dependente. A inscrição de beneficiários dependentes é feita pelo beneficiário titular ou por seu representante legal. O Quadro 6 apresenta quem pode ser considerado beneficiário do SIS e o classifica em beneficiário titular ou dependente, conforme o art. 3º do Regulamento do SIS (BRASIL, 2018c), anexo ao Ato da Comissão Diretora nº 2, de 2018.

Quadro 6 - Beneficiários do SIS, desde que regularmente inscritos

Beneficiários titulares	I- o servidor ativo e o servidor inativo do Senado Federal;
	II- o titular de pensão alimentícia por morte de servidor efetivo, ativo ou inativo, do Senado Federal.
Beneficiários dependentes do servidor ativo e inativo do SF	I- o cônjuge;
	II- o companheiro ou companheira;
	III- o filho ou enteado solteiro menor de 21 anos;
	IV- o filho ou enteado solteiro maior de 21 anos e menor de 24 anos, desde que estudante regularmente matriculado em curso de graduação em ensino superior ou em escola técnica de segundo grau;
	V- o filho ou enteado inválido de qualquer idade, não enquadrado nas hipóteses previstas nos incisos III e IV, que viva sob dependência econômica exclusiva do servidor;
	VI- o menor de 21 anos, solteiro, sob a guarda judicial e que viva sob dependência econômica exclusiva do servidor;
	VII- pessoa, de qualquer idade, sob guarda judicial ou tutela judicial, que viva sob dependência exclusiva do servidor;
	VIII- o pai ou padrasto, a mãe ou madrasta, que viva sob a dependência econômica exclusiva do servidor.

Fonte: Regulamento do SIS (BRASIL, 2018c).

5.3.3 Senadores da República

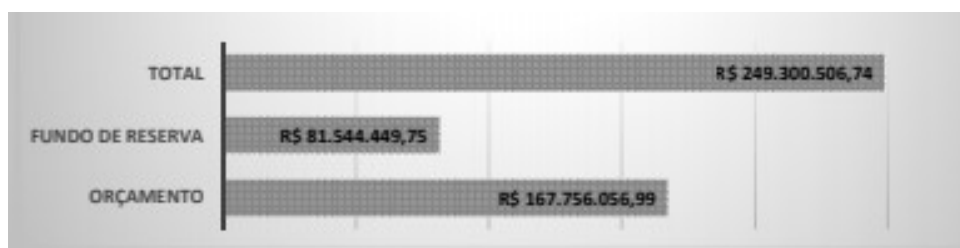
Apesar de o Regulamento do SIS não dispor sobre a assistência à saúde dos senadores e seus dependentes e dos ex-senadores e seus cônjuges, ela é regida pelas normas do Ato da Comissão Diretora nº 9, de 1995, do SF (BRASIL, 1995). Esse ato considera ex-senador aquele que tenha exercido o mandato como titular, mesmo que tenha sido em decorrência de morte, renúncia ou cassação de outro senador (de acordo com a redação dada pelo Ato da Comissão Diretora nº 2, de 2003 (BRASIL, 2003). No entanto, somente farão jus aos benefícios estabelecidos pelos SIS os ex-senadores que tenham exercido o mandato por um período mínimo de 180 dias consecutivos e que tenham participado de sessão deliberativa no Plenário. Ademais, o ex-senador, de acordo com o Ato da Comissão Diretora nº 9, de 1995, no tempo em que estiver no exercício de outro cargo público em nível federal, estadual ou municipal, ou vinculado a outro sistema de previdência social, não fará jus aos benefícios previstos no Ato nº 2, de 2003.

Fruto do Ato da Comissão Diretora nº 17, de 2014 (BRASIL, 2014c), cabe ressaltar que os senadores e seus dependentes, bem como os ex-senadores e seus cônjuges, tiveram estendidos os direitos de assistência à saúde do SIS, mediante o pagamento de contribuições

mensais, a contar de março de 2015. De acordo com o ato em epígrafe, todas as despesas com assistência à saúde dos senadores e seus dependentes e de ex-senadores e seus cônjuges, ainda que pagas ao Saúde CAIXA ou instituição que o suceda, serão contabilizadas separadamente das despesas com assistência à saúde dos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde, sendo vedada a utilização do fundo de reserva desse sistema para custear direta ou indiretamente despesa previstas com senadores.

Sendo assim, os gastos com a assistência à saúde dos senadores e ex-senadores são suportados tão somente pelo orçamento da Casa, visto que há vedação expressa de uso do fundo de reserva para o custeio de tais dispêndios. Já as despesas com a assistência à saúde dos servidores e seus dependentes são suportadas pelo orçamento da Casa e pelo fundo de reserva. O SIS disponibiliza anualmente, em sua página, um painel com a prestação de contas dos últimos anos. As despesas dos servidores, referentes a 2019 estão demonstradas na Figura 6.

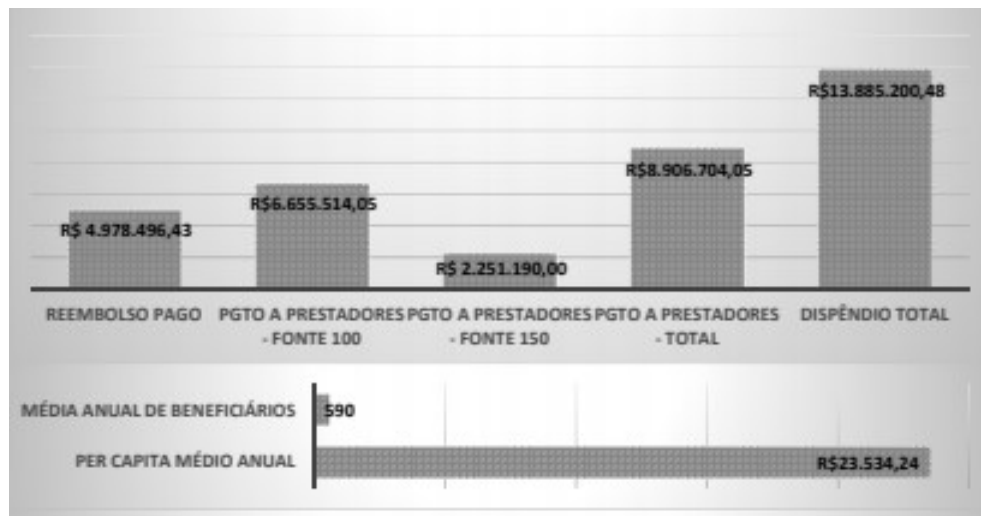
Figura 6 - Gastos totais, em 2019, com o plano de saúde dos servidores



Fonte: Brasil, 2020b.

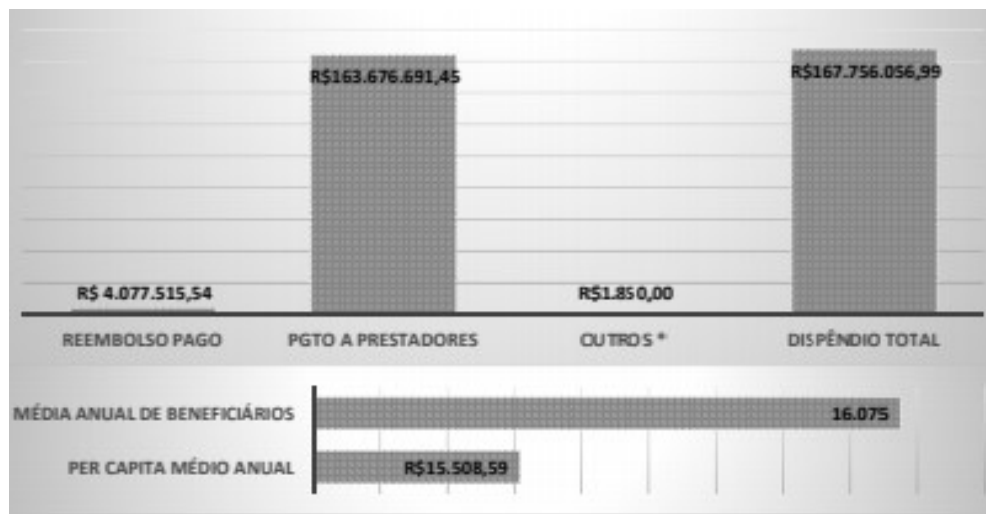
O SIS é responsável pela cobertura de uma média de 16.500 vidas. As Figuras 7 e 8 demonstram a quantidade de beneficiários e a média dos gastos per capita em 2019 dos parlamentares e servidores, respectivamente.

Figura 7 - Assistência à saúde de senadores e ex-senadores no ano de 2019



Fonte: Brasil, 2020b.

Figura 8 - Assistência à saúde de servidores no ano de 2019



Fonte: Brasil, 2020b.

Ressalta-se que esses dados servem para descrever melhor os gastos do SIS com as despesas de saúde dos seus servidores, proporcionando um maior entendimento. No entanto, este trabalho não tem a intenção de fazer análise de custos, mas, sim, de oferecer ideias apoiadas fundamentalmente na Teoria Institucional que proporcionem um melhor entendimento da estrutura do SIS e, mais precisamente, da AD ofertada por esse plano.

Adicionalmente, tanto as despesas médicas e hospitalares dos servidores quanto as dos parlamentares, decorrentes dos serviços prestados por instituições credenciadas, públicas ou

privadas, ou ainda pela livre escolha do profissional liberal ou instituição não credenciada, são objeto de análise, conferência e perícia, realizadas pela Secretaria Integrada de Saúde, de acordo com as normas estabelecidas pelo regulamento do SIS e pela Comissão Diretora.

Por fim, de acordo com o Ato da Comissão Diretora nº 5, de 2016 (BRASIL, 2016c), o ex-senador ou seu cônjuge terão suspensos todos os direitos relativos à assistência à saúde previstos no Ato da Comissão Diretora nº 9, de 1995 (BRASIL, 1995), ou em outros normativos, inclusive o direito ao uso da rede credenciada e ao ressarcimento de quaisquer despesas, caso solicite expressamente sua exclusão ou deixe de pagar 12 contribuições mensais, consecutivas ou não, restabelecendo-se os direitos somente 90 dias após a quitação do saldo devedor atualizado monetariamente, ressalvadas as hipóteses de urgência e emergência.

5.4 ESTRUTURA DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

No organograma do Senado Federal, apresentado na Figura 9, o Sistema Integrado de Saúde - SIS está subordinado à Secretaria de Gestão de Pessoas (SEGP), a qual compete, entre outras atribuições, (i) prever, coordenar, controlar e dirigir os serviços relativos à prestação de assistência médica de urgência e emergência nas dependências do Senado Federal; (ii) exercer as atividades necessárias à execução do plano de assistência à saúde dos servidores ativos e inativos do SF, bem como dos pensionistas; (iii) coordenar o SIS, tendo como premissa básica a promoção, tratamento, recuperação e manutenção da saúde; e (iv) integrar o Conselho de Supervisão do SIS, nos termos do art. 55, inciso IV, do Regulamento do programa.

Figura 9 - Organograma administrativo do Senado Federal



Fonte: Brasil, 2020a.

O plano de saúde do Senado é financiado com recursos da União, alocados ao Senado Federal na lei orçamentária anual, e do Fundo de Reserva do SIS. Para tanto, o SF destina ao SIS, anualmente, o valor correspondente a, pelo menos, 3,5% da dotação consignada na lei orçamentária anual para sua despesa total com pessoal e encargos sociais. Já o Fundo de Reserva do SIS destina-se à cobertura de eventuais insuficiências dos recursos alocados pela União no orçamento do Senado Federal para o plano de assistência à saúde. A Figura 10 demonstra o custo total do SIS em 2019.

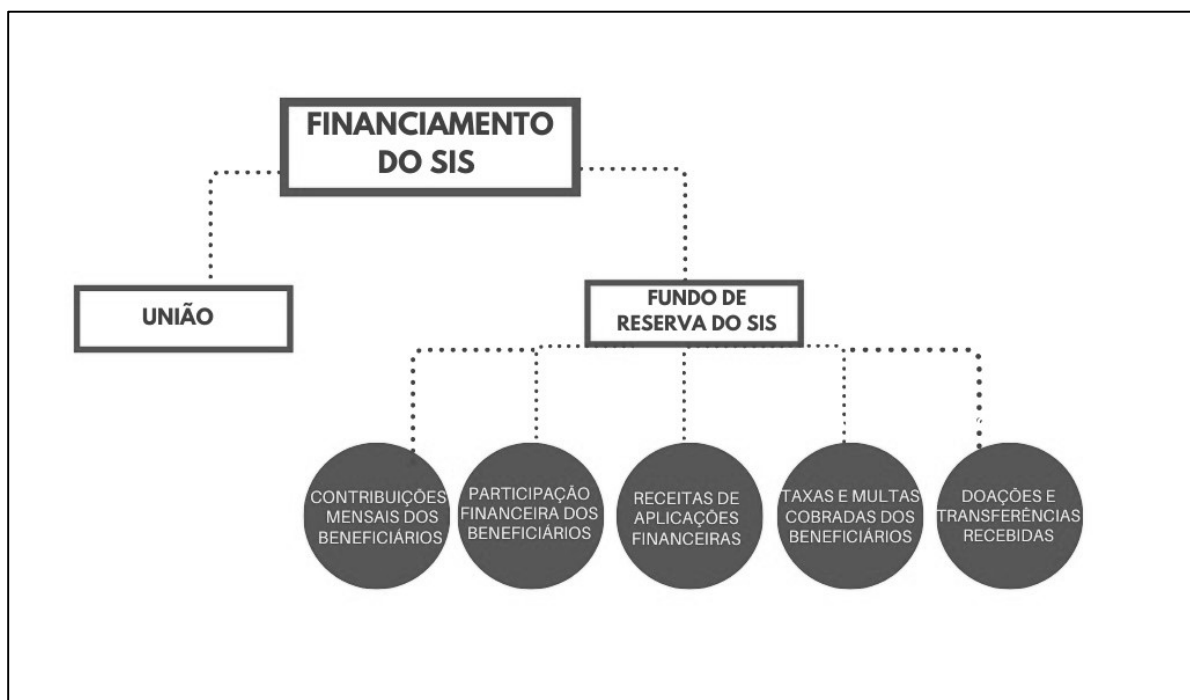
Figura 10 - Custo total do SIS, em 2019



Fonte: BRASIL, 2020b.

Conforme dispõe o art. 55, inciso V, do Regulamento do SIS, o Fundo de Reserva é formado pelas seguintes parcelas: contribuições mensais dos beneficiários; participação financeira dos beneficiários nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício; receitas de aplicações financeiras; taxas e multas cobradas dos beneficiários; e doações e transferências recebidas. Constitui-se, portanto, como reserva estratégica para garantir a preservação do SIS.

Figura 11 - Financiamento do SIS



Fonte: Elaborada pela autora, com base no regulamento SIS (BRASIL, 2018c).

A contribuição mensal é cobrada de cada beneficiário independentemente da utilização dos serviços oferecidos pelo SIS, enquanto a participação financeira dos beneficiários se refere

às despesas do SIS realizadas em seu benefício. Ambas são calculadas de acordo com tabelas aprovadas pelo Conselho de Supervisão do programa.

Todo beneficiário do SIS está suscetível ao pagamento de contribuição mensal e de participação financeira nas expensas realizadas em seu favor. Para fins de exemplificação, a Tabela 1 apresenta os valores de contribuições mensais segundo vinculação e faixas etárias.

Tabela 1 - Valores de contribuições mensais, segundo vinculação e faixas etárias (R\$)

Vinculação	Faixas etárias													
	Até 21	21 a 22	23 a 24	25 a 26	27 a 30	31 a 33	34	35 a 38	39 a 42	43 a 46	47 a 50	51 a 54	55 a 58	>=59
Titular, cônjuge, companheiro (a), filho ou enteado inválido	254,07	254,07	260,61	260,61	269,33	280,33	280,33	293,46	310,94	330,68	352,56	376,63	405,06	427,93
Filho(a), enteado(a)	254,07	254,07	260,61											
ESTUDANTE														
Filho(a), enteado(a)	254,07	576,28	576,28	576,28	757,91	785,63								
NÃO ESTUDANTE														
Mãe, pai, madrasta, padrasto	363,48	363,48	373,35	373,35	386,48	402,92	402,92	422,58	448,86	478,38	511,24	547,33	590,05	691,80
Pessoa inválida(o)	363,48	363,48	373,35	373,35	386,48	402,92	402,92	422,58	448,86	478,38	511,24	547,33	590,05	691,80
Menor sob guarda judicial	363,48													

Fonte: Brasil, 2019.

Conforme especifica a IN nº 12, de 2018 (BRASIL, 2018a), do Conselho de Supervisão do SIS, ao beneficiário titular compete participação financeira em virtude da utilização dos serviços oferecidos pelo plano de assistência à saúde, por ele ou seu beneficiário dependente, calculada conforme o tipo de atendimento.

A IN nº 12, de 2018, informa que nos atendimentos realizados em regime de internação hospitalar ou domiciliar (*home care*), urgência e emergência, a participação do beneficiário corresponde ao percentual de 5%. Nos atendimentos ambulatoriais, essa participação corresponde a dois percentuais: (i) 30%, para atendimento ambulatorial em geral e assistência domiciliar que não seja em regime de internação; e (ii) 5%, para atendimento ambulatorial de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva.

