

Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações em Saúde



Reorganização da Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa na Atenção Básica de Saúde.

Rezielle Henrique Machado.

Prof.^a Angela Maria Correa Gonçalves.



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

**REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.
ALUNA: REZIELLE HENRIQUE MACHADO
ORIENTADORA: PROF^a ANGELA MARIA CORRÊA GONÇALVES**

1. APRESENTAÇÃO

Como uma expressão singular o qual, ainda, representa o Maior Movimento Sanitarista Brasileiro, ocorrido no findar da década de 80, “[...] emanado da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)] e plasmado na Constituição da República Federativa do Brasil (1988)]” e que, consecutivamente, ampliou o leque da proteção social, este projeto cuja proposta é a “Reorganização da Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa na Atenção Básica de Saúde” vai ao encontro dos primados desse movimento. (ABRASCO e CEBES, 2002 apud PAIM, 2007).

Avançamos, com algumas ressalvas, chegamos neste novo tempo com os prós e contras às políticas sociais. A humanidade triunfou ao viver a largos anos, e os desafios, agora, são postos a toda sociedade. Dr^a Margaret Chan nos alerta, “[...] em uma época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos à mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma coisa é certa: o mundo está envelhecendo” (OMS ,2015, p. 04).

Segundo indicadores do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM -, no período compreendido entre 1990 a 2014, os brasileiros ganharam 9,2 anos de expectativa de vida (...) e esta é a tendência mundial, porém este crescimento da população idosa, em grande escala, “é acompanhado pelo incremento nas taxas de morbidades crônicas e incapacidades, gerando a



necessidade de maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar” (THUMÉ,2010, p.207).

De acordo com o último censo do IBGE (2010), o município de Itaperuna possui um universo populacional com cerca de quase 100 mil habitantes, e a expectativa de vida dos itaperunense é de aproximadamente de 80 anos.

Conforme preconiza o Estatuto do Idoso o envelhecimento é um direito personalíssimo, logo é dever do Estado assegurar ao idoso a atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, a garantia do acesso universal e igualitário compreende o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, inclusive aqueles atinentes o atendimento domiciliar, deve prestar o serviço de internação, para a pessoa idosa que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas (BRASIL, 2003).

Em consonância com o princípio da proteção social, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa recomenda a manutenção dos vínculos sociofamiliares ao idoso, com o apoio dos familiares e o estabelecimento de uma rede social de ajuda. Por conseguinte, o modelo assistencial dos serviços de atenção à saúde, principalmente a primária, carece readequar-se a esta nova realidade e, ao manter a vigilância no território, identificar precocemente idosos em situação de incapacidade e fragilidade (BRASIL,2006).

Por sua vez, o Ministério da Saúde advoga que a criação do Serviço de Atendimento Domiciliar visa “a organização da rede de atenção, (...) podem ser orientadas pela extensão de cobertura, pela desospitalização precoce - ou inevitabilidade da internação hospitalar -, como opção assistencial de atenção às urgências ou outras condições de saúde” (BRASIL, 2014, p. 42).

A adoção da Atenção domiciliar no âmbito do SUS decorre de quatro elementos de suma importância, por hora, são: desospitalização de internações desnecessárias, ampliar a rotatividade dos leitos hospitalares e evitar complicações advindas de internações prolongadas por meio do processos de "alta precoce", aliviar pacientes com doenças das intercorrências hospitalares, e, por fim, assegurar



cuidados paliativos em que o alívio da dor e uma boa morte são o objeto do trabalho das equipes. (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Derradeiro, garantir o atendimento humanizado no processo de recuperação saúde-doença, assegurando, assim, ao paciente-usuário um atendimento integrado e seguro junto ao seio familiar é a primazia deste trabalho (CARVALHO e HIRATA, 2013)

1.2. DESENVOLVIMENTO - SITUAÇÃO DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil,2006, p.08), “(...) estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais, no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento”, conforme o Brasil (BRASIL,2006).

Analisando esta realidade no cenário brasileiro, Camarano et al., em seus estudos sobre o envelhecimento, identificam que [...] o envelhecimento populacional [...] nos últimos 60 anos, em número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos. (CAMERANO, et.al. 2004, p.25).

Duarte (2006) apud Duarte et.al. (2010) salienta que o envelhecimento traz consigo uma série de agravantes para a saúde e bem-estar dos idosos, tais como: “aumento da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando com sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e, conseqüentemente, necessidade de cuidado”. (DUARTE, 2006 *apud* DUARTE et.al., 2010, p.123).

Em suma, a aceleração do crescimento deste contingente (idosos) é devido a dois fatores: elevação das taxas de fecundidades e da redução da mortalidade da população idosa, observados desde as décadas de 50 e 60 (CAMARANO, 2010).

Sendo assim, a preocupação consiste em assegurar à pessoa idosa a autonomia sobre as suas atividades diárias, que viva uma velhice independente de

cuidadores, de deficiências, de condições precárias de saúde. Em outras palavras, assegurar ao idoso o processo de envelhecimento com qualidade de vida.

É preciso romper com o estigma de que a velhice está associada à incapacidade, à doença, à imobilidade. Para Miranda et al (2016, p. 508), “envelhecer não significa necessariamente adoecer”.

Camarano e Mello (2011, p.13) complementam: “(...) para que a velhice seja associada não só a uma vida ativa e saudável, mas, igualmente, bem cuidada”, em outras palavras, “cuidados formais para a população idosa”.

Com vistas à assegurar um envelhecimento saudável, é preciso buscar indicadores demandantes das condições de saúde seus condicionantes e determinantes para implementar políticas sociais escoreitas.