A participação do beneficiário relacionada com o uso de instituições de notória especialização, como, por exemplo, a Sociedade Beneficente de Senhoras, o Hospital Sírio-

Libanês e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, será de 30%, independentemente do regime de atendimento. A Tabela 2 tem por função compilar os dados acima, para facilitar a visualização dos dados.

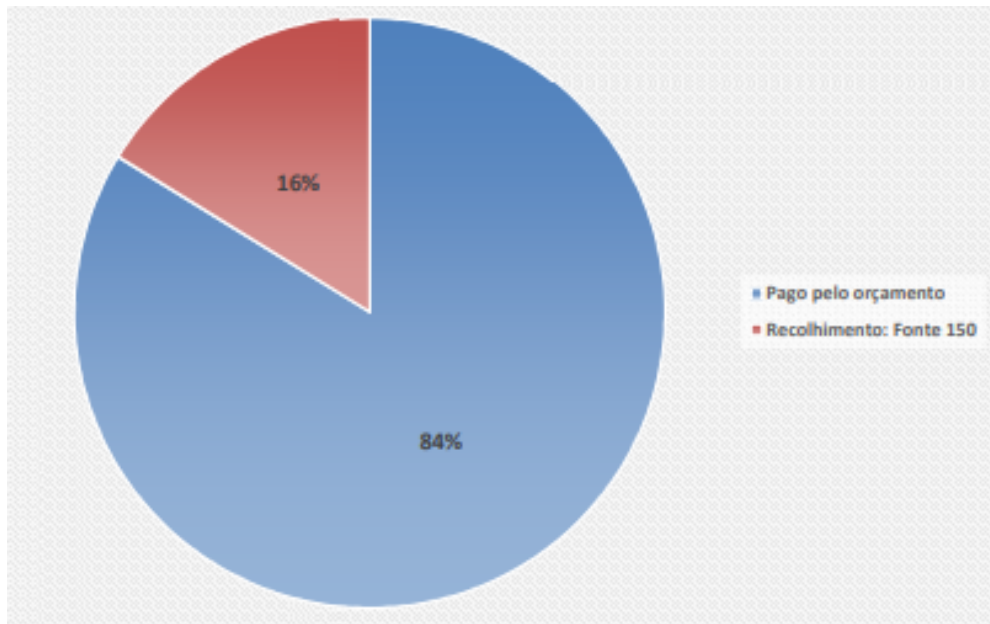
Tabela 2 - Limite de coparticipação – SIS

Procedimento	Percentual do total das despesas com assistência à saúde
Urgência / emergência / internações (inclusive cirurgias eletivas)	5%
Atendimento ambulatorial de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva	5%
Assistência domiciliar que não seja em regime de internação	30%
Atendimentos ambulatoriais gerais	30%

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Brasil (2018a).

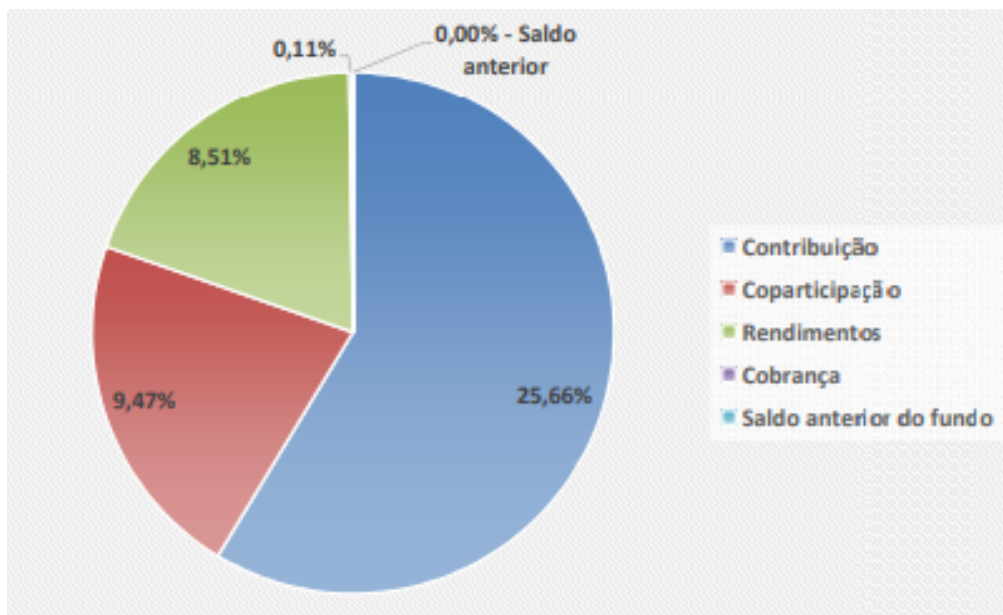
A IN nº 12, de 2018 (BRASIL, 2018a), cita, ainda, que a modalidade de reembolso segue as mesmas regras de participação financeira aplicadas à rede credenciada em relação ao regime de atendimento. Ademais, o limite de desconto mensal de participação financeira do grupo familiar será de 5% da remuneração bruta do beneficiário titular, limitada ao teto remuneratório constitucional dos servidores públicos (IN nº 12, de 2018). Essas contribuições dos parlamentares e dos servidores referentes ao ano de 2019 estão representadas, respectivamente, nas Figuras 12 e 13, conforme explicitado no painel de prestação de contas do SIS, disponibilizado na página do Senado Federal.

Figura 12 - Representatividade das contribuições recolhidas, no ano de 2019, pelo pagamento de contribuição de senadores e ex-senadores, perante o gasto orçamentário total



Fonte: Brasil, 2020b.

Figura 13 - Representatividade das receitas perante o gasto total no ano de 2019



Fonte: Brasil, 2020b.

A administração do SIS e a fiscalização do Fundo de Reserva são exercidas pelo Conselho de Supervisão, pela Secretaria de Gestão de Pessoas e pelo Conselho Fiscal do Fundo de Reserva:

Art. 52. A administração do SIS e a fiscalização do Fundo de Reserva serão exercidas pelos seguintes órgãos:

I – Conselho de Supervisão;

II – Secretaria do SIS;

III – Conselho Fiscal do Fundo de Reserva. (BRASIL, 2012b).

O Conselho Fiscal, segundo a resolução nº 35, de 2012, é o órgão de gestão econômico-financeira e patrimonial do Fundo de Reserva do SIS. Este órgão é composto por 3 servidores efetivos do Senado Federal inscritos como beneficiários titulares do SIS e com notório conhecimento em finanças e controle, selecionados pelo Conselho de Supervisão e nomeados por seu presidente (BRASIL, 2012b).

5.5 CÔNVENIO ENTRE O SENADO E A CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

A estrutura anteriormente descrita é voltada para o gerenciamento e administração do SIS, no tocante a seu financiamento e à gestão de pessoas. No entanto, em se tratando de rede credenciada do SIS, sabe-se que, atualmente, existe um convênio firmado entre o Senado Federal e a Caixa Econômica Federal – CEF, objetivando o uso da rede credenciada do Saúde CAIXA por aquela Casa Legislativa. Em contrapartida, o Senado paga uma taxa de administração para o Saúde CAIXA. Esse convênio permite uma mútua cooperação para a execução e melhoramento dos respectivos planos de saúde e compartilhamento da rede credenciada do Saúde CAIXA. Observan-se, ainda, como vantagens dessa associação:

- a ampliação do quantitativo dos usuários dos serviços de saúde permite ao Saúde CAIXA uma negociação vantajosa dos preços praticados pela rede credenciada (beneficiando tanto a CEF quanto ao Senado).
- a unificação de determinadas rotinas administrativas permite a redução de custos de operacionalização dos planos e o compartilhamento de estudos; e
- o levantamento de procedimentos em diversas especialidades efetuado pela perícia médica do SIS contribui para a redução de despesas nas negociações de preços com a rede de credenciados.

Assim, o SIS disponibiliza aos seus beneficiários assistência domiciliar por meio de empresas credenciadas pelo Saúde CAIXA. Atualmente, existem quatro empresas de *home care* credenciadas por esse programa: Ágape, Geroclínica, Indoor e Policare.

Apesar de a rede de credenciados ser administrada pela CEF, a autorização ou atividade pericial prévia à instalação do *home care* na residência do beneficiário é de responsabilidade do SF, sem prejuízo do poder de escolha do beneficiário entre as quatro

empresas de *home care* credenciadas. Essa perícia prévia tem a finalidade de analisar os critérios de elegibilidade do paciente a essa assistência.

Art. 19. O credenciamento de qualquer instituição pública ou privada como prestadora de serviços ao SIS atenderá aos seguintes requisitos:

I – excelência profissional;

II – existência de instalações adequadas;

III – habilitação técnica requerida pela especialidade;

IV – garantia da concessão do mesmo padrão de atendimento dispensado aos clientes particulares. (BRASIL, 2012b).

Outra opção para o beneficiário é o reembolso do valor de empresa de *home care* particular ou não credenciada, que se submete aos limites do valor de tabela adotada pelo Senado Federal, o que nem sempre é muito vantajoso. Essa opção necessita também de perícia prévia por parte do Senado, que tem como objetivo autorizar ou não a assistência, de acordo com os critérios objetivos adotados na IN que trata de assistência domiciliar desse órgão.

O Sistema Reembolso é executado quando o paciente tem autonomia de escolher e pagar o profissional ou, no caso de *home care*, a empresa de sua preferência, e, na sequência, receber o valor parcial da operadora de plano de saúde de acordo com as tabelas adotadas pelo SIS. Para isso, o pedido de ressarcimento deve ser feito em até 60 dias após a realização do procedimento.

Art. 38 É facultado ao beneficiário do SIS utilizar serviços prestados por profissionais e instituições de sua livre escolha, não credenciados pelo SIS, sendo assegurado ao beneficiário-titular o reembolso parcial da despesa, limitado aos respectivos valores das tabelas adotadas pelo SIS [...] (BRASIL, 2018c).

Por fim, em se considerando o SF como um órgão legislativo preocupado com o arcabouço administrativo e, especialmente, com a estruturação e sustentabilidade do plano de saúde de seus servidores, é de se esperar que haja uma busca pelo aprimoramento de formas de ofertar assistência em saúde, possibilitando a manutenção ou melhoria da qualidade de assistência aos beneficiários do SIS. A assistência em saúde multiprofissional prestada em domicílio para usuários que necessitam de internação hospitalar pode configurar não somente um recurso de conforto psicológico para os usuários, como também uma boa forma de minimizar custos.

Acredita-se, a partir dessas informações, que há características constitutivas da organização pública, assim como fenômenos da Administração pública, que podem ser mais bem compreendidos a partir da Teoria Institucional. Diante disso, convém analisar, segundo o

campo organizacional, a existência de isomorfismos na disponibilização de *home care* pelo Senado Federal. Cabe verificar, ainda, como se deu a mudança organizacional do SIS que proporcionou a oferta desse tipo de assistência, bem como, à luz da Teoria do Institucionalismo, o grau de consolidação e sedimentação do modelo adotado.

5.6 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO SENADO FEDERAL – LINHA DO TEMPO

O princípio da disponibilização da AD no SF teve lugar em 2004, por meio do Ato nº 1 do Conselho de Supervisão do SIS (BRASIL, 2004b). Nesse primeiro momento, permitiu-se, desde que autorizados na modalidade de ressarcimento, o tratamento medicamentoso domiciliar, bem como a “Assistência Domiciliar Hospitalar”. Esse Ato destacou que, para o beneficiário usar o programa, deveria ser portador de doença crônica ou se encontrar em estado terminal e que demandasse recursos tecnológicos hospitalares. Nota-se que, nesse momento, o escopo de atuação de *home care* era limitado a pequenos grupos e se baseava em ressarcimento. Além disso, a participação financeira do usuário nas despesas com AD era de 40%, percentual relativamente alto, quando se considera o valor médio das despesas com internação domiciliar, bem como quando se compara com a participação atual, que corresponde ao percentual de 5% nos atendimentos realizados em regime de *home care*.

Para justificar essa primeira inclusão do programa, foram inseridas no Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), algumas considerações, entre elas a de que já estava comprovado que o ambiente domiciliar acelerava a recuperação de pacientes acometidos de patologias graves, bem como a de que havia muitos pedidos de AD que estavam sob análise do Conselho de Supervisão do SIS. Tal panorama demonstrava, dessa forma, uma possível exigência do beneficiário frente ao plano de saúde, em relação à disponibilização do *home care*.

Nessa primeira manifestação da AD ofertada pelo SIS, por meio do Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), não havia qualquer detalhamento ou regulamentação dos serviços técnicos e especializados que seriam prestados. Havia apenas os requisitos mínimos necessários para o recebimento da autorização por parte da Comissão de Perícia Médica (COPEME) do SIS.

Oito anos depois, a Resolução nº 35, de 2012 (BRASIL, 2012b), instituiu o Regulamento do SIS. Esse evento foi efetivamente um marco, pois, apesar de não conter regulamentação com detalhamento dos serviços de *home care*, o plano de assistência à saúde do SIS passava a reconhecer os tratamentos de internação domiciliar não apenas em Ato, mas em seu Regulamento. A regulamentação, com o mencionado detalhamento, viria somente em 2014, por meio de Instrução Normativa nº 1, de 2014 (BRASIL, 2014d).

Observou-se, em pesquisas realizadas nos Boletins Administrativos do Senado Federal (BASF), que, nesse período ocorreram diversas pressões por parte dos beneficiários, com a finalidade de cobrar ou solicitar ampliação da assistência e a diminuição da participação do beneficiário, que até a regulamentação da AD continuou em 40%.

Em setembro de 2012, o Senado celebrou um convênio com a Caixa Econômica Federal – CEF para o compartilhamento da rede de credenciados do Saúde CAIXA com os beneficiários do SIS. Considerou-se, nesse convênio, que a unificação de determinadas rotinas administrativas permitiria a redução de custos de operacionalização dos planos e o compartilhamento de estudos de procedimentos em diversas especialidades, efetuados pela perícia médica do SIS, contribuindo para a redução de despesas nas negociações com a rede de credenciados, em contexto de mútua cooperação entre os planos.

Cada plano manteve sua independência administrativa, funcional e financeira, ficando vedada qualquer ingerência de um plano na gestão do outro. Assim, a CEF permitiria a utilização, por parte dos beneficiários do SIS, de toda a sua rede credenciada, à exceção da cobertura de procedimentos odontológicos. Essa utilização seria em igualdade de condições com os beneficiários do Saúde CAIXA. Apesar de a rede de credenciados ter sido ampliada para os beneficiários do SIS, não havia naquele momento empresas de *home care* credenciadas pela CEF. Dessa forma, a única maneira de auxílio do programa de AD era por meio de ressarcimento.

Em 2014, em consonância com a RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), da Anvisa, entrou em vigor a primeira IN que regulamentaria a assistência domiciliar aos beneficiários do SIS. Entre os benefícios aportados, pode-se mencionar que, a partir daquele momento, passou a ser considerado apto a solicitar a internação domiciliar o beneficiário e/ou dependente do SIS que fosse portador de enfermidade clínica ativa hemodinamicamente estável que demandasse, obrigatoriamente, monitoramento contínuo.

Dessa forma, ampliou-se bastante o escopo de beneficiários que teriam direito ao programa em relação ao público que o Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), o qual contemplava apenas portador de doença crônica ou que se encontrasse em estado terminal e que demandasse recursos tecnológicos hospitalares.

Além disso, outra novidade é que o portador de enfermidade clínica de baixa complexidade, para a qual não fosse necessária a disponibilização de equipe multidisciplinar, passou a ter direito à assistência de enfermagem domiciliar ou cuidador, por meio de ressarcimento. A IN nº 1, de 2014 (BRASIL, 2014d), pela primeira vez elencou os serviços e procedimentos passíveis de cobertura, tornando-os evidentes para os beneficiários.

Consolida-se como aspecto relevante para a disseminação dessa assistência o fato de a IN nº 1, de 2014 ter diminuído drasticamente a participação do usuário do SIS que necessitava de *home care*, saindo dos 40% exigidos no Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), para 3% do valor total aprovado pela auditoria. Desse modo, houve um enorme estímulo à adesão da modalidade de internação domiciliar. Nesse período ainda não havia contrato de rede credenciada de *home care* pelo Saúde CAIXA e, por conseguinte, a totalidade das autorizações desta modalidade era ressarcida por reembolso.

O ano de 2017 testemunhou, também, algumas mudanças para o programa de assistência domiciliar do SIS. Nesse ano, houve uma atualização e aprimoramento da IN de 2014, com a edição da IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), que passou a regulamentar a atenção domiciliar no SIS. Além disso, houve a renovação do contrato do SF com a CEF para a manutenção da disponibilidade da rede credenciada do Saúde CAIXA. Outro dado relevante que impactou a assistência domiciliar na altura foi o fato de, pela primeira vez, existir contrato com empresas de *home care* credenciadas pelo Saúde CAIXA.