Segundo estudos com base populacional, descritos pelo Ministério da Saúde, assinalam que, em nosso País, a maioria dos idosos - mais de 85% - é diagnosticado com pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de quinze por cento, pelo menos cinco, as quais perduram por vários anos e demandam ações constantes por parte dos serviços e dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2002).

Para Fragozo e Fernandez (2005), as implicações do envelhecimento populacional para as práticas de saúde dizem respeito ao enfoque das doenças crônicas, em lugar das agudas; da morbidade, em lugar da mortalidade; da qualidade de vida, de preferência, ao prolongamento da vida e ao adoecimento, quando a cura não é possível.

1.3. A PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL AO IDOSO.

Conforme preconiza o Estatuto do Idoso, “um país que protege socialmente os mais velhos, está cuidando das suas crianças, dos seus jovens e adultos, para que também envelheçam com dignidade” (BRASIL, 2007, p.3).

Os preceitos instituidores da proteção social brasileira surge nos moldes da cidadania regulada na década de 30 perdurando até meados da de 80.

Porém, é com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que teremos a salvaguarda dos direitos sociais, e, concessivamente, a ampliação da proteção social em seus aspectos mais universalizantes, com destaque para o conjunto



integrado das políticas que compõem a Seguridade Social: Saúde, Assistência e Previdência (BRASIL,1988).

No que tange, especificamente, a proteção ao idoso, a CF/88 assevera o dever da família, da sociedade e, principalmente, do Estado em garantir o devido amparo as pessoas idosas, assegurando-lhes tanto o direito à participação na comunidade quanto ao acesso as normas programáticas, que deverão ser excetuadas em seus lares, conforme a necessidade (BRASIL,1988).

Ademais, no decorrer do tempo, foram instituídas outras normas regulamentadoras que tornam evidentes a ampliação da proteção ao idoso. Fernandes e Soares (2010) enumeram, sobremaneira, os principais marcos históricos da Proteção Social no Brasil e, em outros países, os quais emprestaram uma nova faceta as políticas sociais de proteção ao idoso aqui. Destacam:

Em 1974, a Lei nº 6.179, instituiu a Renda Mensal Vitalícia, através do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, e de decretos, leis, portarias, referentes, principalmente, à aposentadoria (FERNANDES e SOARES ,2010).

No ano de 1982, ocorreu a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento [ONU], em Viena, que delineou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, publicado em Nova York em 1983, cujo objetivo era o de sensibilizar os governos e sociedades do mundo todo para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspectos do envelhecimento (FERNANDES e SOARES, 2010).

Passados quatro anos, [em 1986], se realizou a 8ª Conferência Nacional de Saúde que resultou na eminente proposta de elaboração de uma política global de assistência à população idosa.

O ano de1988 foi o divisor de águas da proteção social no Brasil devido a promulgação da Constituição Cidadã: Constituição Federal, que destacou no texto constitucional em diferentes aspectos a tutela ao idoso. Tanto no que tange a Seguridade Social quanto o direito à vida e à cidadania. “Essa foi, de fato, a primeira vez em que uma constituição brasileira assegurou ao idoso” (FERNANDES e SOARES, 2010).



Em 1993 ocorre a instituição da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS; Lei 8.742/93, “A LOAS inverte a cultura tradicional dos programas vindos da esfera federal e estadual como pacotes, e possibilita o reconhecimento de contextos multivariados e, por vezes universais, de riscos à saúde do cidadão idoso”. Uma outra importante consecução é o Benefício de Prestação Continuada, que consiste no direito do idoso com 65 anos ou mais e da pessoa com deficiência de longo prazo, incapazes socioeconomicamente de prover a sua subsistência ou de tê-la provida pela sua família, o direito a um salário mínimo (FERNANDES e SOARES, 2010).

No ano seguinte, foi aprovada a Lei nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, e cria o Conselho Nacional do Idoso.

O Ministério da Saúde designa, em 1999, a criação Política Nacional da Saúde do Idoso pela Portaria nº 1.395/1999 cujas diretrizes essenciais orientam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. São imperativos dessas diretrizes:

À promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. E ainda, tem a finalidade de assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente (BRASIL, 1999 *apud* FERNANDES e SOARES, 2010, p.1497).

No ano de 2002, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid – Plano Internacional do Envelhecimento – que tinha o objetivo de servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI. O Plano (...) foi fundamentado em três princípios básicos: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (FERNANDES e SOARES, 2010).



Já em 2003, quando ocorreu a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, foram elaboradas as estratégias regionais para implantar as metas e objetivos acordados em Madrid (FERNANDES e SOARES, 2010).

Recomendou aos países que, de acordo com suas realidades nacionais, tornassem viáveis as condições que propiciem um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade. No que compete à saúde, a meta geral foi oferecer acesso aos serviços de saúde integrais e adequados à necessidade do idoso, de forma a garantir melhor qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia (FERNANDES e SOARES, 2010).

Neste mesmo ano - 2003 -, entra em vigor, no Brasil, a Lei nº 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados aos idosos. Esse é um dos principais instrumentos de direito do idoso. Sua aprovação representou um galgou êxito a legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri.

E, por fim, conforme o relato das autoras - em 2006 -, foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. (FERNANDES e SOARES, 2010).

1.4. DADOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ITAPERUNA.

Situada na região Noroeste Fluminense do estado do Rio de Janeiro, Itaperuna dispõe de área territorial correspondente a 1 105,566 quilômetros quadrados. Área territorial essa compreendida os municípios inclusos de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva Itacara, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai” adjacentes (TCE, 2010).

Segundo o censo do IBGE, em 2010 “(...) o contingente populacional de Itaperuna era de 86.720 habitantes, o que correspondia a 29,1% do universo da



região Noroeste Fluminense”, em outras palavras, um dos municípios mais populosos da região, “com uma proporção de 95,2 homens para cada 100 mulheres” (SES/RJ, 2016,).