Atualmente ainda continua vigente a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), do Conselho de Supervisão do SIS. Esse programa, como dito anteriormente, pode ocorrer em quatro modalidades: cuidador, assistência de enfermagem sem internação domiciliar, oxigenoterapia e internação domiciliar (*home care*). Pode conter, ainda, assistência multidisciplinar, aliando fisioterapia, nutrição, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e outros profissionais a serem avaliados pela perícia do SIS.

Tal como configurado o SIS hoje, o beneficiário pode utilizar os serviços de internação domiciliar (*home care*) via rede credenciada, por meio do Saúde CAIXA ou na modalidade de livre escolha, por reembolso (no caso de a empresa não ser credenciada). Notou-se que o beneficiário priorizou a utilização da rede credenciada, haja vista que, no momento em houve a disponibilização (em 2017), a maioria fez a transição, migrando para uma das empresas credenciadas. Atualmente, dos 64 beneficiários do SIS que utilizam o *home care*, apenas um prefere a modalidade de reembolso.

Cabe, neste ponto, uma breve explicação quanto à motivação por trás da preferência pela rede credenciada em detrimento da modalidade de reembolso. A participação financeira, de 2014 até 2017, do beneficiário usuário de *home care* do SIS era de 3% e, após a publicação da IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), passou a ser de 5% para quem optasse por empresas credenciadas. Já para quem quisesse manter o vínculo com empresas que não fossem credenciadas pelo Saúde CAIXA, o benefício da AD seria provido na modalidade de reembolso e a participação do usuário atenderia aos requisitos e limites estabelecidos pelas regras do SIS,

a saber, 30%, como segue até os dias atuais. Tendo em consideração que serviços e procedimentos em saúde possuem um custo alto, a participação financeira de 30% desmotiva a opção do reembolso.

A Figura 14 resume os principais acontecimentos que impactaram a assistência domiciliar no decorrer do tempo.

Figura 14 - Linha do tempo da assistência domiciliar no Senado Federal



Fonte: Elaborada pela autora.

5.7 ESPECIFICIDADES DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO SENADO FEDERAL

Ao encontro do pensamento de Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), o art 1º da IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), do SF estatui que o programa de atenção domiciliar pode ocorrer em quatro modalidades: cuidador, assistência de enfermagem sem internação domiciliar, oxigenoterapia e internação domiciliar (*home care*). Por conseguinte, verifica-se que, para o Senado, atenção domiciliar é um termo abrangente, equivalente a qualquer assistência à saúde em domicílio do programa. Já o termo *home care* é sinônimo apenas de internação domiciliar, que pode ser caracterizado como uma assistência para casos que possuem maior complexidade e que são realizados com o suporte de empresas de *home care*, que disponibilizam profissionais e equipamentos necessários para cada caso.

Figura 15 - Modalidades de atenção domiciliar do Senado Federal



Fonte: Elaborada pela autora, com base em Brasil, 2017c.

Conforme dito na introdução desta dissertação, o SIS define AD como o conjunto de atividades desenvolvidas no domicílio em função da complexidade assistencial e avaliação socioambiental, realizado por equipe multiprofissional de saúde, em ambiente domiciliar, tendo a obrigatoriedade de acompanhamento médico ou de enfermagem. O SIS entende, ainda, que essa assistência compreende ações de promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas fora do ambiente hospitalar e adequadas às necessidades do beneficiário.

Diante disso, cumpre destacar que um dos fatores relacionados com a importância do atendimento domiciliar pelo Senado remete ao envelhecimento da população. Os idosos são frequentemente acometidos por doenças de longa duração em maior proporção do que os jovens. Em reunião conduzida no SIS com o objetivo de esclarecer aos beneficiários os motivos

de ampliação das contribuições e participação dos beneficiários, informou-se que a média de idade dos beneficiários do SIS estava crescendo rapidamente (0,8% ao ano). A média de idade dos beneficiários do SIS, que era de 40 anos em 2010, já se encontrava em 49 anos em 2018. A cada ano em que a média se amplia, denotando envelhecimento, os custos aumentam exponencialmente. Além disso, é sabido que cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa fácil. É necessário apoio e serviços que possam atender às suas necessidades.

Acredita-se que, quando indicada a disponibilização de *home care*, além de necessária, pode trazer benefícios tanto para o paciente quanto para o plano de saúde. De um lado, o *home care* garante a manutenção do paciente em sua residência, propiciando menor risco de infecção hospitalar e maior conforto psicológico. De outro, as operadoras de saúde suportam um ônus menor do que se tivesse de cobrir o tratamento com o paciente internado em ambiente hospitalar. Esta última constatação é destacada sem, no entanto, discordar de que o institucionalismo sociológico se apoia muito mais no enfoque cultural da instituição do que realmente na eficiência.

A utilização do *home care* é condicionada, no entanto, a indicação médica e, portanto, não é discricionário ao paciente usufruir desse direito. A partir do momento em que o beneficiário tem indicação médica e possui autorização da perícia do SIS, ele pode utilizar os serviços de internação domiciliar (*home care*) via rede credenciada ou na modalidade de livre escolha por reembolso, no caso de a empresa escolhida não ser credenciada. Dita avaliação ou perícia inicial, na maioria das vezes, é feita pelo enfermeiro do próprio SIS, podendo ele atuar tanto na perícia quanto na auditoria do plano de saúde.

No tocante à modalidade de assistência de enfermagem sem internação domiciliar ou cuidador, ela poderá ser solicitada pelo beneficiário portador de enfermidade que estiver impossibilitado de realizar, sem ajuda de terceiros, as atividades da vida diária. Para isso, os profissionais contratados não poderão ter qualquer vínculo familiar com o beneficiário assistido.

Conforme aponta o art. 2º, § 5º, da IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), o ressarcimento nas modalidades de assistência de enfermagem sem internação ou de cuidador, para cada período de 12 horas, obedecerá aos seguintes valores: R\$ 90,00, quando prestado por técnico ou auxiliar de enfermagem; e R\$ 40,00, quando prestado por cuidador.

No programa de atenção domiciliar do SIS, não pode haver acúmulo das modalidades, excetuando-se apenas a modalidade de oxigenoterapia, a qual poderá ser autorizada isoladamente ou concomitantemente com outra de assistência domiciliar. Por exemplo: se um

beneficiário for elegível e tiver autorização para *home care* 12h, e quiser contratar, além do *home care* 12h, um técnico de enfermagem para acompanhá-lo nas outras 12 horas do dia, ele terá que escolher apenas uma dentre essas opções para a cobertura do Senado, pois o SIS permite o acúmulo tão somente com a modalidade de oxigenoterapia.

No mês de julho de 2020, foi realizado um levantamento da quantidade de beneficiários do SIS que estavam em assistência domiciliar pelo plano. Observou-se um total de 216 beneficiários, subdivididos nas quatro modalidades do programa, conforme exibido na Tabela 3.

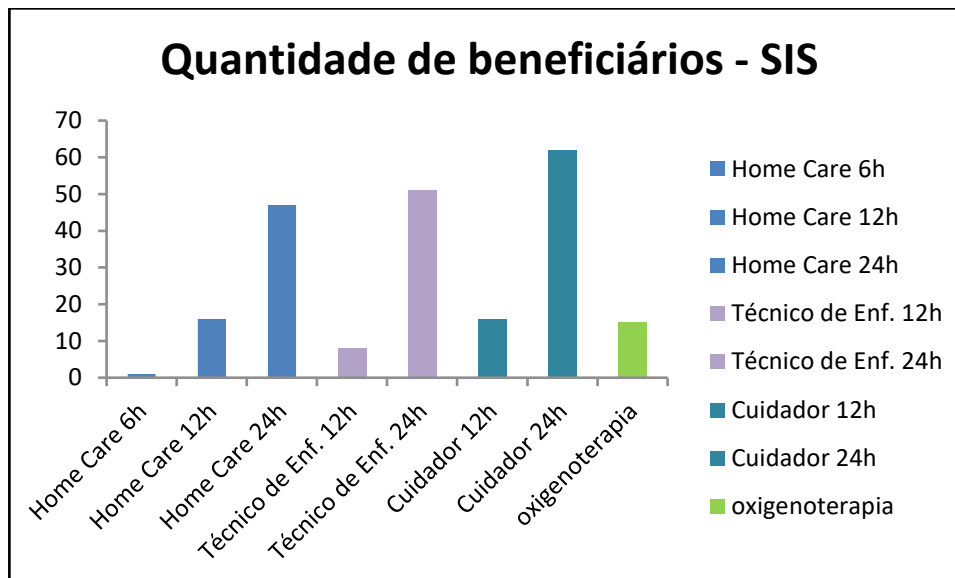
Tabela 3 - Quantidade de beneficiários em cada modalidade de assistência

Modalidade de assistência	Quantidade de beneficiários
<i>Home care</i> 6h	1
<i>Home care</i> 12h	16
<i>Home care</i> 24h	47
Técnico de enfermagem 12h	8
Técnico de enfermagem 24h	51
Cuidador 12h	16
Cuidador 24h	62
Oxigenoterapia	15

Fonte: Elaborada pela autora, com base em base de dados do SIS de junho de 2020 (BRASIL, [2020]).

Ao analisar a Tabela 3 em conjunto com a Figura 15, a seguir, nota-se que a maior parte dos beneficiários que estão em assistência domiciliar encontram-se na modalidade de cuidador, em número de 78. Essa modalidade, aliás, é a que tem o menor custo para o plano. No entanto, um número de beneficiários próximo a esse – 64 pacientes – encontram-se na modalidade de *home care*, que possui um custo bem maior do que todas as outras modalidades de assistência domiciliar para o SIS.

Figura 16 - Uso das modalidades de assistência domiciliar pelos beneficiários do SIS



Fonte: Elaborada pela autora, com base em base de dados do SIS de junho de 2020 (BRASIL, [2020]).

Por fim, para o beneficiário titular também existe uma participação financeira ao utilizar esses serviços. Conforme registra o art. 2º da IN nº 12, de 2018 (BRASIL, 2018a), durante os atendimentos realizados em regime de internação domiciliar (*home care*), a participação do beneficiário equivale ao percentual de 5%. Para o uso das demais modalidades de assistência domiciliar, tal participação chega a 30%.

5.8 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente capítulo enfatizou que o Brasil tem como princípio fundamental a separação dos poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário). A cada poder compete exercer uma das funções típicas do Estado: ao Poder Legislativo, a função de legislar; ao Poder Judiciário, o exercício da jurisdição; e ao Poder Executivo, a função administrativa. No entanto, essa separação de funções não é rígida, possibilitando a cada um dos poderes exercer funções atípicas.

O Senado Federal e a Câmara dos Deputados, apesar de serem entes do Poder Legislativo, exercem, ambos, funções atípicas, destacando-se, neste trabalho, a função administrativa, que abrange a organização e o funcionamento dos serviços administrativos. Tem-se, como exemplo dessa atuação, a formulação de políticas, objetivos, diretrizes, normatizações e metas para os planos de saúde. Notou-se que, apesar de possuírem suas

particularidades, tanto o PRÓ-SAÚDE quanto o SIS são planos de saúde classificados como de autogestão, pois eles próprios administram e definem as regras de operacionalização, sem terem fins lucrativos. No respeitante à AD, observou-se que as políticas das Casas Legislativas são similares, ainda que possuam, no entanto, administração e recursos humanos independentes.

Além disso, destacou-se que os gastos com a assistência à saúde de senadores e ex-senadores são suportados apenas pelo orçamento do Senado, diferentemente daqueles com servidores e seus dependentes, que são custeados com verbas do fundo de reserva do SIS e do orçamento da Casa. O fundo de reserva é formado pelas (i) contribuições mensais dos beneficiários; (ii) participação financeira dos beneficiários nas despesas realizadas pelo SIS em seu benefício; (iii) receitas de aplicações financeiras; (iv) taxas e multas cobradas dos beneficiários; e (v) doações e transferências recebidas. Tal fundo consiste, dessa forma, em importante reserva estratégica para garantir a preservação do SIS.

No organograma do SF, apresentado na Figura 9, o SIS está subordinado à Secretaria de Gestão de Pessoas, responsável pelo convênio firmado entre o Senado e a CEF. Esse convênio objetiva o uso da rede credenciada do Saúde CAIXA pelo Senado, com benefícios mútuos.

A atenção domiciliar do SF, a considerar a respectiva linha do tempo, pode ocorrer em quatro modalidades: cuidador, assistência de enfermagem sem internação domiciliar, oxigenoterapia e internação domiciliar (*home care*). No entanto, essas modalidades, com exceção da oxigenoterapia, não podem ser acumuladas; ou seja, o beneficiário não poderia usufruir concomitantemente, por meio do SIS, da assistência de cuidador e do *home care*, por exemplo. A maior parte dos beneficiários que estão em assistência domiciliar encontram-se na modalidade de cuidador, em número de 78, que tem o menor custo para o plano. No entanto, a modalidade de *home care* está com um quantitativo próximo (64 pessoas) e possui um custo bem maior para o SIS do que todas as outras modalidades de assistência domiciliar.

Por fim, acredita-se que há características constitutivas da organização pública, assim como fenômenos da Administração pública, que podem ser mais bem compreendidos à luz da Teoria Institucional. Esse parece ser o caso da assistência domiciliar do Senado Federal, que poderá, a partir do campo organizacional, explicitar a importância do enfoque cultural, presente no neoinstitucionalismo, demonstrando a existência de isomorfismos na disponibilização de *home care*, bem como o processo de institucionalização dessa assistência dentro do SF.

No capítulo seguinte, serão apresentados os resultados obtidos a partir do emprego dos fluxogramas apresentados nas Figuras 2 e 3, bem como as considerações e conclusões mais relevantes provenientes das entrevistas semiestruturadas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo é destinado à apresentação dos resultados obtidos após pesquisa relativa ao fenômeno organizacional do *home care* do Senado Federal. A primeira fase pretende, após a realização de uma contextualização histórica da assistência domiciliar do Senado Federal, compreender e identificar a ocorrência e o grau de institucionalização desta assistência. Já a segunda busca identificar elementos de isomorfismo institucional que demonstrem aproximação entre a assistência domiciliar oferecida pelo SUS e aquela disponibilizada pelo plano de saúde do Senado, descritos na Figura 3, a qual sintetiza o fluxo utilizado para a verificação da existência de isomorfismo em suas diferentes vertentes. Nessa análise e na discussão dos resultados obtidos, faz-se uso da fundamentação teórica e da aplicação da metodologia descrita no Capítulo 2.

Primeiramente, ressalta-se que, conforme abordado anteriormente, existe uma tensão quanto à obrigatoriedade de cobertura da assistência domiciliar pelos planos de saúde. A Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, não prevê expressamente a obrigatoriedade do tratamento domiciliar (*home care*) pelas operadoras de mencionados planos. Portanto, atualmente, é discricionária a disponibilização dessa assistência por parte dos planos de saúde. Para o SIS, não é diferente. Esse plano não é obrigado a continuar ofertando tal assistência, podendo mantê-la ou retirá-la do seu rol de cobertura a qualquer momento.

A tensão ocorre, pois essa faculdade está sendo gradativamente questionada. Tramitam diversos projetos de lei (PL) na Câmara dos Deputados, tais como os PLs nº 3.014, de 2019; nº 9.720, de 2018; nº 8.900, de 2017; nº 8.264, de 2017; e nº 7.865, de 2017, apensados ao PL nº 2.934, de 2004 (BRASIL, 2004a), que tem por finalidade garantir ao segurado de plano de saúde a internação domiciliar na modalidade *home care* quando houver indicação médica, ou instituir aos planos de saúde a obrigatoriedade de oferecer a cobertura da assistência à saúde em ambiente domiciliar.

Além dos referidos PLs, a jurisprudência tem considerado abusivas cláusulas dos contratos de plano de saúde que excluem ou limitam a assistência domiciliar quando há indicação médica, em razão de restringir direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do acordo celebrado entre as partes:

[...] Não cabe à operadora do plano de saúde deliberar sobre qual é o melhor tratamento ao qual o paciente deve ser submetido, mas sim o médico responsável por ele, sendo abusiva qualquer cláusula que permita à empresa estabelecer as necessidades específicas do usuário, mormente quando não há nos autos especificação dos critérios utilizados para avaliar a condição do paciente. Se o profissional que acompanha a paciente recomendou a continuidade da assistência médica domiciliar – *home care* – para a recuperação da saúde e manutenção da vida da autora, tem a operadora do plano de saúde a obrigação de restabelecer o tratamento pelo período de 24 horas por dia, de acordo com as prescrições médicas, a fim de que se atenda à finalidade do contrato de saúde firmado e ao princípio da dignidade humana (BRASIL, 2016e).

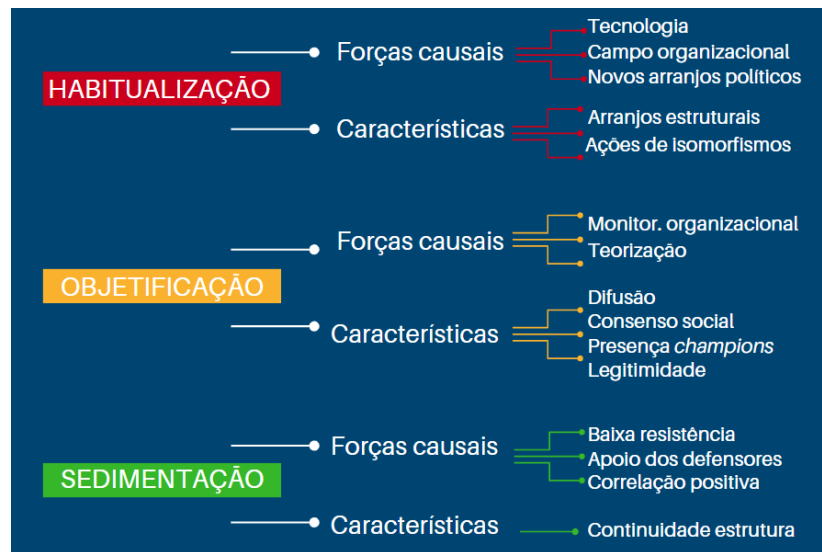
[...] Embora não haja previsão na lei ou no contrato firmado entre as partes sobre a obrigatoriedade do fornecimento do *home care*, tal fato não pode acarretar a vedação ao fornecimento de tratamento, sob pena de afronta aos direitos fundamentais à vida e à saúde [...] Cumpre ao médico que acompanha o estado de saúde do paciente recomendar qual a terapêutica necessária para condução de tratamento. A cláusula contratual que exclui ou limita a cobertura do tratamento de *home care* é nula de pleno direito, uma vez que gera desequilíbrio entre as partes, em atenção aos princípios da boa fé e da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2016d).

6.1 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO SENADO FEDERAL

Este momento dos resultados da pesquisa tem o objetivo de explicar o processo de institucionalização da AD do Senado Federal à luz da Teoria Institucional. Os elementos de institucionalização, relacionados na Figura 17, serão analisados com a intenção de compreender como ocorreu o processo de institucionalização da AD disponibilizada pelo Senado. Para tanto, serão discutidos os dados coletados nas entrevistas no que concerne à percepção dos gestores, peritos, auditores e de alguns servidores que tiveram ou têm envolvimento com a oferta dessa assistência no Senado.

Utilizou-se a modelagem de Tolbert e Zucker (1998) e, com esteio em documentos, na legislação e nas entrevistas semiestruturadas, organizou-se a análise das forças causais e características de cada estágio da institucionalização: habitualização, objetificação e sedimentação.

Figura 17 - Aferição do grau de institucionalização



Fonte: Elaborada pela autora, com base em Tolbert e Zucker (1998).

O institucionalismo aponta a necessidade de se levar em conta as mediações entre estruturas sociais e indivíduos e suas manifestações coletivas, ou ainda as mediações entre estruturas sociais e comportamentos individuais (DIMAGGIO; POWELL, 1988 *apud* PEREIRA, 2012). Considerando que, para as autoras, o processo de institucionalização sucede por meio de um conjunto de forças causais, que são características e inerentes ao processo de institucionalização, e que tais forças são responsáveis pelas mudanças dos estágios da institucionalização, categorizou-se essas forças causais juntamente com as características de cada estágio da institucionalização presente na disponibilização da AD no Senado federal.

6.1.1 Análise da institucionalização

6.1.1.1 Habitualização: o surgimento da assistência domiciliar no Senado Federal

Neste estágio, estão as forças causais provenientes de mudanças de tecnologias, de peças da legislação e das forças do campo organizacional, as quais podem induzir a introdução de inovações nas organizações.

a) Forças causais críticas da habitualização

Legislação

Essas forças causais estão externas à organização. Apesar de ter sido mencionado anteriormente, convém resgatar, de forma sumarizada, o surgimento da AD no Senado Federal, com foco na legislação, para facilitar o entendimento dessa fase da institucionalização. No Brasil, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo estruturou-se e iniciou suas atividades de visitação em domicílio na década de 1980.

Em 2002, os conselhos federais de medicina e de enfermagem manifestaram-se no tangente à atuação de seus profissionais na AD. Posteriormente, a RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), instituiu diretrizes para a organização da atenção domiciliar.

No início dos anos 2000, havia uma cobrança por parte dos usuários em relação à assistência domiciliar, conforme consta de registros nos boletins administrativos do Conselho de Supervisão do SIS, do Senado. Os beneficiários solicitavam ao plano de saúde cobertura para alguns tratamentos em domicílio, de forma difusa e espontânea. No entanto, não havia (e não há) nenhuma legislação que obrigasse os planos de saúde a ofertar AD. As necessidades de tratamento individuais chegavam até o Conselho de Supervisão do SIS, que posteriormente, em 2004, deliberou e autorizou, por meio do Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), a assistência domiciliar, com participação do beneficiário de 40%.

Após o advento deste Ato, o SF passou a ressarcir seu beneficiário que precisava desse tipo de assistência. No entanto, não havia regulamentação que definisse o programa de AD. O regulamento do SIS, de 2012, previa a AD, mas sua regulamentação só ocorreu de fato em 2014, com a edição da IN nº 1, de 2014, do Conselho de Supervisão do SIS, que diminuiu fortemente a parcela da participação do beneficiário, que caiu de 40% para 3%.

O serviço era regulamentado pela IN nº 1, de 2014, e trazia os parâmetros de concessão da assistência em conta aberta com faturamento por itens gastos em matérias e medicamentos e assistência profissional previamente autorizados. No ano seguinte, pacotes de assistência foram negociados com as empresas para racionalizar a cobrança por tipos fechados de assistência. Quando saí da auditoria de *home care*, por volta de 2015, havia 110 pacientes em atendimento, e o perfil dos pacientes passou a ser preponderantemente de casos agudos ou de pacientes mais graves (com necessidades de suporte nutricional parenteral, ventilatório e medicação parenteral) e cuidados paliativos (80 pacientes), e o restante com assistência por cuidadores. Em 2017, houve nova regulamentação do serviço pela IN nº 9, de 2017, dispendo sobre credenciamento de empresas de *home care* e auditoria de contas externas, promovendo mudanças drásticas nesse serviço (Servidor 7).

Atualmente, a regulamentação vigente que descreve os serviços técnicos e a forma de cobertura da AD do SIS é a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), com participação do beneficiário de 5%. Os serviços de *home care* estão, ainda, previstos na Resolução nº 13, de 2018, que dispõe sobre o regulamento do SIS.

Forças do campo organizacional

Considera-se que, nesta fase, a intenção é desenvolver novos modelos para resolver problemas, sem ter, no entanto, um custo de transação gerado (ao criá-los ou mantê-los) maior do que os investimentos ou benefícios percebidos. O SIS, como qualquer outro plano de saúde, não é obrigado a oferecer AD, conforme já citado. Por se tratar de um plano de autogestão possui um rol próprio de cobertura assistencial à saúde.

É notório que as deliberações em um órgão político podem ser fortemente influenciadas não só pelo gestor, mas também por pressões políticas. A maioria dos entrevistados comentaram que, inicialmente, o interesse na implantação da AD era o de promover a desospitalização, pois se acreditava que as diárias hospitalares tinham um custo maior do que as diárias de AD. Assim, seria vantajoso disponibilizar essa assistência. No entanto, como outro aspecto apontado, os entrevistados mencionaram a existência de pressões dos beneficiários que solicitavam o serviço.

Senadores, por exemplo, eram beneficiados ao ficar em casa (Servidora 1). Existe uma pressão por parte do beneficiário, pois a AD é bem mais confortável. Além disso, há a visão do plano de saúde, pois se tem a ideia de menor custo inicialmente (Servidora 4).

Conforme relato prévio, acredita-se que existiam diversas pressões do campo organizacional, pois, conforme apontam alguns boletins administrativos, o Senado Federal disponibilizou a AD mesmo antes do advento do Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), que possibilitou a oferta de AD; ou seja, sem oficializar o que seria coberto pelo SIS (os tipos de assistência e os tipos de profissionais e/ou critérios específicos de inclusão no programa).

Tecnologia

A tecnologia trouxe diversas modificações para a área da saúde ao longo de sua história. Tais modificações foram sendo ampliadas, tornando-se cada vez mais acessíveis e

móveis, chegando ao ponto de ser possível levar os equipamentos de saúde que antes eram exclusivamente hospitalares, como os monitores de ventilação mecânica, por exemplo, ao domicílio do paciente. Hoje em dia, o paciente pode ter acesso à atualização de diversos equipamentos e exames, disponibilizados em sua própria residência.

A influência da tecnologia proporcionou avanços significativos para a qualidade de vida dos beneficiários que necessitam de AD. Percebe-se esse desenvolvimento ao se refletir sobre o cenário dessa área apenas algumas décadas atrás. Considerando que o acompanhamento multidisciplinar na residência era restrito, devido, especialmente, à dificuldade em manter no domicílio uma estrutura tecnológica dos equipamentos semelhantes à existente nos hospitais, é patente a grande contribuição dada pela evolução tecnológica, haja que aparelhos modernos, com tecnologias avançadas em saúde, estão atualmente menores e mais acessíveis.

A tecnologia influencia tanto na forma como os médicos se relacionam com os pacientes, quanto na gestão da AD no SIS. A solicitação de assistência domiciliar, por exemplo, era realizada de forma manual nos primórdios de sua disponibilização. Para isso, o beneficiário anexava o relatório médico ao pedido de *home care* e se deslocava para fazer a solicitação no próprio SIS ou encaminhava via correio, quando morava em outro estado. Posteriormente, o Senado aderiu ao Sistema Informatizado de Gestão Arquivística de Documentos – SIGAD²⁰, e as solicitações passaram a ser realizadas por meio eletrônico, tramitando pelos setores competentes. Dessa forma, a solicitação de AD passou a ser digital e fácil de ser realizada em qualquer lugar do país. Além disso, com o SIGAD, houve uma melhoria considerável para a gestão, pois os documentos, que antes eram em papel, deixaram de ser extraviados.

A gente pode melhorar a gestão por meio das informações geradas a partir dos indicadores da AD (Servidor 5).

Hoje, o SIS está aderindo cada vez mais às ferramentas tecnológicas. As autorizações são on-line e as documentações são salvas em nuvens (Servidor 2).

Com a tecnologia facilitando a gestão, é possível não perder dados importantes também ao salvar documentos em nuvens. Tendo-se em consideração, especialmente, a necessidade de sigilo com respeito à saúde dos beneficiários, o avanço tecnológico tem auxiliado no armazenamento e acompanhamento dos dados necessários para uma boa gestão.

²⁰O Senado Federal utiliza o sistema SIGAD. Nesse sistema, o usuário elabora documentos em formato PDF e os anexa ao corpo do processo digital, tramitando-o para os setores competentes.

b) Características da habitualização

Isomorfismo

Conforme aponta o Servidor 1, no início da disponibilização do *home care* pelo Senado, houve muito *benchmarking* com a equipe de saúde da Câmara dos Deputados, de alguns tribunais, do Banco de Brasília e do Banco Central. Pode-se inferir, assim, que houve influência de diversos outros órgãos públicos, pelo menos no campo das ideias.

Atualmente, muitos órgãos federais oferecem AD de forma similar, tais como a Câmara dos Deputados, o Supremo Tribunal Federal – STF e o Ministério Público da União – MPU.

A CD, o STF, o MPU e a CEF disponibilizam de forma parecida a AD, mudando apenas o escopo e o valor do ressarcimento (Servidor 2).

A CD e o STF têm suas particularidades, mas oferecem AD de forma parecida com a que o Senado disponibiliza (Servidor 4).

Observa-se, pelo relato dos entrevistados, a possibilidade de isomorfismo institucional com outros órgãos, não apenas com o SUS. O estudo mais aprofundado em relação à presença de isomorfismo institucional, no tocante a AD, será mais bem avaliado nos próximos subtítulos. Por fim, considera-se que um dos benefícios que levam as organizações a se apoiarem no isomorfismo é a segurança de que a inovação, inspirada em organização já legitimada socialmente, possui chances reduzidas de fracasso (MEYER; ROWAN, 1999).

Novos arranjos estruturais, políticas e procedimentos

Uma característica do estágio de habitualização é a mobilização de uma estrutura destinada a realizar o novo trabalho. As organizações, segundo os registros de Russo *et al.* (2012), no contexto inicial dos processos de institucionalização (habitualização), têm baixo nível de teorização acerca das novas estruturas propostas.

O contexto do Senado Federal não era diferente. A instituição, no princípio, entendia ser necessária uma autorização prévia para conceder o benefício da AD. Para ocorrer essa autorização inicial, fazia-se necessária a realização de uma perícia. Contudo, no início da prestação de AD pelo SIS, não existia uma equipe específica para assuntos relacionados com *home care* e, por esse motivo, os coordenadores, que eram da área técnica (médico e enfermeiro), muitas vezes viajavam pelo país, até onde o beneficiário residia, para fazer a

perícia inicial. A estrutura era precária e os coordenadores do SIS incumbiam-se de atender as demandas administrativas e técnicas da AD, bem como responder por diversos outros assuntos que as áreas de atuação do SIS exigiam.

No início, existia a frase de que o SF possuía *home care*, mas não existia regulamentação. Lembro que uma vez viajamos eu (coordenadora na época) e o diretor-adjunto para fazer uma avaliação de *home care* em Porto Alegre. Em outro momento, tive de fazer uma avaliação de *home care* em Valparaíso de Goiás (Servidor 1).

Atualmente, existe no Senado uma estrutura de recursos humanos física e de tecnologia para a manutenção do SIS. A autorização inicial e as reavaliações periódicas ainda são necessárias e são realizadas pela equipe do programa, com a supervisão do coordenador.

A maioria dos beneficiários que estão com assistência de *home care* residem no Distrito Federal e, portanto, os próprios servidores da área técnica do Senado realizam as perícias iniciais e reavaliações. Nas demais localidades do país, desde o credenciamento de empresas de *home care* pelo Saúde CAIXA, que ocorreu em 2017, existe um corpo técnico, com enfermeiros e médicos, de empresas terceirizadas por esse programa. As empresas terceirizadas pelo Saúde CAIXA, além de executar as perícias fora da região do Distrito Federal, submetem seus pareceres ao SF para que seja realizada a deliberação em relação à autorização em cada caso.

Verifica-se, ainda, a necessidade de realização de auditoria das contas de *home care*. Esta, que antes era realizada por servidores do Senado, está também atualmente terceirizada para empresas contratadas pelo Saúde CAIXA.

Confirma-se, por conseguinte, que a estrutura destinada a realizar o novo trabalho, apesar de ter iniciado com baixo nível de teorização, tem se expandido gradativamente com o passar dos anos, tornando-se, dessa forma, mais dispersa e permanente dentro da instituição. Essas características, conforme registram Tolbert e Zucker (1998), indicam a aproximação do próximo estágio, que é a objetificação.

6.1.1.2 Objetificação: consenso e difusão da assistência domiciliar do Senado Federal

As principais forças causais que estimulam a objetificação são o monitoramento organizacional e a teorização. Esse estágio é alcançado quando existe um consenso entre os decisores da organização em relação ao valor da inovação criada, acompanhada com a difusão da estrutura.

a) Forças causais

Monitoramento organizacional

O monitoramento organizacional é a coleta de resultados dentro da própria organização ou dos resultados alcançados por outras organizações semelhantes (DIMAGGIO; POWELL, 1991). No princípio da disponibilização de *home care* pelo Senado, havia muitos encontros com a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, entidade associativa sem fins lucrativos representante da categoria de autogestão no Brasil. Além dos encontros promovidos pela UNIDAS, segundo registra o Servidor 1, houve muito *benchmarking* com a equipe de saúde da Câmara dos Deputados, de tribunais, do Banco de Brasília e do Banco Central.

Conheci a CD e os tribunais. Visitávamos a CD na pessoa do xxx, diretor do PRÓ-SAÚDE à época. Ele já se aposentou, mas discutíamos muito juntos. Íamos em muitos congressos e conversávamos sobre *home care*, bem como sobre o modo de fazer as retiradas dos pacientes de *home care* (Servidor 1).

Atualmente, o *benchmarking* com outros planos de autogestão tem sido muito realizado pelo SIS, não só na área de *home care*, mas em assuntos diversos de disponibilização de serviços. O Senado, por meio do *benchmarking*, adquire conhecimento sobre como órgãos congêneres estão trabalhando. Com isso, é possível absorver boas práticas e promover grande troca de informações.

O *benchmarking* com planos de saúde de autogestão merece destaque. A gente sabe como a maioria dos planos de autogestão de Brasília estão funcionando. O Senado Federal é signatário, por exemplo, do termo de recuperação dos Tribunais Superiores. Embora esse termo seja para tribunais, eles abriram para outros órgãos participarem, principalmente do Legislativo. Eu costumo ir às reuniões mensais com eles e há uma grande troca de experiência (Servidor 2). As parcerias, por meio do *benchmarking*, trazem troca de informação. Às vezes até uma regulamentação de assuntos específicos que não tínhamos, passamos a conhecer e realizar dentro do SIS (Servidor 2).

Desse modo, a objetificação da estrutura é, em parte, uma consequência do monitoramento que a organização faz dos demais órgãos federais. Essa análise de outros órgãos busca ações legitimadas.