A densidade demográfica era de 80 habitantes por km², contra 56 habitantes por km² de sua região (TCE,2010).

O estudo socioeconômico do TCE/RJ (2016) aponta para o incremento da faixa de desenvolvimento humano alto, no município, em 2010, “o IDH-M passou de 0,511, em 1991, para 0,730, em 2010. Resultando num crescimento de 42,86%”. Seu IDH-M de longevidade, que mede a expectativa de vida ao nascer é 0,837; o de educação é 0,649, de renda é 0,716. (PNUD, 2010). A dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi longevidade, seguida por educação e por renda (TCE, 2015).

Considerando o último censo (2010) até os dias atuais, temos como principais indicadores demográficos e socioeconômicos do município de Itaperuna: em 2010, a percentagem (%) populacional em extrema pobreza foi de 1,79 (um, setenta e nove) ; em 2011 , o PIB per capita correspondeu a 16.281,80 (dezesseis mil, duzentos e oitenta reais , oitenta centavos); em 2015/ 6º bimestre, a percentagem (%) da receita própria aplicada em ASPS (ações e serviços públicos de saúde) conforme a LC141/2012 foi de 20,91% (vinte, noventa e um por cento) ; em 2016, a percentagem (%) populacional com plano de saúde equivaleu a 17,79 (dezessete, setenta e nove) (SES/RJ, 2016).

Segundo registros constantes no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas de Idoso, em 2015, as estimativas concernentes ao índice de envelhecimento da população Itaperunense foi de 81.78, este indicador é calculado da seguinte forma: “número de idosos de 60 anos ou mais, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (SISAP/IDOSO, 2015)

No que concerne aos dados epidemiológicos e morbimortalidade no Estado do Rio de Janeiro, segundo estudos descritos no Planejamento Regional do Noroeste,

A proporção de doenças e agravos não transmissíveis tem se elevado hoje as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as

doenças ligadas à nutrição e metabolismo e as causas externas respondem por mais de 70% de todos os óbitos do Estado. Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e gravidade das doenças não transmissíveis, mas os dados relativos aos fatores de risco e de proteção reforçam que a transcendência deste conjunto de doenças e agravos é alta e, assim sendo, é possível modificar o perfil atual dos fatores de risco na população (...) (SES, 2016, p.12).

Considerando a região Noroeste, espaço amostra deste universo, o planejamento identifica que, só em 2011, as principais causas de internação no SUS foram devidas “as doenças do aparelho respiratório (18,11% do total de internações), as doenças do aparelho circulatório [18,04%] e as doenças infecciosas e parasitárias (11,81%)” (SES, 2016).

No que diz a respeito as doenças do aparelho respiratório, prevaleceu como causa de internação a pneumonia. Nesta contingência Itaperuna possui uma estimativa de 19,46% (SES, 2016).

“Todos os municípios da região tiveram as doenças do aparelho circulatório entre as três principais causas de internação em 2011” (SES, 2016, p.26)

Ainda de acordo com o Planejamento Regional do Noroeste, a segunda maior taxa de internação da região foi a de doenças isquêmicas do coração [38,41], quatro vezes maior do que a do Estado. Itaperuna com incidência de 42,88. (SES, 2016).

Podemos observar, na tabela abaixo, as intercorrências a taxa de internação hospitalar - no SUS -, por causas selecionadas segundo o município de residência na região Noroeste, 2011 (SES, 2016).

	Neoplasias malignas	Diabetes mellitus	Doenças hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia
Estado	20,18	5,86	4,32	9,44	8,04	24,77
Região Noroeste	24,72	20,27	16,81	38,41	22,72	96,19
Aperibé	45,04	0,98	0,00	29,37	36,23	69,52
Bom Jesus do Itabapoana	22,03	25,98	38,97	22,87	33,61	67,49
Cambuci	15,51	25,63	35,75	35,07	15,51	134,21

Cardoso Moreira	26,19	3,97	1,59	14,29	15,87	143,65
Italva	17,78	8,53	2,13	34,13	12,09	85,33
Itaocara	17,03	40,61	13,10	68,13	30,13	81,23
Itaperuna	28,48	7,10	3,86	42,88	19,41	88,58
Laje do Muriaé	22,71	6,68	21,37	22,71	17,36	70,79
Miracema	39,12	52,53	41,72	28,31	24,21	83,82
Natividade	28,51	19,89	3,32	73,60	22,54	133,27
Porciúncula	14,64	37,16	20,83	25,34	11,26	108,67
Santo Antônio de Pádua	24,64	23,41	27,84	46,81	31,54	131,07
São José de Ubá	5,71	1,43	0,00	28,56	8,57	52,83
Varre-sai	4,22	23,22	9,50	13,72	13,72	93,93

Fonte: Ministério da Saúde – Datasus Sistemas de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

1.5. SÍNTESE DA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE MUNICIPAL.

De acordo com os dados do Tribunal de Contas do Estado / TCE - a organização dos estabelecimentos de saúde do município de Itaperuna é composta por vinte Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde; dois Hospitais gerais; um Hospital de especializado; dois Postos de Saúde; dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família; três Centros de Atenção Psicossocial; quarenta clínicas especializada/ambatório especializados; um pronto socorro geral; um pronto atendimento; duas unidades de vigilância em saúde; cinco unidades móveis terrestre; uma Secretaria de Saúde ; etc.(TCE, 2015) .

Em que pese os estudos constantes no Caderno de Apoio à Gestão Municipal da Saúde, a Atenção Básica abrange uma cobertura de 83,07 %, já a Estratégia Saúde da Família cobre 64,00 % da base populacional - referência agosto, 2016 (SES RJ, 2016).