Teorização

A teorização é bastante importante para que a difusão da estrutura tenha êxito. Ao reconhecer o conjunto de organizações que encaram um problema definido e ao fornecer um julgamento positivo de uma estrutura como uma solução apropriada, a teorização atribui uma estrutura como uma legitimidade cognitiva e normativa geral (TOLBERT; ZUCKER, 1998)

Estudos, atos normativos, regulamentos, resoluções e instruções normativas contribuem para o processo de teorização do novo trabalho. A presença desses instrumentos solidifica a existência da nova estrutura e facilita a operacionalização e resolução das novas demandas.

No caso do *home care* do Senado Federal, a teorização iniciou-se por meio do Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b), mas ocorreu mais fortemente com produção das INs nº 1, de 2014, e nº 9, de 2017, que estabeleceram a regulamentação de toda a assistência domiciliar oferecida pelo Senado. Essas instruções normativas, por sua vez, foram deliberadas pelo Conselho de Supervisão do SIS.

O Conselho de Supervisão do SIS é quem estabelece as diretrizes e legisla através das instruções normativas (Servidor 6).

O Conselho de Supervisão do SIS tem a função de fiscalizar e prever instruções normativas que regulamentem o rol de cobertura do SIS, previsto no seu regulamento (Servidor 5).

O desenvolvimento teórico enxerga as dificuldades encontradas e propõe soluções (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Baseado nisso, o Conselho de Supervisão do SIS solicita estudos, pareceres e até mesmo revisões das instruções normativas do SIS.

O Conselho de Supervisão do SIS, a pedido dos beneficiários, sugeriu a revisão da IN atual de *home care* (Servidor 5).

A elaboração de normas pela própria instituição, além de agregar as particularidades dos beneficiários do SIS, pode trazer uma ideia de pertencimento e uma conseqüente satisfação e presença de colaboradores. Essas pessoas com importante contribuição para a implantação da assistência domiciliar no Senado são chamadas, neste trabalho, de *champions*.

b) Características da objetificação

Disseminação e difusão

Para analisar a difusão no processo institucional da AD, foi pesquisada a variável disseminação de justificativas construídas para apoiar a necessidade de mudança organizacional, bem como o que tem sido feito para propagar e disseminar a AD no SF atualmente. Dessa forma, foi possível encontrar ações para difusão e compartilhamento da disponibilização de AD.

Após busca ativa nos boletins administrativos do Senado Federal (BASFs), observou-se que o Conselho de Supervisão do SIS vinha recebendo algumas solicitações de auxílio pelos beneficiários para a criação de um programa de AD naquele órgão. Esse fato perpassa a necessidade de criação do programa e comprova a presença de legitimidade desde seu início. Notou-se também, ainda por meio dos BASFs, que o Conselho de Supervisão solicitou, à época, estudos para entender a viabilidade da criação do novo programa. Foi registrado, então, em BASF, que a AD reduziria custos ao plano e facilitaria as desospitalizações.

A disseminação de justificativa inicial foi a desospitalização e a redução de custos, mas percebemos **que existia muita pressão de beneficiários também**. O oferecimento de *home care* auxilia a prolongar a vida dos beneficiários e a evitar complicações hospitalares (Servidor 3, grifo nosso).

Durante a entrevista, a Servidora 1 relatou que, no início da implantação do programa de AD do SF, havia muitos encontros com representantes de outros planos de saúde de autogestão focados em compartilhar estudos e ações voltados para a AD. Assim, foi possível haver a difusão dessa assistência à época, por meio do Ato nº 1, de 2004 (BRASIL, 2004b).

No presente, conforme discorrido anteriormente, o Regulamento do SIS, em seu art. 25, prevê a AD; no entanto, quem regulamenta, de fato, essa assistência é a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c). Existe uma equipe, acessível pelo ramal 5000 do SF, pronta para esclarecer as dúvidas dos beneficiários em relação aos diversos serviços que o SIS disponibiliza, inclusive dúvidas a respeito da disponibilização de *home care*. Outras maneiras de disseminar o novo programa do SIS são os informativos presentes na página da intranet do órgão. Segundo sugerem Tolbert e Zucker (1998), a identificação dos fatores que afetam a medida da difusão e a retenção no longo prazo da estrutura são, portanto, a chave para a compreensão do processo de sedimentação.

Consenso social entre os decisores e legitimidade

A objetificação, conforme os apontamentos de Mendes (2017), envolve o amadurecimento de determinado grau de consenso social entre os decisores da organização a respeito do valor da estrutura, assim como a crescente aceitação pelas organizações. Para identificar o valor atribuído à AD, os gestores foram questionados sobre o que o serviço de *home care* representa para o plano de saúde e que valor ele possui.

Essas questões são relevantes para a pesquisa, pois a cobertura de AD não é obrigatória e a visão favorável ou não dos gestores pode ser essencial para a manutenção dessa assistência ou uma mudança de interesse no tocante à AD.

O SIS, por ser um plano de saúde de autogestão, não visa a lucro. Considerando que grande parte do público do *home care* são idosos, existe um valor para o *home care* que ultrapassa a questão econômica. Durante o envelhecimento, a imunidade das pessoas normalmente diminui e o usuário necessita de mais cuidados. Pode ser percebido, a partir de suas respostas, que os decisores atribuem significativo valor à possibilidade de viabilizar a esse público que ele permaneça no seio de sua família e no aconchego de casa, evitando, dessa forma, complicações que possivelmente ocorreriam se o tratamento fosse realizado em um hospital. Os gestores consideram que o ambiente hospitalar é propício a transmitir diversas infecções e se torna, comumente, um ambiente de sofrimento.

Hoje nós temos um número alto de beneficiários. Nossas “vidas” são compostas, em grande parte, por pessoas idosas, então é inegável a importância da AD no plano de saúde (Servidor 4).

De modo geral, as respostas indicaram que essa inovação significa uma conquista de muito valor para os beneficiários e gestores. Um dos entrevistados acredita que o plano de saúde que oferece AD, nos dias de hoje, demonstra que tem o interesse em cuidar do seu beneficiário de forma humanizada. Outro entrevistado, por sua vez, afirmou que quer que esse programa se mantenha quando ele vier a ser idoso, pois acredita que nem sempre é fácil para os familiares cuidar de seus entes, já que todos têm suas necessidades próprias, e um programa como esse pode auxiliar a prolongar a vida de diversas pessoas que o utilizem.

Muito importante é pensar que posso ter o amparo de uma assistência domiciliar do meu plano de saúde (Servidor 1).
Quando envelhecer, quero ter a possibilidade de usar um *home care* em detrimento do hospital, se necessário (Servidor 3).

Essa maneira de cuidar do usuário em sua própria residência, sem focar apenas no profissional médico e/ou enfermeiro, proporcionando uma equipe multidisciplinar que procura cuidar do paciente de forma integral, é bem avaliada, pois a política de saúde em grande medida se apoia nas respostas dos beneficiários. A legitimidade esteve presente desde o início da implantação do programa em estudo, ainda que, inicialmente, de forma bem modesta, com poucos pedidos de usuários do SIS a favor da nova modalidade de atendimento médico. Atualmente, acredita-se que a AD possui um grande impacto na satisfação do beneficiário com o plano de saúde.

Embora nós sejamos serviço público, o serviço “plano de saúde” é tratado como se fosse uma empresa. Então o tempo todo a gente monitora a satisfação do usuário e, sem dúvidas, o *home care*, hoje no SIS, colabora para que o usuário veja o plano como um benefício muito bom. Dessa forma, o usuário retorna com grande satisfação quando tem esse tipo de serviço garantido pelo plano (Servidor 2).

A AD tem um impacto muito grande na satisfação com o plano. O *home care* importa muito para o quesito satisfação do usuário, pontuando bem favorável para o plano (Servidor 3).

Consequentemente, conclui-se que a noção do valor do *home care* expressa pela maioria dos entrevistados é fruto de um pensamento tanto de satisfação do beneficiário que participa do programa de AD no momento quanto do interesse em ter esse programa disponível para o futuro, inclusive dos entrevistados.

Presença de *champions*

Os *champions* são o conjunto de indivíduos que possuem interesse na propagação e desenvolvimento da nova estrutura. Essas pessoas desempenham um papel importante para a disseminação cognitiva e normativa do novo arranjo organizacional, o que facilita o processo de teorização e resolução de problemas (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Para a análise dos *champions*, foi pesquisada a variável atuação de grupos ou setores de apoio.

O Servidor 1 informou que, na implantação do programa, um grupo com alguns aposentados e o Sindicato dos Servidores do Legislativo – Sindilegis foram apoiadores do Programa de Assistência Domiciliar do Senado Federal.

O grupo de aposentados e o Sindilegis davam apoio. Quem está na ativa e é jovem dificilmente consegue visualizar a importância deste programa. Então, a gente tem mais apoio do grupo mais velho do SF (Servidor 1).

Outros entrevistados informaram que, atualmente, os representantes dos aposentados são vistos nas reuniões do Conselho de Supervisão do SIS como apoiadores. Nessas reuniões, é provável que esse grupo ofereça sugestões de melhorias e faça cobranças por melhores assistências.

A gente costuma ver muito os representantes dos aposentados nas reuniões do Conselho de Supervisão do SIS. Eles apoiam mais (Servidor 5).

Ademais, a pesquisa apontou que os gestores do SIS são bastante favoráveis à AD e acreditam que ela proporciona um cuidado diferenciado aos seus beneficiários.

A gente tem uma gestora no SF muito apoiadora da AD. Ela ouve, entende e “compra” as ideias. É claro que, por ser setor público, nem sempre as respostas são rápidas, pois tudo se baseia em normas e leis; mas a vejo como apoiadora (Servidor 4).

Em suma, os respondentes apontaram o Sindilegis (em um primeiro momento), os representantes dos aposentados e os gestores como apoiadores do Programa de Assistência Domiciliar do Senado Federal, indicando a presença de *champions* no SF, como importantes incentivadores da AD.

6.1.1.3 Sedimentação: a consolidação da assistência domiciliar no Senado Federal

A institucionalização total implica sedimentação, um processo que fundamentalmente se apoia na continuidade da estrutura e, especialmente, na sua sobrevivência por meio de gerações de membros da organização (TOLBERT; ZUCKER, 1998).

a) Forças causais

Baixa resistência da oposição e apoio dos defensores

Para identificar a total institucionalização de uma estrutura, há que se considerar a atuação de grupos de resistência, bem como a presença de defensores. A resistência nesse estágio deve ser baixa, pois, assim, a inércia da perpetuação da estrutura se mantém; do contrário, ela provavelmente limitará a difusão da estrutura entre organizações (TOLBERT; ZUCKER, 1998).

Ao perguntar aos entrevistados sobre a atuação de grupos ou setores com resistência à oferta de assistência domiciliar, a maioria dos entrevistados demonstraram desconhecer qualquer tipo de resistência.

Não há oposição. Pelo contrário, os beneficiários querem que a gente aumente o escopo de cobertura da AD (Servidor 2).

Nunca vi. Desconheço (Servidor 3).

Não conheço (Servidor 6).

Desconheço (Servidor 7).

Entretanto, esta pesquisa identificou que, apesar de não haver resistência ao programa de AD em si, em algumas situações, existe uma pequena resistência a mudanças, especialmente quando o SIS, após a realização de uma perícia, percebe uma melhora do paciente e considera a necessidade de desmame ou diminuição da cobertura de *home care*. Os pacientes beneficiários, mesmo apresentando melhora, não querem diminuir a complexidade de cobertura do *home care*. Por exemplo, alguns familiares não aceitam que o seu ente, mesmo que tenha tido uma melhora considerável do quadro, passe de um *home care* de 24 horas para um *home care* de 12h ou cuidador. Assim, alguns beneficiários que têm interesse em manter o paciente sob supervisão de *home care* levam o caso às vias da judicialização.

A aplicação das tabelas ABEMID e NEAD são efetivas para as reavaliações periciais (Servidor 3).

Alguns beneficiários têm dificuldades em entender qual o objetivo da AD e não aceitam desmamar o paciente de *home care*. Assim, eles não querem sair ou regredir à AD ofertada em um primeiro momento. Devido à falta de compreensão do usuário quanto ao verdadeiro objetivo do *home care*, este pode levar o caso, inclusive, à judicialização. Alguns juízes, sem a devida consultoria técnica, decidem por manter a cobertura da AD mesmo sem critérios (Servidor 2).

É relevante destacar que essas intercorrências no âmbito judicial configuram exceções e que existe muito menos oposição ao programa de AD do SF do que apoio da parte dos seus defensores, que são comumente os gestores, os representantes dos aposentados e, especialmente, a maioria dos familiares de usuários de *home care*.

Fica caracterizado o apoio dos defensores, também, quando os gestores procuram atender às ideias de melhorias da oferta de AD advindas do Conselho de Supervisão do SIS. Tais propostas são, muitas vezes, solicitadas como decorrência do exame de recursos

interpostos pelos beneficiários após alguma negativa da perícia do SIS, prevista nas normas. Por outro lado, os familiares, durante reuniões para tratar de casos específicos de entes que utilizam a AD, demonstram com frequência gratidão por ter oportunidade de fazer uso dessa assistência em suas residências.

A AD mostra a responsabilidade do plano de saúde. Ter o programa de *home care* dá, entre outras coisas, uma segurança bem maior para buscar uma alta programada ou desospitalização. Imagina um paciente que ainda necessita de alguns cuidados, mas pode sair do hospital e ir para a casa. Ficar desassistido é ruim. Quando se tem uma retaguarda com o *home care*, o plano tem suporte para desospitalizar com garantias (Servidor 2).

Portanto, existe uma preocupação dos defensores em manter uma oferta de AD de grande qualidade técnica para promover um cuidado humanizado, atendimento de excelência e desospitalizações seguras.

Correlação positiva com os resultados esperados

Para Tolbert e Zucker (1998), uma relação positiva fraca entre uma estrutura e os resultados ansiados pode ser aceitável para afetar a difusão e a manutenção das estruturas. No entanto, em muitos casos, o elo entre a estrutura e os resultados desejados é bastante precária e a comprovação de impacto, muito difícil. É este o caso da AD do Senado Federal.

A pesquisa indicou que ainda não existem muitos indicadores ou informações geradas a partir dos atendimentos de *home care*. Um dos entrevistados argumenta que os indicadores são importantes para se conhecer o perfil dos usuários; no entanto, devido ao convênio firmado com a Caixa Econômica Federal – CEF, o retorno de informações gerenciais ainda é deficiente. Para completar esse quadro insatisfatório, inexistente estudo do SIS comparando os custos da AD com os valores hospitalares de forma individualizada de forma a permitir a avaliação dos resultados, no que concerne a valores.

Não se sabe exatamente o custo deste programa, mas acredita-se que o número de reinternação hospitalar é bem menor (Servidor 4).

Por outro lado, existe uma correlação positiva com os resultados esperados, ainda que seja muito difícil mensurá-la, por ser bastante subjetiva e, principalmente, preventiva. Sabe-se que o *home care* evita complicações hospitalares e age preventivamente, melhorando a qualidade de vida dos usuários, já que, por oferecer assistência multidisciplinar em domicílio,

envolve cuidados integrais que têm o condão, conseqüentemente, de prolongar a vida dos beneficiários. Mas como medir tudo isso? Como medir até que ponto o usuário realmente se beneficiou ao utilizar a AD?

Cuidar bem do beneficiário evita que ele complique e reinterne em hospitais, trazendo, assim, satisfação do usuário. Sem dúvida o *home care* ofertado pelo SIS proporciona grande satisfação pela boa assistência (Servidor 2).

Embora não seja possível responder a esses questionamentos com dados objetivos e saber efetivamente o alcance dos resultados esperados, a legitimidade presente nessa assistência tem um valor especialmente importante. Observar que o beneficiário e seus familiares avaliam positivamente tem um significado que, nesse caso, perpassa as características da objetificação e proporciona uma fonte de dados que indica uma relação positiva da AD com os resultados esperados dentro da realidade individual de cada família usuária dessa assistência.

Hoje, a importância da AD é grande dentro do SF, não apenas para os servidores, mas também para os parlamentares. Temos familiares de político, bem como ex-senadores que utilizam o programa e buscam a AD (Servidor 4).

Verifica-se que, apesar de não ser fácil quantificar a medida exata em que cada usuário de *home care* se beneficiou, diversos servidores e até mesmo parlamentares buscam a AD. Dessa forma, é possível inferir que os resultados têm sido avaliados como benéficos e importantes para a institucionalização da nova estrutura.

c) Características

Tipificação e continuidade histórica da estrutura

A sedimentação evidencia-se pela proliferação virtualmente completa de suas estruturas por todo o grupo de atores que seriam potenciais adotantes apropriados e pela perpetuação de estruturas por um período significativamente longo de tempo (TOLBERT; ZUCKER, 1998). Assim, para estudar as características do estágio da sedimentação, foi avaliada a variável que considera o tempo de disponibilização de AD no Senado Federal e perguntado aos entrevistados se eles acreditam na continuidade de assistência domiciliar pelo SF. Dessa forma, foi possível entender o grau de perenidade e manutenção da disponibilização dessa assistência.

Zucker (1987) afirma que a sobrevivência da instituição pode ser analisada sob três aspectos culturais: transmissão, manutenção e resistência. A transmissão é a sucessão da instituição entre gerações. A manutenção é o tempo de vida da instituição. A resistência é referente às mudanças.

De acordo com esse posicionamento e com o entender dos entrevistados, a sobrevivência da assistência domiciliar do Senado não parece ameaçada, pois a transmissão dos trabalhos desenvolvidos tem sido realizada com o suporte da legislação interna, principalmente a IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), pela atuação dos servidores que repassam o conhecimento para outros desde 2002. Essa estrutura vem crescendo em diversas frentes: o número de beneficiários que a utilizam aumentou gradativamente desde sua origem; o rol de cobertura da AD ampliou-se, com o aumento das categorias profissionais oferecidas; e os recursos humanos responsáveis pela perícia, auditoria e gestão da AD também foram ampliados. No tocante à resistência à mudança, não se observaram tentativas de exclusão ou mudanças que trouxessem prejuízo demasiado à estrutura.

Acredito que esta assistência só tende a crescer, devido, entre outras coisas, ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças crônicas (Servidor 2).

O que a gente observa pelo Conselho de Supervisão do SIS é o interesse em continuar com o programa (Servidor 5).

É provável que a AD do SF sobreviva no decorrer do tempo, em virtude das percepções de alto valor dos gestores, dos impactos positivos da oferta ou, ainda, da falta de resistência de grupo. Se isso de fato ocorrer, aponta-se para a continuidade da estrutura ou sedimentação, abordando-se o ciclo de processos inerentes à institucionalização estabelecido por Tolbert e Zucker (1998). O Quadro 7 apresenta os fatores determinantes do processo de institucionalização e sua aplicabilidade ao caso do Senado Federal.

Quadro 7 - Fatores determinantes do processo de institucionalização

Etapas do Processo de Institucionalização	Fatores Institucionais	Fatores Inibidores / Motivadores Identificados no Caso
Habitualização ou pré-institucionalização	Legislação	- RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c) - Conselhos federais de medicina e de enfermagem - Instruções normativas do Senado Federal
	Forças do campo organizacional	- Exigência por parte dos servidores - Pressão política exercida pelo Conselho de Supervisão do SIS
	Mudanças tecnológicas	- Equipamentos e monitores portáteis - SIGAD (processo eletrônico) - Documentos salvos em nuvens
Objetificação ou semi-institucionalização	Monitoramento organizacional	- Visitas a outros órgãos da Administração
	Teorização	- Conselho de Supervisão do SIS solicita estudos, pareceres e até mesmo revisões das instruções normativas do SIS
Sedimentação ou institucionalização total	Resistência de grupo	- Reduzida resistência por parte dos agentes envolvidos direta ou indiretamente no processo
	Impactos positivos	- Acredita-se que o número de reinternação é bem menor - Satisfação do usuário - Bons resultados, beneficiando os parlamentares e servidores
	Defesa de grupo de interesse	- Aposentados se interessam muito

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Guerreiro, 2005.

A discussão apresentada nos itens anteriores permite o alcance da resposta para a primeira questão de pesquisa: **1) Em qual estágio está o processo de institucionalização da assistência domiciliar – home care do Senado Federal?** A análise demonstra que a AD no SF atravessa as três fases, alcançando a última etapa de sedimentação, conforme pode ser observado no Quadro 7.

6.2 VARIÁVEIS DE ANÁLISE PARA VERIFICAÇÃO DE ISOMORFISMO – SENADO FEDERAL X SUS

6.2.1 Critérios de elegibilidade

Os critérios e condições de elegibilidade, segundo os preceitos de Paiva *et al.* (2016) são um conjunto de elementos e informações que permitem avaliar o enquadramento do paciente dentro da atenção domiciliar. O atendimento domiciliar no SUS, conforme a portaria de nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), organiza-se em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), pautadas de acordo com o grau de complexidade e a frequência das visitas domiciliares necessária para o cuidado a ser prestado (BRASIL, 2012a). De forma similar, a AD do Senado (cuidador, assistência de enfermagem, oxigenoterapia e *home care*) também é organizada de acordo com a complexidade de cada caso e a frequência das visitas domiciliares.

Podemos dividir os critérios de elegibilidade em clínicos e administrativos. Conforme registra Brasil (2012a), os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita. Os critérios administrativos referem-se aos quesitos administrativos, operacionais e legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado (BRASIL, 2012a).

6.2.1.1 Critérios clínicos

O site do Ministério da Saúde indica o programa Melhor em Casa para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento (BRASIL, 2019). Dessa forma, a AD do SUS apresenta um grande escopo de atuação, pois essa definição permite a inclusão de diversas patologias, a depender do grau de comprometimento e gravidade delas.

O SIS, atualmente, também possui um escopo abrangente de atuação, pois ele, assim como o SUS, não restringe o atendimento a determinadas patologias. A IN nº 9, de 2017 (BRASIL, 2017c), cita que a modalidade de assistência de enfermagem sem internação domiciliar ou cuidador pode ser indicado ao beneficiário e/ou dependente portador de enfermidade impossibilitado de realizar, sem ajuda de terceiros, as atividades da vida diária. No caso de internação domiciliar, esta é indicada ao beneficiário do SIS que seja portador de

enfermidade clínica ativa, hemodinamicamente estável, de alta ou média complexidade, conforme os critérios de elegibilidade constantes nas tabelas ABEMID e NEAD, que demandem atenção multidisciplinar continuada.

O médico titular ou assistente é quem indica o paciente para a AD (BARBOSA, 2017). Verifica-se que, tanto no SUS quanto no SF, a AD possui critérios clínicos de elegibilidade não específicos, que são classificados de acordo com o grau de dependência do paciente. Para conferir o enquadramento nesses critérios, existe uma perícia inicial realizada, com a finalidade de conceder autorização, quando for o caso.

6.2.1.2 Critérios administrativos

A primeira condição para que se tenha acesso à AD, em ambas as instituições (SUS e SIS), é o consentimento da família para a existência do cuidador. Para Brasil (2012a), a assistência prestada no domicílio não pode ser compulsória, já que o contexto das relações familiares é sempre mais ativo que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica sugerida. Recomenda-se, de acordo com Brasil (2012a) que toda família esteja a par do processo de cuidar da pessoa, envolvendo-se próxima com a equipe na execução das atividades a serem promovidas. Portanto, a formalização da assinatura do termo de consentimento informado por parte da família e/ou do usuário (se consciente), ou de seu representante legal, é necessária na prestação da AD em ambos os casos.

Como critérios administrativos, pode-se observar que em ambas as instituições, há a necessidade de um responsável, que geralmente é um familiar, para exercer a função de cuidador. Brasil (2013) registra que o cuidador é um ator relevante para a efetivação da AD e deve ser considerado pelas equipes, que deverão envolver a família no cuidado, ciente de todas as dificuldades existentes durante o processo.

O serviço de atenção domiciliar deve fornecer aos familiares dos pacientes e/ou cuidadores orientações verbais e escritas, em linguagem clara, sobre a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta (BRASIL, 2006c).

Adicionalmente, é necessário haver um ambiente domiciliar minimamente adequado aos cuidados domiciliares, incluindo a existência de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários. Ressalta-se que esses critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se as singularidades do paciente e suas necessidades (BRASIL, 2012a).

A Anvisa, por meio da RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), estabelece como critérios de inclusão para a atenção domiciliar, e que se enquadram na categoria de critérios administrativos, os seguintes quesitos:

- Suprimento de água potável;
- Fornecimento de energia elétrica;
- Meio de comunicação de fácil acesso;
- Facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

Art. 16º A perícia do SIS, se julgar conveniente, poderá solicitar avaliação social da família, da adequação do domicílio e da existência de pessoas que se responsabilizem pelos cuidados gerais do paciente, antes de emitir seu parecer (BRASIL, 2017c).

6.2.2 Necessidade de prontuários

A Anvisa, ainda por meio da RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), informa que o SAD deve conservar um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas no decorrer da atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

O prontuário domiciliar, ainda de acordo com a RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), deve conter identificação do paciente, prescrição e evolução multiprofissional, resultados de exames, descrição do fluxo de atendimento de Urgência e Emergência, telefones de contatos do SAD e orientações para chamados.

Seguindo essa determinação supracitada, o COFEN, por meio da Resolução COFEN nº 464, de 2014 (COFEN, 2014), determina que todas as ações de enfermagem devem ser registradas em prontuários:

Art. 4º Todas as ações concernentes à atenção domiciliar de enfermagem devem ser registradas em prontuário, a ser mantido no domicílio, para orientação da equipe.

§ 1º Deverá ser assegurado, no domicílio do atendimento, instrumento próprio para registro da assistência prestada de forma contínua.

§ 2º O registro da atenção domiciliar de enfermagem envolve:

- I – Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa e família;
- II – Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa e família à situação que estão vivenciando;
- III – Os resultados esperados;
- IV – As ações ou intervenções realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- V – Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas;
- VI – As intercorrências.

§ 3º O registro da atenção domiciliar e as observações efetuadas deverão ser registradas no prontuário, enquanto documento legal de forma clara, legível, concisa, datado e assinada pelo autor das ações (COFEN, 2014).

6.2.3 Serviços

O Conselho Federal de Medicina estabelece, na Resolução nº 1.668, de 2003 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003), que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar, que as equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia.

Sabe-se que o SUS disponibiliza, além dos profissionais citados na norma acima, medicamentos, materiais utilizados nos procedimentos, mobiliário hospitalar e equipamentos, bem como nutrição enteral e parenteral. Esses serviços e procedimentos disponibilizados pelo SUS também são passíveis de cobertura pelo SF, conforme o art. 6º da IN nº 9, de 2017, do SF:

Art. 6º São passíveis de cobertura os seguintes serviços e procedimentos:

I - visita médica;

II - consulta domiciliar com médico especialista;

III - supervisão e cuidados de enfermagem;

IV - fisioterapia motora e/ou respiratória;

V - fonoaudiologia;

VI - psicologia;

VII - terapia ocupacional;

VIII - avaliação nutricional;

IX - medicamentos de uso eventual;

X - mobiliário hospitalar e equipamentos;

XI - materiais utilizados nos procedimentos;

XII - nutrição enteral e parenteral;

XIII - outros, desde que previamente autorizados pelo SIS (BRASIL, 2017c).

Por fim, todos os serviços de AD devem garantir aos pacientes que estão em regime de internação domiciliar, a remoção ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e emergência, conforme previsto no RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c).

6.2.4 Cadastro de empresas públicas e privadas

A Resolução CFM nº 1.668, de 2003 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003), exige que todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam.

Segundo a norma, o cadastro/registo deve ser acompanhado da apresentação do regimento interno que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, o qual deverá ser homologado pelo Conselho Regional. As empresas públicas ou privadas que prestam AD devem, ainda, ter um diretor técnico, necessariamente médico, que assumirá, perante o Conselho de Medicina, a responsabilidade ética de seu funcionamento.

Associado à resolução supracitada, tem-se que o serviço de assistência domiciliar deve, conforme a RDC 11, de 2006 da ANVISA (BRASIL, 2006c), possuir inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), bem como possuir licença da autoridade sanitária local para seu funcionamento.

6.2.5 Critérios de alta

Segundo a Anvisa (BRASIL, 2006c), a alta da atenção domiciliar é o “ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito”.

Conforme aponta Brasil (2012a), para a alta do Serviço de Atenção Domiciliar no SUS, é necessária a avaliação clínica e discussão do caso no âmbito da equipe, observando os critérios a seguir:

- Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde, como a Atenção Básica;
- Agravo do quadro que justifique internação hospitalar;
- Mudança da área de abrangência;
- Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;
- Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares;
- Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;
- Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo;
- Óbito.

Percebe-se uma grande similaridade com os critérios de alta estabelecidos na IN nº 9, de 2017, do SF, que estipula os seguintes critérios:

Art. 15. A prestação dos serviços descritos nesta Instrução Normativa cessa quando se verificar:

I - modificação do quadro clínico do paciente, confirmada pela perícia de forma que não seja mais necessária a assistência domiciliar;

II - internação hospitalar;

III - óbito;

IV - solicitação do beneficiário ou seu responsável;

V - indicação do médico assistente (BRASIL, 2017c).

6.2.6 Regime de financiamento

Conforme abordado anteriormente, o financiamento do plano de saúde do Senado é feito, em sua maior parte, com recursos da União alocados àquele órgão na lei orçamentária anual e, complementarmente, pelo Fundo de Reserva do SIS. Para isso, o Senado destina ao SIS, anualmente, o valor correspondente a, pelo menos, 3,5% da dotação consignada na lei orçamentária para sua despesa total com pessoal e encargos sociais.

No caso do SUS, os recursos também são providos pela União, embora com especificidades, pois a forma de transferência dos recursos públicos federais para os municípios, o Distrito Federal e os estados, assim como dos estados para seus respectivos municípios, deve ser fundo a fundo. O incentivo financeiro é repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado, e é condicionado ao cumprimento de certos requisitos por parte dos Serviços de Atenção Domiciliar do SUS, conforme descrito na Portaria n° 825, de 2016 (BRASIL, 2016a).

6.3 AVALIANDO A OCORRÊNCIA DE ISOMORFISMO INSTITUCIONAL

O Quadro 8 apresenta uma síntese comparativa entre as variáveis discutidas durante a disponibilização de AD do SUS e do Senado Federal. Buscou-se, nas referências bibliográficas, uma possível justificativa à luz da Teoria Institucionalista para a existência de elementos isomórficos nos casos em que as variáveis eram convergentes. Utilizou-se como base também o fluxograma constante no Capítulo 2.

Quadro 8 - Comparação entre SIS e SUS

VARIÁVEL	SENADO FEDERAL	SUS
População-alvo	Beneficiários do SIS	Todos os brasileiros
Critérios de elegibilidade	Classificados de acordo com o grau de complexidade	Classificados de acordo com o grau de complexidade
Serviços	Equipe multidisciplinar	Equipe multidisciplinar
Patologias abrangidas	Não há especificação de patologias	Não há especificação de patologias
Necessidade de prontuário no domicílio	Sim	Sim
Necessidade de cadastramento de empresas públicas e privadas de AD	Sim	Sim
Critérios de alta	Sim.	Sim.
Regime de financiamento	Orçamento público e participação dos beneficiários	Orçamento público

Fonte: Elaborado pela autora.

O Quadro 8 evidencia alguns pontos de coincidência entre as ADs prestadas pelo Senado Federal e pelo SUS. Os pontos identificados como isomórficos entre as instituições foram classificados tendo por base os conceitos abordados durante a revisão da literatura, realizada no Capítulo 3.

Agora é possível responder à segunda questão de pesquisa: **Há evidências de isomorfismo institucional nesse processo?** Os achados apontam que sim. Mas qual seria o tipo de isomorfismo predominante?

6.3.1 Índícios de isomorfismo coercitivo

O isomorfismo coercitivo resulta tanto de pressões formais quanto de pressões informais empreendidas sobre as organizações por outras organizações das quais elas dependem e pelas expectativas culturais da sociedade em que as organizações atuam (DIMAGGIO, POWELL, 2005).

Um aspecto que nos remete ao isomorfismo coercitivo no caso em análise revela-se quando se observa que a maior parte do custeio da AD do Senado é realizada com recursos do orçamento da União. Apesar de ser de forma e com percentual diferentes, a AD do SUS é também, em grande medida, financiada com recursos da União.

Além disso, a Resolução RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), estabelece os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar. Para isso, essa norma

dispõe sobre o funcionamento dos SADs, sendo aplicável a todos aqueles, públicos ou privados, que oferecem assistência e ou internação domiciliar.

A citada resolução prevê, por exemplo, a necessidade de um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente. Além disso, obriga o Programa de Atenção Domiciliar a verificar, como critério de inclusão para internação domiciliar, se a residência dos pacientes possui suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de passagem para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para o leito e equipamentos. Esta RDC exige ainda que o SAD garanta aos usuários que estão em regime de internação domiciliar a remoção ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e emergência.

Assim, há uma norma legal que obriga os serviços que prestam assistência domiciliar a serem semelhantes. Neste trabalho notou-se que os dois órgãos tiveram de ajustar o seu formato ao que está sendo exigido na RDC nº 11, de 2006 da ANVISA (BRASIL, 2006c). Demonstra-se, dessa forma, que a similaridade, decorrente do isomorfismo existente é predominantemente coercitiva, pois os serviços de saúde tiveram de se adaptar à legislação, o que implica certa forma a coerção. Há de se observar, portanto, que este ajuste é obrigatório, pois caso não se cumpra as determinações das normas é possível que haja sanção.

O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977, suas atualizações, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis (Art. 5º da RDC 11, de 2006 da ANVISA (BRASIL, 2006c)).

A organização das ADs ofertadas pelo SF e pelo SUS é pautada no grau de complexidade e frequência das visitas domiciliares necessária para o cuidado a ser prestado. Em ambas as assistências, não se relacionam patologias específicas como critério de participação e a indicação é sempre feita pelo médico titular ou assistente do paciente.