2. A PROPOSTA DE INTREVENÇÃO.

Todos os caminhos teórico e analítico percorridos até agora se fez necessário para a compreensão da proposta de intervenção deste projeto.



No tópico acima, tivemos uma apresentação sumária sobre a organização da RAS em Itaperuna. Logo, podemos identificar os diversos níveis de complexidade de serviços já ofertado pelo município.

Tratar à Atenção Domiciliar no âmbito do SUS justifica a importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS) sob três argumentos – “o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas; a maior perspectiva de avanços na integralidade e na construção de vínculos; e os custos crescentes do tratamento de doenças” (NETO e DIAS, 2014, p.59).

Dessa forma, na tentativa de reorganizar, principalmente, na Atenção Básica, a inclusão da contraprestação do serviço da Atenção Domiciliar nesse município, precisamos, antes, de fazer um recorte sobre o conceito, diretrizes, e finalmente AD na APS.

A Atenção Domiciliar (AD), conforme preconiza a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, consiste numa nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de 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 (BRASIL, 2013).

Oliveira Neto e Dias (2014) compreendem que, devidas suas peculiaridades, a AD dispõe de grande potencialidade no cuidado a usuários com doenças crônicas não transmissíveis, que demandam atenção longitudinal prestado por equipe multiprofissional.

Conforme salienta o Ministério da Saúde, a AD tem como eixo central a desospitalização, que:

Proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2012, p.10).



A proposta de inclusão do Serviço de Atendimento domiciliar dialoga com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pois visa ampliar a oferta de ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde com enfoque na promoção, proteção e reabilitação, assegurando em especial, o acesso, o acolhimento e a humanização (BRASIL. 2012).

2.1. MARCOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO DOMICILIAR.

Antes de apresentarmos as legislações que normatizam, hodiernamente, a Política de Atenção Domiciliar, retomaremos alguns aspectos históricos para que se contextualize a emergência desta prática integradora.

A noção de cuidado domiciliar à saúde resguarda similaridade a família como organização social.

A prática do cuidado domiciliar da saúde remonta como alternativa médica desde a Grécia antiga, século XVII a.C., porém a primeira estrutura de organização de cuidados em Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) é referenciada no Dispensário de Boston no ano de 1796, hoje: *New England Medical Center* (AMARAL, et. al., 2001).

Amaral et al (2001) observam, ainda, que, na América do Norte, final da década de 1950, ocorre a redução de doenças contagiosas em detrimento da necessidade de maior atenção aos problemas crônicos de saúde e, consecutivamente, a elevação dos custos hospitalares que promove um crescimento das discussões sobre a assistência domiciliar.

Decorridos quinze anos - 1965 -, Roos (2014) assinala sobre a modificação ocorrida no âmbito do programa Medicare com o objetivo de assegurar benefícios aos pacientes da AD e o programa estadual de assistência médica para os pobres, que passou a incluir disposições para atendimento domiciliar.

Desde então, os Serviços de Atendimento Domiciliar nos países desenvolvidos foram se estruturando em modelo médico assistencial, capazes de atender suas necessidades no tempo histórico, existentes até hoje.

A atenção domiciliar surge, no contexto Brasileiro, por meio das práticas de atendimento dos Médicos de Família à clientela exclusiva, nos dizeres de Savassi e



Dias (2006) *apud* Brasil (2012, p.13) “proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade”.

Para o pobres, consoante as ideias de Savassi et al., restavam os serviços prestados pelas Instituições filantrópicas, o curandeirismo, e a medicina caseira (SAVASSI & DIAS, 2006 *apud* BRASIL ,2012).

Continuam, organizada como serviço, a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira, materializou-se no Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), engendrado em 1949, vinculado ao Ministério do Trabalho.

Porém, só na década de 60 - com a criação do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo -, que a atenção domiciliar vai adquirir status de sistema, consistindo numa atividade planejada pelo setor público, cujo objetivo principal era reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica (AMARAL et. al., 2001).

Em seus escritos Silva et al. (2010) *apud* Brasil (2012), assinalam sobre o “boom” dos serviços de atenção domiciliar (...), no Brasil, a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Faz se importante salientar, ainda, sobre os aspectos legais eminentes da Atenção Domiciliar.

Neto e Dias destacam como marcos no avanço da AD no SUS até 2010:

A publicação da Portaria nº 2.416, em 1998, por definir os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

Por sua vez, sobressai a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que acrescentou os capítulo e artigo regulamentando a assistência domiciliar no SUS dispondo destas alterações na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam AD e, por último,

temos a publicação da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar, como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006 *apud* BRASIL, 2012).

Embora tenha avançado, por retomar a discussão acerca da temática e estabelecer critérios de financiamento federal para o custeio das equipes, a Portaria nº 2.529 foi revogada, e suas sucessoras passaram pelo mesmo processo, até culminar na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, hoje vigente, cujo objetivo maior é redefinir a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

2.2. ATENÇÃO DOMICILIAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA.

De acordo com a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 a Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades, a seguir:

Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) - destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e, que não se enquadrem nas demais modalidades; (BRASIL, 2013, art.20).

Atenção Domiciliar tipo 2 [AD2] - destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. (BRASIL, 2013, art.22).

Atenção Domiciliar tipo 3 [AD3] - destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2013, art.24).

Embora não se tenha uma lei específica ou portaria que regulamente a Atenção Domiciliar na Atenção Primária da Saúde /APS, doravante Atenção Básica,



esse diálogo ocorre na prática pelas sua própria caracterização e representatividade no SUS.

A Atenção Básica como noção ordenadora da Redes de Atenção à Saúde constitui-se como porta de entrada ao acesso os serviços de saúde.

A Portaria nº 2.488/2011 caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Continua, suas ações (Atenção Básica) são desenvolvidas pelas práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Dispõe de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Conforme os descritos do Ministério da Saúde,

Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravos que demande acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2012, p.22).

É sobre esta “transversalidade da linha de cuidados” (FRANCO & MERHY, 2008) que a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 defini a modalidade AD1 de atenção domiciliar a qual pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica – EAB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com



apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar (compostos por equipes especializadas – EMAD e EMAP – cujo público-alvo é somente os pacientes em AD) (BRASIL,2013).

O Ministério da Saúde define que a Atenção Domiciliar no âmbito da Atenção Básica deverá desenvolver ações sistematizadas, articuladas e regulares, pautar-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde visando responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (...) cujas ações serão desenvolvidas por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade [conhecimento] e baixa densidade (equipamento) (BRASIL,2012).

Por sua vez Amaral, et al afirmam que a ADS pode caracterizar-se por objetivar diversos benefícios sociais e econômicos, tais como:

Humanização do atendimento; Maior rapidez na recuperação do paciente; Diminuição no risco de infecção hospitalar; Otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem; Redução do custo/dia da internação; Tranquilidade do paciente por estar perto de seus familiares; Prevenção e minimização de eventuais sequelas; Redução de internações por recidivas (AMARAL, et al 2001, p.113).

Quanto a sua organização, deverá a atenção domiciliar parametrizar-se nos princípios e diretrizes emanados na Lei 8080/1990, observadas as diferenças locais com o intuito de obter maior resolutividade no projeto a ser implementado.

2.3. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 1.

A proposta de organização da atenção domiciliar deverá ser estruturada no planejamento de Saúde, que será ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatível com as necessidades das políticas de saúde e a com a disponibilidade de recursos financeiros, observadas as demais prescrições do Decreto 7508/2011 que traz conceitos inovadores acerca dessa temática.

De acordo com Ministério da Saúde é de competência municipal a organização do sistema de saúde para a efetivação da atenção domiciliar na atenção básica, considerando os princípios e diretrizes fundamentais do sistema de saúde (BRASIL, 2012).



Conforme preconiza a Portaria 963/2013, para o processo de planejamento da organização e/ou implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar, caberá ao gestor encaminhar ao Ministério da Saúde o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, perseguindo os detalhes abaixo:

Diagnóstico Situacional Simplificado do Município contendo as descrições concernentes à caracterização do município considerando todas as variáveis possíveis: dados sociodemográficos, descrição dos serviços de saúde existentes e o perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política.

Objetivos do Projeto com esclarecimento das pretensões da gestão do sistema, de acordo com a Portaria GM/MS nº 963 de 23 de maio de 2013, e os impactos esperados.

Detalhamento das Técnicas do Programa de Atenção Domiciliar, tais como: quantidade dos Serviços de Atenção Domiciliar, Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que serão criados e/ou ampliados, respeitados os critérios estabelecidos na Portaria; cronograma de implantação; identificar os estabelecimentos de saúde inscritos no SCNES, aos quais os Serviços de Atenção Domiciliar estão vinculados; delineamento funcional do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados; Mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP; estabelecer/pactuar os fluxos com os pontos de atenção da rede; definir o modelo de prontuário único utilizado em toda a rede do SAD; o programa de qualificação do cuidador e, programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP; e, por fim, incrementar programa acompanhamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013).

Para o Ministério da Saúde consistem ações importantes para a implantação do SAD a seguir: Providenciar infraestrutura mínima para a sede da equipes, que podem estar compartilhada com outras equipes de saúde; transporte para equipe 12 por dia e todos os dias da semana; firmar pactuação de fluxos entre os diversos níveis de atenção (AB, hospitais, UPA, especialidade, SAMU, regulação) ;



treinamento das equipes com foco no procedimentos adaptados ao ambiente domiciliar, abordagem familiar, orientações aos cuidadores; pactuação com assistência farmacêutica; acerto dos fluxos para garantir em tempo hábil insumos/equipamentos; pactuar fluxo para transporte dos pacientes em caractere eletivo de urgência ,garantia de exames complementares eletivos e de urgência; acertar fluxo para a aquisição de dietas especiais; Divulgação para compreensão dos perfis de elegibilidade e dos fluxos de encaminhamento para o SAD por todos os serviços que compõem a rede.; divulgação para população e conselhos de saúde [reuniões, mídia, folders]; Realizar territorialização e estabelecer parceira com a rede de apoio; oficina de apresentação pactuação ; Oficina de apresentação/pactuação da rede de assistência domiciliar (AD1, AD2 e AD3) do território de abrangência da EMAD/EMAP; Pactuar fluxo de óbito em horários de não funcionamento do SAD (BRASIL, 2012).

3. JUSTIFICATIVA

Este projeto nasce de uma inquietação pessoal observada no cotidiano enquanto usuária dos serviços de saúde e, a sua necessidade se confirma, posteriormente, com o conhecimento de um caso particular de uma família de uma idosa - 100 anos de idade –, com capacidade de mobilidade reduzida, que busca pelo SAD na Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência, mas não tem o seu direito assegurado.

O projeto a ser desenvolvido abrange duas áreas de extrema importância no que tange a Gestão dos Serviços de Saúde e o atendimento domiciliar e, automaticamente, a qualidade dos serviços de Saúde prestados no município de Itaperuna, uma com enfoque na atenção primária e outra como proposta ao Município de criação do SAD.

Conforme o documento “Atenção Domiciliar no SUS: Resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar” do Ministério da Saúde

(...) é importante discutir que os serviços de assistência à saúde no domicílio desenvolvidos por uma equipe multiprofissional e por cuidadores informais podem representar um esforço de reconstrução de novos modelos de atenção que buscam uma assistência integral e



equânime, garantindo a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo (BRASIL, 2014, p. 49).