De forma similar, a portaria de nº 825, de 2016 do MS (BRASIL, 2016a) e a IN nº 9, de 2017 do SIS (BRASIL, 2017c) indicam que as respectivas ADs serão compostas por diversos serviços e procedimentos, tais como visitas médicas, cuidados de enfermagem, tratamentos de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, avaliação nutricional, medicamentos, equipamentos, materiais utilizados nos procedimentos e nutrição enteral e parenteral.

Ademais, as duas instituições indicam como critério de alta da AD, entre outros, modificação do quadro clínico do paciente confirmada pela perícia de forma que não seja mais necessária a assistência domiciliar; internação hospitalar; óbito; solicitação do beneficiário ou seu responsável; e indicação do médico assistente.

A Resolução nº 1.668, de 2003 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003), do Conselho Federal de Medicina, dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional nesse tipo de assistência, exigindo, por exemplo, que todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar sejam cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam. Essa resolução determina, ainda, que as empresas públicas ou privadas que prestam AD tenham um diretor técnico, necessariamente médico, que assuma perante o Conselho de Medicina a responsabilidade ética de seu funcionamento. No que concerne ao Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN nº 464, de 2014 (COFEN, 2014), arrola-se as competências privativas do enfermeiro e exige-se, ainda, que a atenção domiciliar de enfermagem seja executada no contexto da Sistematização da Assistência de enfermagem. Assim, percebe-se que tanto o CFM, quanto o COFEN foram outros grandes reguladores do campo organizacional.

Ainda com relação aos estudos da Teoria Institucional, conforme apontam Pereira (2012), variáveis tais como valores compartilhados, busca de legitimidade e isomorfismo contribuíram para os estudos organizacionais ao dar uma ênfase sociológica e introduzir a análise sobre relações entre organizações e a análise entre organizações e ambiente. A esse respeito, o Quadro 9 realiza uma compilação das variáveis estudadas nas duas instituições – SF e SUS –, categorizadas na vertente do isomorfismo predominante.

Quadro 9 - Resumo de Isomorfismo

VARIÁVEIS COINCIDENTES	VERTENTE DO ISOMORFISMO	EVIDÊNCIAS	FONTES JUSTIFICADORAS
<ul style="list-style-type: none"> • Critérios de inclusão para internação domiciliar: infraestrutura • Garantia de remoção em casos de emergência • Exigência de prontuário domiciliar • Fontes de custeio • Exigência de cadastro e licença para as empresas públicas e privadas • Critério de alta • Organização pautada no grau de complexidade do cuidado necessário • Cobertura de serviços e procedimentos • Diretor técnico necessariamente médico • Sistematização do registro do profissional de enfermagem no prontuário 	Coercitivo	<p>- Pressões formais ou informais exercidas sobre organizações -Influências políticas;</p> <p>- Respostas a expectativas culturais da sociedade – A busca de legitimidade como ponto central;</p> <p>- Pressão coercitiva, por meio das legislações.</p> <p>“A mudança organizacional é uma resposta direta a ordens governamentais” (DIMAGGIO; POWELL; 2005, p. 77).</p>	<p>Resolução Anvisa - RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c);</p> <p>Regulamento do SIS (BRASIL, 2018c);</p> <p>IN nº 9, de 2017, do SIS (BRASIL, 2017c);</p> <p>Portaria nº 825, de 2016 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a);</p> <p>Resolução do CFM nº 1.668, de 2003 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003);</p> <p>Resolução COFEN nº 464, de 2014 (COFEN, 2014);</p>

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Santana, 2015.

Acredita-se que, independentemente de sua eficiência produtiva, conforme Tolbert e Zucker (1998) apontam, organizações inseridas em ambientes institucionais altamente elaborados legitimam-se e ganham os recursos necessários à sua sobrevivência se conseguirem tornarem-se isomórficas nos ambientes. Denota-se que para haver legitimidade é necessário existir intencionalidade, descaracterizando, dessa forma, as simples semelhanças existentes nas ADs estudadas como isomorfismo mimético. Já no tocante ao isomorfismo normativo, pouco

se observou, pois, as resoluções do CFM e do COFEN foram reguladoras do campo organizacional, mas evidenciaram mais o caráter coercitivo do que propriamente normativo.

Sabe-se que a legislação possui poder cogente; caso não se cumpra suas regras, tem-se sanção. O isomorfismo institucional, observado neste trabalho, foi, portanto, predominantemente coercitivo em razão de existirem normas, tais como a RDC nº 11, de 2006, da ANVISA (BRASIL, 2006c), que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar; a Portaria de nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas; a Resolução de nº 35, de 2012 do SIS (BRASIL, 2012b) que passou a reconhecer os tratamentos de internação domiciliar não apenas em Ato, mas em seu Regulamento; a IN nº 9, de 2017 do SF, que regulamenta o programa de atenção domiciliar aos beneficiários do SIS, entre outras.

Por fim, neste caso, ficou evidenciado que as legislações vigentes no país não obrigam a oferta de AD, no entanto se qualquer sistema de saúde for disponibilizá-la, o formato observado nessas ofertas estará definido mormente de acordo com às normas estabelecidas pela RDC nº 11, de 2006 da ANVISA (BRASIL, 2006c). Assim, tanto o SUS, quanto o SIS ajustaram as suas formas especialmente ao que está previsto nesta RDC, sem prejuízo das demais legislações explanadas acima. Parte-se daí o entendimento de que o isomorfismo existente não é predominantemente entre os dois órgãos estudados e sim por meio coercitivo que a legislação preconiza.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a compreender melhor a assistência domiciliar (AD) ofertada pelo Sistema Integrado de Saúde – SIS do Senado Federal, tendo em conta o objetivo de analisar o fenômeno organizacional do programa de *home care* do SF, com enfoque no processo de institucionalização e buscar evidências, por meio de variáveis, que corroborassem o entendimento de isomorfismo institucional e suas vertentes teóricas.

Ao longo dos capítulos, observou-se que as duas Casas do Poder Legislativo Federal dispõem de regulamentos próprios que preveem a organização e funcionamento dos serviços administrativos, como, por exemplo, os programas de assistência à saúde. Nesse sentido, tanto o Senado Federal quanto a Câmara dos Deputados possuem programas distintos em relação à assistência à saúde de seus servidores. No entanto, ambos os planos de saúde são classificados como de autogestão e possuem, atualmente, convênio com a Caixa Econômica Federal – CEF, compartilhando a rede credenciada do Saúde CAIXA.

Em relação ao modelo de AD, verificou-se que tem se expandido em resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais. Surgiu nos Estados Unidos e logo se difundiu em escala global, inclusive no Brasil. Conforme registra Brasil (2017b), esse programa é sugerido para pessoas que denotam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço do seu domicílio para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para as que estejam em condições nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A AD objetiva garantir ao paciente um cuidado mais adjacente do cotidiano da família em detrimento de hospitalizações prescindíveis e reduzindo o risco de infecções, além de preservá-lo no conforto do lar.

Entende-se que esse modelo de assistência pode auxiliar em boa medida a manutenção da sustentabilidade de planos de saúde, devido à redução da necessidade de gastos com hospitais, sendo capaz, adicionalmente, de proporcionar uma melhoria da saúde mental dos usuários de *home care*, já que a própria residência proporciona mais aconchego e tranquilidade ao beneficiário. Não obstante isso, a legislação que regulamenta os serviços prestados pelos planos de saúde – encabeçada pela Lei nº 9.656, de 1998 (BRASIL, 1998) – não exige a cobertura dessa assistência. Essa situação tende a gerar incerteza nos beneficiários de planos de saúde, pois se acredita que a pretensão de todos, ou pelo menos da maioria das pessoas, é envelhecer bem e poder obter os melhores cuidados durante a fase do envelhecimento, que geralmente exige auxílio.

Em que pese a falta de exigência legal, o SIS, acertadamente, disponibiliza assistência domiciliar. Essa assistência teve sua origem, dentro do Senado Federal, em 2004, introduzida por meio do Ato nº 1 de 2004 (BRASIL, 2004b). Nota-se, aí, uma busca de legitimidade, pois essa tomada de decisão proporciona grande satisfação aos seus beneficiários. Os institucionalistas entendem que, para a manutenção das organizações, essa busca é às vezes mais importante do que o próprio desempenho das organizações (TOLBERT; ZUCKER, 1998).

Para analisar o fenômeno organizacional da AD ofertada pelo SIS, que foi o objetivo deste trabalho, utilizou-se, portanto, da Teoria Institucional, que em muito tem contribuído para análises de gestão na Administração pública. As bases do modelo institucionalista no estudo das organizações foram lançadas por Selznick em 1948, com a obra *Foundations of the Theory of Organization* (Fundamentos da Teoria da Organização, em tradução livre), ao rejeitar as concepções racionalistas e visualizar as instituições como variáveis independentes (SUDDABY, 2010 *apud* MOTKE; RAVANELLO; RODRIGUES, 2016). Essa estrutura foi importante para o entendimento da Teoria Institucional e aplicação desta como elemento central na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros no ambiente de trabalho (PEREIRA, 2012).

No primeiro momento da pesquisa, utilizou-se a modelagem de Tolbert e Zucker (1998) e, a partir de documentos, peças da legislação e entrevistas semiestruturadas, organizou-se a análise das forças causais e características de cada estágio da institucionalização: habitualização, objetificação e sedimentação. Para as citadas autoras, o processo de institucionalização dá-se por meio de um conjunto de forças causais, que são características e inerentes ao processo de institucionalização e que são responsáveis pelas mudanças dos estágios da institucionalização. A partir daí, categorizaram-se essas forças causais juntamente com as características de cada estágio da institucionalização presente na disponibilização da AD no Senado federal. Para se obter as respostas, em relação ao grau de institucionalização da AD do SF, as entrevistas com os gestores e auditores do SIS foram fundamentais, ao ampliarem as discussões em torno do tema e completarem diversas lacunas, uma vez que não foi encontrado material de pesquisa em base de dados que tratasse da AD do SIS.

Portanto, após análise criteriosa, observou-se que a AD do SF possui forças causais e características das três fases da institucionalização, demonstrando que, mesmo com a inexistência de obrigação, por parte do gestor do SIS, de oferecê-la, concluiu-se que a AD se encontra em uma condição mais aproximada do estágio da institucionalização total ou sedimentação, que é marcada pelo apoio na continuidade da estrutura e pela consolidação dessa assistência dentro do Senado Federal. Esse achado responde à primeira questão de pesquisa:

1) Em qual estágio está o processo de institucionalização da assistência domiciliar – *home care* do Senado Federal?

Tolbert e Zucker (1998) afirmam que o oposto dessa metodologia, ou seja, a desinstitucionalização, provavelmente exigirá uma extensa alteração no ambiente (por exemplo, mudanças duradouras no mercado ou mudanças radicais em tecnologias) que possa permitir que um grupo de atores sociais com interesses em oposição à estrutura se oponham conscientemente a ela ou explorem suas desvantagens.

De acordo com DiMaggio e Powell (1988 *apud* PEREIRA, 2012), na visão do neoinstitucionalismo, as organizações são recompensadas por legitimidade, sobrevivência e recursos, fundamentadas na aceitação das pressões coercitiva, normativa e mimética das instituições. Isso implica a transferência contextual de valores, símbolos, estratégias e estruturas e, portanto, a criação do isomorfismo.

A legitimidade do programa de AD pôde ser observada tanto na oferta dessa assistência pelo SIS, quanto na disponibilização de AD pelo SUS, pois em ambas as instituições o usuário tem solicitado e utilizado esse serviço de forma crescente. O programa de assistência domiciliar do SUS, denominado Programa Melhor em Casa (ou Serviços de Atenção Domiciliar – SAD) tem se destacado e vem sendo percebido como vantajoso para a comunidade. Ele apresenta-se estruturado com equipe multidisciplinar com o foco em atender o paciente na sua integralidade com o maior e melhor nível de resposta. Além disso, o SUS se mostrou organizado, no tocante à normatização de sua assistência domiciliar. Assim, a Portaria de nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), do Ministério da Saúde, bem como a disponibilização de manuais e cartilhas evidenciam o cuidado que seus gestores têm com a população, pois esclarecem o formato de sua AD e exigências, como, por exemplo, critérios para admissão, manutenção e alta do paciente.

Outro aspecto importante que demonstrou a presença de isomorfismo institucional foi a regulamentação prevista para a AD contida na RDC nº 11, de 2006 (BRASIL, 2006c), que estabelece os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar. Por ser aplicável a todos os serviços que prestam essa assistência, públicos ou privados, que ofereçam assistência e/ou internação domiciliar, esta legislação padronizou diversos aspectos da assistência domiciliar para qualquer instituição que for disponibilizá-la.

Assim, tanto o SUS, quanto o SIS ajustaram as suas formas especialmente ao que está previsto nesta RDC, sem prejuízo das demais legislações explanadas na pesquisa. Partiu-se daí o entendimento de que o isomorfismo existente não é predominantemente entre os dois órgãos estudados e sim por meio coercitivo que a legislação preconiza. Assim, a pressão coercitiva

resulta do poder da força, da persuasão. O entendimento permitiu o alcance da segunda questão de pesquisa: **2) Há evidências de isomorfismo institucional nesse processo?** Sim, e do tipo coercitivo.

Denotou-se que para haver legitimidade é necessário existir intencionalidade, descaracterizou-se, dessa forma, as simples semelhanças existentes nas ADs estudadas como isomorfismo mimético. Já no tocante ao isomorfismo normativo, pouco se observou, pois as resoluções do CFM e do COFEN, que foram cogitadas, mostraram-se reguladoras do campo organizacional, mas evidenciaram mais o caráter coercitivo do que propriamente normativo.

Dessa forma, conclui-se que há a presença de variáveis semelhantes caracterizando predominantemente o isomorfismo coercitivo, conforme dito anteriormente, em razão de existirem normas, tais como a RDC nº 11, de 2006, da ANVISA (BRASIL, 2006c), que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, e portanto se mostra como norma principal para todos os serviços de saúde que disponibilizam essa assistência; a portaria de nº 825, de 2016 (BRASIL, 2016a), que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS; a resolução de nº 35, de 2012 (BRASIL, 2012b) do SIS, que passou a reconhecer os tratamentos de internação domiciliar não apenas em Ato, mas em seu regulamento; a IN nº 9, de 2017 do SF (BRASIL, 2017c), que regulamenta o programa de atenção domiciliar aos beneficiários do SIS, entre outras.

A avaliação que se faz é a de que as teorias científicas do campo sociológico se mostram igualmente eficazes para fundamentar estudos de temas, a exemplo daqueles do campo da saúde, que são tradicionalmente investigados com recurso a teorias voltadas ao conhecimento racional e demonstrativo. Esses temas, que, costumeiramente, admitem as representações científicas como correspondentes diretas da realidade, também são passíveis de serem estudados sob a ótica das ciências humanas, impulsionando o desenvolvimento de uma instituição e de uma sociedade, introduzindo-se como fonte legítima para entender e explicar algo de que ainda não se tem conhecimento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, junho 2017. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf. Acesso em: 15 set. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Quem somos**. Rio de Janeiro: ANS, [2019]. Disponível em: <http://ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em: 7 set. 2019.

BAPTISTA, J. Institutionalization as a process of interplay between technology and its organizational context of use. **Journal of Information Technology**, v. 24, n.4, p. 305-319, 2009. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1057/jit.2009.15>.

BARBOSA, E. **Profissionais da saúde & home care**. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.

BASTOS, C. R. **Curso de direito constitucional**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

BELLIDO, J. M. Que es la hospitalización a domicilio. *In*: GLEZ, M. D. D. (coord.). **Hospitalización a domicilio**. Madrid: Hoechst Marion Roussel, 1998. p. 23-28.

BORINELLI, B.; VERAS NETO, F. Análise institucional no contexto brasileiro: algumas considerações. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Málaga, sept. 2011. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/13/bbvn.html>. Acesso em: 2 mar. 2019.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 20 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1990b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8112-11-dezembro-1990-322161-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Complexidade do cuidado na atenção domiciliar programa de desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>. Acesso em: 5 set. 2019.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 20 set. 2019.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006.** Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_us_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de monitoramento e avaliação**: Programa Melhor em Casa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf. Acesso em: 1 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. v.1.