Sua notoriedade (criação do SAD) se faz presente “na oferta do atendimento qualificado com vistas à humanização da atenção, redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários” (BRASIL, 2013, art.3º).

Cumprе ressaltar, que, de encontro a este projeto, há na Câmara Legislativa dos Deputados Federais a tramitação em caráter conclusivo do Projeto da Lei 444/15 que altera o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) e cria o Serviço de Atenção ao Idoso e de Apoio aos Familiares em Domicílio ou em Centros de Dia e Noite, cujo objetivo , segundo o autor do PL - deputado João Daniel (PT-SE) - , “é garantir o direito do idoso à moradia digna, no seio da família, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim ele o desejar, bem como a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar”. Lembrando que o projeto aguarda análise das comissões de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa; de Seguridade Social e Família; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania (BERNARDO JUNIOR, 2016).

4.OBJETIVOS

4.1.Objetivo Geral

- ✓ Propor a criação e implantação o Serviço de Atendimento Domiciliar no Município de Itaperuna.

4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Capacitar profissionais para habilitá-los a desenvolver com qualidade os serviços AD;
- ✓ Conscientizar a população sobre a forma de funcionamento do SAD e a sua devida importância para os usuários;

- ✓ Assegurar aos pacientes cuidados mais humanizados e a manutenção dos vínculos familiares;
- ✓ Elaborar um projeto do SAD conforme o perfil do município de Itaperuna.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção cujo a proposta é a organização do Serviço de Atendimento Domiciliar na Atenção Básica.

O cenário de intervenção, deste projeto, se dará no município de Itaperuna, situado na região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro, cuja proposta será apresentada às autoridades local (prefeito, gestor e /ou coordenadores de saúde) para “seja encaminhado para análise da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS” Logo, sua metodologia se desdobrará nas etapas subsequentes, a saber:

- ✓ Reunir com os profissionais de saúde envolvidos para apresentação da proposta.
- ✓ Apresentar o projeto ao gestor municipal de saúde para aprovação.
- ✓ Estabelecer/pactuar os fluxos com os pontos de atenção da rede.
- ✓ Promover a interlocução com todos os serviços de saúde da rede assistencial, com garantia de resolução dos problemas e encaminhamentos quando necessários (UBS/SAMU/UPA/hospitais/especialidades, entre outros).
- ✓ Identificar o paciente elegível para AD.
- ✓ Desenvolver projeto de orientação sociofamiliar dos pacientes.
- ✓ Organizar a agenda dos profissionais das equipes de saúde da família.
- ✓ Promover rodas de conversa para definir as etapas da capacitação dos profissionais de saúde.
- ✓ Elaborar planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes.
- ✓ Organizar o material necessário para capacitação.

6. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Estruturação da rede do SAD na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar;
- ✓ Redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados;
- ✓ Prestação de serviços com vistas à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários.

7. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO													
Item	Atividade	Ano (mês)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Elaboração do projeto.	X	X	X									
2	Apresentação do PI ao gestor de Saúde.			X									
3	Elaboração de materiais para realização das atividades.				X								
4	Capacitação da equipe de Saúde.					X		X		X		X	
5	Realizar visitas domiciliares						X	X	X				
6	Organização do AD na APS.									X	X	X	
7	Avaliação e monitoramento.						X	X	X	X	X	X	X

8. ORÇAMENTO

RECURSOS HUMANOS			
ITENS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
	Um (a) Gestor (a)	R\$ 6.700,00	R\$ 6.700,00
	Dois /duas	R\$ 4.989,50	R\$ 9.979,00

Uma equipe mínima do EMAD – Folha de salários	médicos (as)		
	Dois /duas enfermeiros (as),	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
	Um (a) assistente social	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00
	Um (a) nutricionista	R\$2.200,00	R\$ 2.200,00
	Um (a) fisioterapeuta	R\$ 2.200,00	R\$ 2.200,00
	Quatro técnicos (as) de enfermagem	R\$ 1.500,00	R\$ 6.000,00
Consultoria	Contratação de especialista para capacitação da equipe.	R\$ 50,00 cada 50 min /por sessão.	R\$ 1.250,00 (uma sessão de 250 minutos).
RECURSOS ESTRUTURAIS			
Locação do imóvel c/ garagem	Um	R\$ R\$ 750,00	R\$9.000,00 ano
RECURSOS MATERIAIS DE EQUIPAMENTO			
Mesas de escritórios	Seis	R\$ 260,00	R\$1.560,00
Poltronas de escritório	Seis	R\$ 350,00	R\$ 2.100
Notebook	Sete	R\$ 999,00	R\$6.993,00
Impressora	Uma	R\$ 1.800,00	R\$ 1.800,00
Armário de aço	Seis	R\$399,0	R\$ 2.394,00
Mesa Para Reuniões Com 06 Cadeiras	Uma	R\$ 760,00	R\$ 760,00
Bebedouro	Um	R\$ 650,00	R\$ 650,00
TV	Uma	R\$ 1.302,00	R\$ 1.302,00
Projetor	Um	R\$ 950,00	R\$950,00
Caneta	Cento e cinquenta unidades	R\$ 0,96	R\$ 144,00
Folha A4	Duas cx. c. cinco resmas de folhas	R\$113,85	R\$227,70
Tonner reserva	Dois	R\$ 120,00	R\$240,00
Pasta de plástico c/ elástico	Cem	R\$ 0,99	R\$99,00
Tinta p/ carimbo	Um litro	R\$ 31,90	R\$ 31,90
MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES			
Compressa de Gases	Dez cxs c. 500 unidades cada	R\$ 28,52	R\$282,20
Álcool Etilíco 70	Vinte unidades	R\$3,26	R\$65,20
Papel Higiénico	Um pacote c. 100 unidades	R\$ 0,65	R\$65,00
Suporte de soro	Dois	R\$90,00	R\$180,00
Cadeira de rodas	Duas	R\$350,00	R\$700,00

Esparadrapo	Cem unidades	R\$3,28	R\$328,00
Atadura Crepe 13 Fios 10X1, 80m	Uma cx. c. 100 unidades	R\$ 52,00	R\$ 52,00
Soro Fisiológico	Uma cx. c.30 unidades	R\$ 85,50	R\$ 85,50
Iodopovidona PvpI Topico 1000ml	Uma cx. c. 10 unidades	R\$173,00	R\$173,00
Aparelho de pressão digital	Três	R\$68,00	R\$204,00
Estetoscópios	Dois	R\$95,00	R\$190,00
Carro Maca	Dois	R\$1022,00	R\$2.044,00
Luvas	Dez cxs	R\$10,90	R\$ 109,00
Agulhas	Uma cx. c. 100 unidades de 6 mm	R\$79,00	R\$79,00
Seringas	Cem	R\$ 2,05	R\$205,00
Frasco coletor	Cinquenta	R\$ 0,39	R\$19,50
Manutenção e reparos de equipamentos	X	R\$5.500,00	R\$5.500,00
AUTOMOTIVO			
Fiat Dublo	Um	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00
Total		R\$ 69.652,85	R\$ 93.062,00

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, N.N. et al. **Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care)**: sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. In: Revista Neurociências 9 111-117, 2001. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2001. Disponível em:

<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf> Acesso em 26 de jan. de 2018.

BRASIL. Constituição [1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2015.



_____. Estatuto do Idoso. **Lei nº 10.741**, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, D.F, 1º out. 2003.

_____, 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**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, D.F, 26.jan.2006.

_____, Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS**: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____, Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, D.F, 19.set.1990.

_____, Ministério da Saúde. Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, D.F, 04 jan. 1994.

_____, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS]. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Disponível em: gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em 20 de agosto de 2017.

_____, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 21 out. 2011.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. 192 série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; n. 19. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf> Acesso em 08 de jan. de 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:



http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em 11 de ago. de 2017.

_____, SISTEMA DE INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS DO IDOSO. Fundação Oswaldo Cruz. **Consulta por município**. Disponível em: <https://sisapidoso.ict.fiocruz.br/consulta-por-municipio>. Acesso em 22 de jan.de2018.

CAMERANO, A.A. et al. **COMO VIVE O IDOSO BRASILEIRO?** In: Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Ana Amélia Camarano (Org.). - Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p.
http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_06_Cap_01.pdf
Acesso em 05 de fev. de 2018.

_____. (Org.). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro. Ipea, 2010.

_____, **Estatuto Do Idoso: Avanços com contradições**. Rio de Janeiro: Ipea, 1990.

CARVALHO, Fábio de Oliveira. HIRATA, Vera Marisa F.M. **A necessidade de um melhor atendimento para a humanização da saúde**. Blog Rede Humaniza SUS. jul. 2013. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/63658-artigo-a-necessidade-de-um-melhor-atendimento-para-a-humanizacao-da-saude/>. Acesso em 12 de fev. de 2018.

DUARTE, Y.A. O. et al. Como estão sendo cuidados os Idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: **Cuidados De Longa Duração Para A População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** / Ana Amélia Camarano (Org.) – Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira. SOARES, Sônia Maria. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo /USP, São Paulo, p. 1494-1502, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>. Acesso em: 02 de fev. de 2018.

FEUERWERKER, Laura C. M. MERHY, Emerson Elias. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas**. Rev. Panam Salud Publica, p.180 – 188,2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-28752008000200008>. Acesso em 05 de fev. de 2018.

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. **Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.13, n.5, pp.1511-1520,2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-28752008000500008>



<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500016>. Acesso em 02 de fev. de 2018.

GÖTTES, Leila Bernardo Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.189-198, 2009.

GUIMARÃES, Kátia. **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos** FAHESA/ITPAC: Araguaína, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. ITAPERUNA (RJ). In: **Enciclopédia dos municípios brasileiros.** Rio de Janeiro: IBGE, v. 22. p. 271-275. 1959. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv27295_22.pdf. Acesso em: 25 de janeiro 2018.

JUNIOR, Lúcio Bernardo. **Comissão aprova criação de serviço de atendimento domiciliar a idoso.** Câmara Legislativa Dos Deputados Federais, Brasília, jun.2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/ASSISTENCIA-SOCIAL/536639-COMISSAO-APROVA-CRIACAO-DE-SERVICO-DE-ATENDIMENTO-DOMICILIAR-A-IDOSO.html>. Acesso em 28 nov. de 2017.

LAMARCA, Gabriela; VETTORE, Mario. **O envelhecimento da população brasileira: a nova transição demográfica.** Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/07/o-envelhecimento-da-populacao-brasileira-a-nova-transicao-demografica/>. Acesso em 08 de out. de 2017.

LOPES, Gisele Vieira Dourado Oliveira. **Implantação da atenção domiciliar: o processo de trabalho e o cuidado à pessoa com condição crônica na Atenção Primária à Saúde.** Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária. Universidade Federal da Bahia, Salvador 2015.

MARTINS, Soriane Kinski. **Diretrizes para a Organização do Atendimento Domiciliar à Saúde: Contribuições da Enfermeira.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549p. 2011.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte. MENDES, Antônio da Cruz Gouveia. SILVA, Ana Lucia Andrade da. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v19n3/pt_1809-9823-rbqg-19-03-00507.pdf. Acesso em 24 de ago.de2017.



MONKEN, Maurício. BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, mai-jun, 2005.

OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de. DIAS, Mariana Borges. **Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? In: revista Divulgação em Saúde para Debate | Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, out. 2014 Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.** Acesso 06 em de fev. de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, 2015. Suíça.

PAIM, Jairnilson Silva. **20 Anos de Construção do Sistema Único de Saúde.** Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1, p.63-86, jul./dez. 2008

RIBEIRO, Adilson. **Leitora pede ajuda para sua avó de 100 anos que está acamada para ser atendida em casa.** Blog do Adilson Ribeiro, Itaperuna/RJ, out.2017. Disponível em: <http://adilsonribeiro.net/2017/10/10/itaperuna-terca-feira-via-whatsapp-1635-leitora-pede-ajuda-para-sua-avo-de-100-anos-que-esta-acamada-para-ser-atendida-em-casa-veja-abaixo/>. Acessado em 14 out. de 2017.

ROOS, Maria Alcinete Marques De Lima. **Melhor Em Casa:** Divulgando O Serviço De Atenção Domiciliar Na Rede De Atenção Às Urgências No Município De Rio Branco/Acre. Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

RIO DE JANEIRO, **Matriz - Plano Regional 2013-2016 – NOROESTE.** Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjM0Mw%2C%2C>. Acesso em 09 de out. de 2017.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio De Janeiro. **Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 Município: 330220 - Itaperuna - Região de Saúde: Noroeste.** Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDA3NQ%2C%2C>. Acesso em 09 de out. de 2017.

_____. Tribunal de Conta do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Geral do Planejamento. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Rio de Janeiro:** Itaperuna, Rio de Janeiro 2000.

_____. Tribunal de Conta do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Geral do Planejamento. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Rio de Janeiro:** Itaperuna, Rio de Janeiro, 2010.



_____. Tribunal de Conta do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Geral do Planejamento. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Rio de Janeiro**: Itaperuna, Rio de Janeiro, 2015.

_____. Tribunal de Conta do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Geral do Planejamento. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Rio de Janeiro**: Itaperuna, Rio de Janeiro, 2016.

SILVA, K. L. et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial**. Rev. Saúde Pública, 166-176 p. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 14 de nov. de 2017.

SILVA, Luís Antônio. **A vigilância permanente da saúde e o método epidemiológico** Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/livros_artigos/Artigo_Revista_SPS_C.pdf. Acesso em 04 de fev. de 2018.

TEIXEIRA, C.F. et al. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, VII (2), abr-jun, 1998. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 11 de dez. de 2017.

THUMÉ, Elaine. **Assistência domiciliar a idosos: determinantes da necessidade e do desempenho dos serviços de atenção básica**. Dissertação de Doutorado. Universidade Federal De Pelotas, Pelotas, 2008.

VARGAS, Wanderson de Oliveira. **O Processo de Envelhecimento Humanizado**: uma reflexão sob a perspectiva dos idosos, assistidos pela Unidade Básica de Saúde do distrito de Raposo, e estratégias vitais à manutenção da qualidade de vida. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Aberta do SUS. Especialização em Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO

**Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e
Serviços de Saúde - PNAP**

Termo de Declaração de Autenticidade de Autoria

Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora, que meu Trabalho de Conclusão de Curso (projeto de intervenção) do Curso de Especialização em Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde - GPOS - é original, de minha única e exclusiva autoria. E não se trata de cópia integral ou parcial de textos e trabalhos de autoria de outrem, seja em formato de papel, eletrônico, digital, audiovisual ou qualquer outro meio.

Declaro ainda ter total conhecimento e compreensão do que é considerado plágio, não apenas a cópia integral do trabalho, mas também de parte dele, inclusive de artigos e/ou parágrafos, sem citação do autor ou de sua fonte.

Declaro, por fim, ter total conhecimento e compreensão das punições decorrentes da prática de plágio, através das sanções civis previstas na lei do direito autoral¹ e criminais previstas no Código Penal², além das cominações administrativas e acadêmicas que poderão resultar em reprovação.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

REZIELLE HENRIQUE MACHADO

Matrícula

ASSINATURA

CPF

¹ LEI N° 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

² Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa.



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Polo UAB, Polo Ubá Polo Juiz de Fora

Exame:	DATA	HORA
Curso	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	
Aluno:		
Orientador:		

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:

De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de _ _ _ _ minutos, arguido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

-
-
- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora, de de

Candidato: (assinatura)



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de ESPECIALIZAÇÃO PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, realizada no Polo UAB, Polo Ubá Polo Juiz de Fora

Exame:	DATA	HORA
Curso	<input type="checkbox"/> GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	
Aluno:		
Orientador:		

Banca Examinadora:

NOME COMPLETO	INSTITUIÇÃO/CARGO

Título do Trabalho de Conclusão de Curso:

De acordo com as normas do Curso de Especialização PNAP da Universidade Federal de Juiz de Fora, aprovadas pela Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso (CTCC), o aluno submeteu seu **Trabalho de Conclusão de Curso** em forma escrita e oral, sendo, após exposição de cerca de _ _ _ _ _ minutos, arguido oralmente pelos membros da banca, tendo tido como resultado:

- Aprovação por unanimidade.
- Aprovação somente após satisfazer as seguintes exigências solicitadas pela banca e no prazo estipulado pela mesma (não superior a trinta dias).

-
-
- Reprovação.

Documentos anexados a esta ata durante a apresentação:

- Declaração de autenticidade
- Ficha de Avaliação
- Projeto Final impresso assinado pelo aluno

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é abaixo assinada pelos membros da banca na ordem acima determinada e pelo candidato.

Banca Examinadora: (assinatura)

Juiz de Fora , de de

Candidato: (assinatura)