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf. Acesso em: 1 set. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Ato nº 1, de 2004**. Resolve o Conselho de Supervisão do Sistema Integrado de Saúde do Senado Federal [...]. Brasília, DF: Senado Federal, 2004b. Disponível em: <https://adm.senado.gov.br/normas/ui/pub/normaConsultada?2>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Ato da Comissão Diretora nº 2, de 2003**. Altera o Ato no 9, de 1995, e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2003. Disponível em: <https://adm.senado.gov.br/normas/ui/pub/normaConsultada?2>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Ato da Comissão Diretora nº 5, de 2016**. Este Ato altera os Atos da Comissão Diretora no 4, de 2002; no 5, de 2006; no 17, de 2014; e no 17, de 2015, de forma a adequar os normativos internos à legislação vigente e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2016c. Disponível em: <https://adm.senado.gov.br/normas/ui/pub/normaConsultada?6>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Ato da Comissão Diretora nº 9, de 1995**. Dispõe sobre a assistência à saúde prestada aos senadores e seus dependentes e aos ex-senadores e seus cônjuges. Brasília, DF: Senado Federal, 1995. Disponível em: <https://www.pilotopolicial.com.br/wp-content/uploads/2017/05/ATC-9-1995-compilado.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Ato da Comissão Diretora nº 17, de 2014**. Altera o Ato da Comissão Diretora no 9, de 1995, que dispõe sobre a assistência à saúde prestada aos senadores e seus dependentes e aos seus cônjuges. Brasília, DF: Senado Federal, 2014c. Disponível em: <https://adm.senado.gov.br/normas/ui/pub/normaConsultada?6>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Estrutura Administrativa**. Brasília, DF: Senado Federal: 2020a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/estrutura>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Instrução normativa do conselho de supervisão do SIS nº 1, de 2014**. Regulamenta a assistência domiciliar aos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 2014d. Disponível em: <https://adm.senado.leg.br/normas/ui/pub/normaConsultada?4&idNorma=205233>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Instrução normativa do conselho de supervisão do SIS nº 9, de 2017**. Regulamenta o programa de atenção domiciliar aos beneficiários do Sistema Integrado de Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 2017c. Disponível em: <https://adm.senado.leg.br/normas/ui/pub/normaConsultada?idNorma=13917151>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Instrução normativa nº 12, de 2018** do conselho de supervisão do SIS. Regulamenta a participação financeira e o limite de desconto mensal da remuneração do beneficiário titular. Brasília, DF: Senado Federal, 2018a. Disponível em: <https://adm.senado.gov.br/normas/ui/pub/normaConsultada?4&idNorma=14028508>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Painel de execução financeira do SIS 2019**. Brasília, DF: Senado Federal, 2020b. Disponível em: <https://intranet.senado.leg.br/saude/plano-de-saude-sis/prestacao-de-contas/painel/painel-de-execucao-financeira-do-sis-2019>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Regulamento administrativo do Senado Federal**. Brasília, DF: Senado Federal, 2018b. Disponível em: http://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_01_2017_1260824.PDF. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Regulamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS)**. Brasília, DF: Senado Federal, 2018c. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/pdfs/regulamento-sis-2018>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Resolução nº 35, de 2012**. Dispõe sobre o Regulamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS). Brasília, DF: Senado Federal, 2012b. Disponível em: <https://adm.senado.gov.br/normas/ui/pub/normaConsultada?2&idNorma=217455>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **SIS: saúde**. Brasília, DF: Senado Federal, [2020]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis>. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Valores de contribuições**. Brasília, DF: Senado Federal, 2019. Disponível em: <https://intranet.senado.leg.br/saude/informacoesgerais/tabelas-do-plano/contribuicao>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Acórdão nº 957551**. Processual civil e consumidor. Apelação. Ação de obrigação de fazer. Pedido de antecipação de tutela recursal. Deferimento. Plano de Saúde. Cobertura [...]. Apelante: Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Apelado: Marcio Antonio Martins. Relator: Desembargador João Egmont, 20 de julho de 2016d. Disponível em: <https://bit.ly/3sbE6vp>. Acesso em: 2 nov. 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Acórdão nº 975186**. Direito processual civil. Obrigação de fazer. Plano de saúde. Serviço de atendimento domiciliar [...]. Apelante: Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil. Apelado: Iraci de Oliveira da Silva. Relator: Desembargador Sandoval Oliveira, 14 de outubro de 2016e. Disponível em: <https://bit.ly/3tYZ42h>. Acesso em: 2 nov. 2019.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F. (org.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local**: a agenda de pesquisa do observatório da realidade organizacional. Recife: UFPE, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/viewFile/21896/18422>. Acesso em: 18 maio 2019.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F.; LOPES, F. D. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. *In*: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 23., 1999, Foz do Iguaçu. **Anais** [...]. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999. Disponível em: http://www.anpad.org.br/eventos.php?cod_evento=1&cod_edicao_subsecao=52&cod_evento_edicao=3&cod_edicao_trabalho=3411. Acesso em: 10 nov. 2018.

CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. M. F.; SILVA, S. M. G. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 849-874, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6790/5372>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CASTRO, H. R. V. **Reconhecimento do direito à aposentadoria especial dos servidores do Senado Federal**: isomorfismo e institucionalização do novo rito processual. 2018. 204 f. Dissertação (Mestrado profissional em Poder Legislativo) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento, Câmara dos Deputados, Brasília, 2018. Disponível em: https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/36139/reconhecimento_direito_castro.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 2 nov. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução nº 464/2014, de 20 de outubro de 2014**. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília, DF: COFEN, 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html. Acesso em: 20 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.668 de 07 de maio de 2003**. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Brasília, DF: CFM, 2003. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=99228>. Acesso em: 2 nov. 2019.

DAFT, R. L. **Teoria e projeto das organizações**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 74-89, 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37123>. Acesso em: 10 set. 2019.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. Introduction. In: ZUCKER, Lynne G. (ed). **Institutional patterns and organizations: culture and environment**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p. 1-38.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. Jaula de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. In: CALDAS, M. P.; BERTERO, C. O. **Teoria das Organizações**. São Paulo: Atlas, 2007. p. 110-236.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUARIDO FILHO, E. R.; COSTA, M. C. Contabilidade e institucionalismo organizacional: fundamento e implicações para a pesquisa. **Revista de contabilidade e controladoria**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 20-41, jan./abr., 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rcc/article/view/26685/17967>. Acesso em: 10 jul. 2019.

GUARIDO FILHO, E. R.; SILVA, C. L. M.; GONÇALVES, S. A. Institucionalização da teoria institucional no contexto dos estudos organizacionais no Brasil. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009. São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: ANPAD, 2009. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/45/EOR2085.pdf. Acesso em: 25 fev. 2019.

GUERRA, G. C. M.; ICHIKAWA, E. Y. A institucionalização de representações sociais: uma proposta de integração teórica. **REGE**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 339-359, jul./set. 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/82326283.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58. p. 193-223, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452003000100010>. Acesso em: 25 fev. 2019.

JEPPERSON, R. L. Instituciones, efectos institucionales e institucionalismo. In: POWELL, W.; DIMAGGIO P. (org.). **El nuevo institucionalismo em análise organizacional**. Ciudad de México: Universidade Autónoma del Estado de México, 1999.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n. 2, p. 110-118, maio/ago, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8062/5683>. Acesso em: março de 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica: técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LORETO, M. S. S.; PACHECO, F. L. A inserção da lógica de mercado no campo cultural: a relação entre as instituições bancárias e a cultura em Recife. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 1-14, dez. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512007000400011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 fev. 2021.

MARTINS, F. B. **Direito Constitucional**. São Paulo: Impetus, 2013.

MENDES, M. A. F. **A Institucionalização da práticas de sustentabilidade na Universidade Federal do Pará**. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado profissional em Gestão Pública) - Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/10315/6/Disserta%c3%a7%c3%a3o_InstitucionalizacaoPraticasSustentabilidade.pdf. Acesso em: 5 de fevereiro de 2020.

MENDES, L.; VIEIRA, F. G. D.; CHAVES, C. J. A. Responsabilidade social e isomorfismo organizacional: o paradoxo de ações (anti)éticas em busca de legitimidade no mercado brasileiro. **GESTÃO.Org - Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 192-212, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/gestaoorg/article/view/21487/18181>. Acesso em: 4 dez. 2019.

MEYER, J.; ROWAN, B. Organizaciones insitucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia. In: POWELL, W.; DIMAGGIO, P. (org.). **El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional**. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1999. p. 9-31.

MIRANDA, R. S. Uma revisão de literatura sobre o neoinstitucionalismo e a avaliação do desempenho de instituições sociais. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 7, n. 2, p. 59-75, set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/download/3508/robertov7n2.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2019.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf. Acesso em: 2 nov. 2019.

MOTA, L. P.; SPITZCOVSKY, C. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Impetus, 2004.

MOTKE, F. D.; RAVANELLO, F. S.; RODRIGUES, G. O. Teoria institucional: um estudo bibliométrico da última década na web of Science. **Contextus**, v. 14, n. 2, maio/ago. 2016. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22479/1/2016_art_fdmotke.pdf. Acesso em: 2 jun. 2019.

OLIVEIRA, R. F. **Ato administrativo**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

PAIVA, P. A. *et al.* Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 244-252, abr./jun., 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/02/831837/12-artigo-servicos-de-atencao-domiciliar-patricia.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019

PECI, A. A nova Teoria Institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. **Cadernos Ebape.br**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-12, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512006000100006>. Acesso em: 5 dez. 2018.

PEREIRA, F. A. M. A evolução da teoria institucional nos estudos organizacionais: um campo de pesquisa a ser explorado. **Organizações em Contexto**, São Bernardo do Campo, v. 8, n. 16, p. 275-295, jul./dez. 2012. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/OC/article/view/3396/pdf_65. Acesso em: 12 jul. 2020.

PERES, P. S. Comportamento ou Instituições? a evolução histórica do neoInstitucionalismo da Ciência Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 23, n. 68, p. 53-72, out. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10713666009>. Acesso em: 17 mar. 2019.

PIAIA, T. C. Instituições, organizações e mudança institucional: análises e perspectivas. **Revista Justiça do Direito**, Passo Fundo, v. 27, n. 2, p. 257-274, jul./dez., 2013. Disponível em: <http://bit.ly/2wAUiLU>. Acesso em: 12 jun. 2018.

PIMENTEL, L. **O lugar do idoso na família**. Coimbra: Quarteto editora, 2001.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REHEM, T. C. M. S. B; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 231-242, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2019.

RICHARDSON, J. A pesquisa qualitativa crítica e válida. *In*: RICHARDSON, R. J. *et al.* (org.). **Pesquisa Social**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2012. p.117-136.

ROCHA, C. V. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as políticas públicas: algumas observações. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 11-28, dez. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/32>. Acesso em: 5 fev. 2019.

ROSSETTO, C. R.; ROSSETTO, A. M. Teoria institucional e dependência de recursos na adaptação organizacional: uma visão complementar. **RAE electrónico**, São Paulo, v. 4, n. 1, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482005000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 dez. 2019.

ROSSONI, L. O que é legitimidade organizacional? **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 23, n. 76, p. 110-129, mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302016000100110. Acesso em: 9 fev. 2019.

RUSSO, P. T. *et al.* Evidências de elementos de institucionalização do Balanced Scorecard na obra "A estratégia em ação": um olhar baseado na teoria institucional. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 23, n. 58, p. 7-18, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772012000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 dez. 2019.

SANTOS, M. L. W. D. **As Teorias Positivas sobre a organização do Legislativo e as explicações sobre o Congresso Nacional**. 2006. 216 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/1560/1/arquivo4825_1.pdf. Acesso em: 2 nov. 2019.

SANTOS, M. H. G. R. M. **A responsabilidade civil objetiva às operadoras de planos de saúde por erro médico**: mitigação da teoria objetiva. 2019. 160 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38138/1/2019_MarceloHenriqueGon%c3%a7alvesRiveraMoreiraSantos.pdf. Acesso em: 2 nov. 2019.

SANTOS FILHO, N. G. **Integração das polícias estaduais no Brasil**: uma análise da política de integração das polícias estaduais brasileiras sob a ótica do institucionalismo sociológico. 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração de Empresas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24756/1/TESE%20DE%20NELSON%20GOMES%20-%20OK.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SANTOS FILHO, N. G. *et al.* Mudança organizacional no legislativo brasileiro: discutindo as possibilidades de aplicação do institucionalismo sociológico na análise da modernização da estrutura administrativa da Câmara dos Deputados. *In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA*, 4., 2010, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: EnAPG, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/2wztrj7>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SCOTT, W. R. **Institutions and organizations**. 2. ed. London: SAGE, 2001.

SELZNICK, P. Institutionalism "old" and "new". **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 41, n. 2, p. 270-77, Jun. 1996. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2393719>. Acesso em: 2 nov. 2019.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA P. O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez., 2000.

TEIXEIRA, C. P. **Cooperativas de profissionais de saúde dos serviços municipais e estaduais no município do Rio de Janeiro e a cooperativa do Hospital Geral de Nova Iguaçu**: abordando as prestadoras. 2000. 88 F. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4913/2/212.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2019.

THERET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003. Disponível em: <http://bit.ly/2wFnbWZ>. Acesso em: 8 jan. 2019.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A institucionalização da teoria institucional. *In*: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORDY, W. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1998. p. 196-219.

TSEBELIS, G. **Jogos ocultos**: escolha racional no campo da política comparada. São Paulo: Edusp, 1998.

WILKERSON, G. F. **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários**. Lisboa: Lusociência, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JÚNIOR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.216-221, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demand_a_prestacao.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

ZUCKER, L. G. Institutional theories of organization. **Annual review of sociology**, Palo Alto, v. 13, n. 1, p. 443-464, ago. 1987. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2083256>. Acesso em: 2 nov. 2019.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada

Aluna: Tarciane Silva de Araujo Castro. Turma MEST 2/2017

I - Informações preliminares ao (à) entrevistado (a):

Apresentação

Objetivos da entrevista

Solicitação de autorização de gravação

Objetivo geral: identificar a ocorrência e o grau de institucionalização da assistência domiciliar do Senado.

Objetivos específicos: **discutir em que medida o modelo de trabalho adotado pelo Senado Federal caminha para a modificação, institucionalização ou extinção, tendo por base a teoria institucional.**

II - Dados do Entrevistado: nome, telefone, e-mail, função atual, tempo na instituição e formação acadêmica.

III - Questões:

- 1) Acredita que o avanço da tecnologia é importante para possibilitar o acompanhamento de pacientes em *home care*? Por quê?
- 2) Em sua opinião, qual a motivação para a adoção da assistência domiciliar pelo plano de saúde do Senado Federal? (ex.: legislação, pressões de outros órgãos, ciência etc.).
- 3) Tem conhecimento de procedimento (s) (ex.: rotinas, instruções normativas, portarias etc.) e alteração de estruturas (ex.: pessoal, sistemas etc.) que o Senado já adotou para a disponibilização da Assistência de *home care*? Se sim, qual (is)?
- 4) Conhece outros órgãos públicos que disponibilizam assistência domiciliar de forma parecida com o Senado? Se sim qual (is)?
- 5) O que tem sido feito para propagar e disseminar a assistência domiciliar do Senado Federal?
- 6) Quais as vantagens e desvantagens quanto à oferta de assistência domiciliar?
- 7) Tem conhecimento de atividades do Senado para interagir e observar a experiência de outras instituições na disponibilização de assistência domiciliar (ex.: participação de servidores em seminários ou congressos da União Nacional Instituições Autogestão em Saúde (UNIDAS), benchmarking, etc.)? Se sim, quais?
- 8) Tem conhecimento de avaliação ou auditoria da Secretaria de Controle Interno, do Conselho de Supervisão ou do Conselho Fiscal do Fundo de Reserva para averiguar se o Senado está disponibilizando assistência domiciliar? Se sim, qual (is)?

- 9) Tem conhecimento de normas, instruções normativas, estudos, pareceres ou notas técnicas que amparem ou instrumentalizam a oferta de assistência domiciliar pelo Senado Federal? Se sim, qual (is)?
- 10) O que o serviço de *home care* representa para o plano de saúde? Que valor ele possui?
- 11) A disponibilização de assistência domiciliar apresenta algum resultado positivo para a tomada de decisão dos gestores? Se sim, qual (is)?
- 12) Existe atuação de grupo (s) ou setor (es) (controle interno, gestores ou profissionais da área técnica) com resistência à oferta de assistência domiciliar? Se sim, qual (is)?
- 13) Conhece grupo (s) ou setor (es) (controle interno, gestores ou profissionais da área técnica) com importante apoio à oferta de assistência domiciliar? Se sim, qual (is) e por quê?
- 14) Acredita na continuidade da disponibilização de assistência domiciliar pelo Senado Federal? Justifique sua resposta.
- 15) Considerações adicionais a fazer?

ANEXO A – Tabela de avaliação de complexidade assistencial - ABEMID



TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID



Efetuada em ___/___/___

Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
Quimioterapia	Diálise Domiciliar	5
	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
Suporte Ventilatório	Intra Tecal	5
	O ² Intermitente	2
	O ² Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
Lesão Vascular/Cutânea	Ventilação Mecânica Contínua	5
	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Úlcera de Pressão Grau IV	5
	Independente	0
	Semi-Dependente	2
Dependência de Reabilitação	Dependente Total	5
	Independente	0
Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 à 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade		
Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos		
Assinatura e carimbo:		Data:

ANEXO B – Tabela para planejamento de atenção domiciliar - NEAD

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ___/___/___
 Nome do Paciente: _____
 Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____
 Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE					
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?					
O domicílio é livre de risco?					
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?					
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contra indicar Atenção Domiciliar.					
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS	12 HORAS			
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 COMATO SO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2		
				PONTUAÇÃO FINAL:	
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicções Parenterais () Outros Programas			De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)			18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

** Consulte ESCORE KATZ no verso.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes