

Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde



**Titulo do Projeto:
A DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES
DO SUS**

Autor: Míriam de Oliveira

Orientadora: PROF^a Ms. Ângela Maria Corrêa Gonçalves



2018





CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

A DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES DO SUS
ALUNA: MÍRIAM DE OLIVEIRA
ORIENTADOR: PROF^a MS. ÂNGELA MARIA CORRÊA GONÇALVES

1) Apresentação

O presente Projeto de Intervenção destina-se a apresentar a desospitalização dos pacientes do SUS como uma eficiente ferramenta de gestão para controle de custos hospitalares, evitar reinternações desnecessárias e ampliar a oferta de leitos. Após a alta hospitalar, o paciente terá continuidade do tratamento em sua residência, com apoio de médico de família e equipe multidisciplinar da UAPs – Unidade de Atenção Primária mais próxima ao seu domicílio.

[...] Desospitalizar não é uma opção, mas uma necessidade. Na verdade, desospitalizar deveria ser um processo natural, afinal, o paciente interna para receber um tratamento prescrito para a solução definitiva, melhora e/ou estabilidade de uma doença. Retorna para sua moradia de origem, curado ou em condição de continuidade de tratamento ambulatorial (MERCHAN et al. 2017).

[...] Os problemas de planejamento urbano influenciam a disponibilidade de leitos. Parcela importante dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutive, frente ao padrão de financiamento da saúde, que não tem proposta adequada para aprimorar este subatendimento. Dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) revelam que apenas 2,2% dos leitos nacionais são de UTI e que 22,8% dos leitos estão em hospitais com menos de cinquenta leitos. Resultados disso são pressão sobre as fontes de recursos e modelo assistencial pouco eficaz, gerando busca por cada vez mais produtos e serviços de saúde (VECINA NETO, et al. 2007).

Na opinião Carneiro (2018), superintendente executivo do IESS:

[...] É fundamental repensarmos o atendimento dos pacientes, tanto do ponto de vista de efetividade do cuidado, quanto de racionalidade do sistema, de modo a garantir a melhor e mais eficiente prestação de serviços de saúde. O foco está no paciente e onde ele terá o melhor cuidado preventivo e a melhor assistência em sua jornada”. (IESS – Instituto de Estudo de Saúde Suplmentar. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=536>).



[...] esta discussão tem profundas implicações econômicas, na medida em que se estima que setenta por cento dos gastos do SUS são destinados a hospitais. Consequências da assistência prestada sem necessidade em hospitais são o desperdício de recursos, já escassos, e a perda de qualidade, entre outros motivos pela possibilidade de acidentes iatrogênicos. O município de São Paulo cresceu, entre 1995 e 2005, à razão de 0.88% ao ano; porém, certos bairros chegaram a ter crescimento de 14%. Observou-se, em 2006, que, em várias regiões da cidade, com o porte de municípios grandes, não há a oferta de um leito hospitalar sequer, forçando a população da periferia a grandes deslocamentos para tentar a sorte na região central. (VECINA NETO, *et al.* 2007)

O Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – aprovou diretrizes operacionais em três componentes: o Pacto pela Vida - estruturado em compromissos sanitários, baseados em indicadores das situações de saúde com resultados qualitativos acompanhados das previsões orçamentárias e financeiras; o Pacto em Defesa do SUS - visa reforçar e fortalecer a universalidade e o Pacto de Gestão do SUS - explicita as competências e a gestão regional (BRASIL, 2006).

Com o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – o controle dos custos assistenciais e a gestão dos custos hospitalares passaram a ter maior relevância nas políticas públicas de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde - SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em 2012 – último período disponível - foram 4.714.678 de internações que custaram ao SUS o equivalente a R\$ 11.656.121.321,77 (SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, no mesmo período, foram 2.314.185 internações em condições sensíveis à atenção primária em Saúde - CSAP que significa agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz, ou até mesmo, poderiam ser evitados pela atuação de serviços efetivos de saúde (SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS, 2018).

Para Diniz (2016) em países de primeiro mundo como Inglaterra e Estados Unidos, a utilização da infraestrutura de um grande hospital acontece apenas nos períodos mais críticos da doença, ou seja, o leito hospitalar somente é utilizado nas fases agudas e não em fases crônicas.

Grandes hospitais mantêm, atualmente, um serviço permanente de detecção dos pacientes que estão internados, mas clinicamente estáveis. O hospital, então, entra em contato com os médicos assistentes e se a desospitalização for um caminho viável e seguro, inicia-se uma conversa com a família sobre essa possibilidade de tratamento longe do hospital. Diniz enfatiza que é melhor para o paciente, que se recupera mais rápido (DINIZ, 2016).

[...] Um dos indutores de todo este movimento é a chamada atenção gerenciada (*managed care*), nascida na Costa Oeste dos EUA nos anos 1980. Seria de se esperar que a assistência sempre fosse gerenciada, mas esta forma de gestão permitiu identificar ociosidade e utilização desnecessária de serviços. Também conduziu à confusão entre racionalização (a proposta do modelo) e racionamento (uma de suas consequências indesejáveis, devido à busca pela redução de custos a qualquer preço). Esta foi uma motivação para a introdução dos protocolos e da medicina baseada em evidências pelo menos no discurso do setor. Ambos podem ser considerados instrumentos para a oferta de cuidados de melhor qualidade, usando apenas procedimentos e medicamentos de eficácia comprovada. Além disso, uma vez que a organização assume determinado protocolo, pode melhorar seu sistema de compras, de maneira a atender os critérios de disponibilidade do que se quer, quando se necessita. (VECINA NETO, *et al.* 2007)

De acordo com Oliveira (2017) para um hospital médio, de 400 leitos, reduzir o tempo de permanência em 01 dia pode ser equivalente a adicionar 65 novos leitos em sua capacidade.

[...] A desospitalização de pacientes de longa permanência gera benefícios ao paciente, proporcionando maior chance de esclarecimento e envolvimento familiar, diminuição de riscos e maior estímulo à continuidade de tratamentos. Para o hospital, melhora a gestão dos leitos com melhor utilização da capacidade instalada e, para as fontes pagadoras, melhora o controle das despesas assistenciais, otimizando custos. (OLIVEIRA, 2017)

Segundo Diniz (2016), a desospitalização não significa alta precoce, mas sim dar continuidade ao seu tratamento em domicílio.

[...] Os hospitais no mundo estão em busca de oportunidades para melhorar a eficiência. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia. (OLIVEIRA, 2017)

Podemos observar, então, que vários autores apresentam a desospitalização como uma importante fonte de recurso.

Para o cuidado continuado dos pacientes desospitalizados, este Projeto de Intervenção sugere que as equipes multidisciplinares das UAPs - Unidades de Atenção Primária realizem o plano de cuidados.

[...] A interpretação da APS - Atenção Primária à Saúde - como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS - Rede de Atenção à Saúde. (MENDES, 2012, p.59)

Conforme Mendes (2012), os atributos da APS nas RAS são: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Focalização na família; Orientação comunitária e Competência cultural.

Para Mendes (2012), as funções da APS nas RAS, segundo são: Resolubilidade; Comunicação e Responsabilização.

[...] Estudos sobre hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial mostraram que os sistemas baseados na APS que asseguraram acesso e primeiro contato, melhoraram os resultados sanitários, beneficiaram outros níveis do sistema e permitiram reduzir internações hospitalares. Pessoas que tiveram uma fonte regular de APS durante sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de atenção à saúde, apresentaram menos hospitalizações e utilizaram menos as unidades de emergência (MENDES, 2012, p.64)

Mendes (2012, p.65), afirma que “a APS como um sistema multidimensional contribui, significativamente, para a performance do sistema de atenção à saúde como um todo e para a melhoria da saúde”.

O mesmo autor (2015, p. 52), afirma que “há evidências de que uma APS efetiva é capaz de absorver e resolver a grande maioria dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde”.

[...] dados brasileiros demonstram que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 91% dos problemas que se apresentam na APS. Isso torna a APS um nível de atenção custo/efetivo porque se podem solucionar a um custo mais baixo e com efetividade, quase todos os problemas de saúde que, nela, se apresentam. (MENDES, 2015, p. 54)

[...] As RAS – Redes de Atenção à Saúde - são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população. (MENDES, 2015, p. 19).

Conforme apresentado por Mendes (2015), “as APS serão relevantes no processo de desospitalização, e, mais uma vantagem na gestão dos custos assistenciais e geração de leitos para o Sistema Único de Saúde – SUS, objeto deste Projeto de Intervenção”.

[...] Somente a atuação de uma RAS pode gerar valor para a população adstrita. O valor da atenção à saúde se expressa na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (PORTER e TEISBERG, 2007 apud MENDES, 2015, p. 20)

2) Justificativa

Este Projeto de Intervenção justifica-se, inicialmente, pela dificuldade de contratualização de novos leitos. A desospitalização propicia o aumento da oferta de leitos nos hospitais públicos, o aumento da capacidade instalada e, conseqüentemente, a gestão dos custos assistenciais e hospitalares com a redução da média de permanência desses pacientes internados.

Segundo Vecina Neto e Malik (2007), o termo desospitalização está relacionado à redução dos leitos hospitalares, refletindo no futuro da gestão hospitalar. Essa alteração na estratégia de administração dos cuidados é considerada eficiente para facilitar a desospitalização se mantida a equivalência dos resultados.

Zem-Mascarenhas e Barros (2009) afirmam que a desospitalização está associada à humanização e oferece ao indivíduo uma recuperação mais rápida no domicílio.

[...] O valor do ato de desospitalização, tanto no que se refere aos pacientes quanto aos profissionais e à instituição, traz vários benefícios, visto que o paciente tem redução no tempo de tratamento e menor risco de infecção, os profissionais podem desenvolver uma assistência individualizada ambulatorial e a instituição tem redução de custos hospitalares, além da disposição de leitos para outras demandas (AZEVEDO *et al.*, 2010, p.274).

3) Objetivo Geral

- Ampliar a oferta de leitos para os pacientes do SUS por meio da desospitalização.

4) Objetivos Específicos

- Fazer a gestão dos custos hospitalares por meio da redução da média de permanência de pacientes internados;
- Evitar internações desnecessárias;

5) Metodologia/Detalhamento do projeto

Inicialmente, ressalto que necessitaremos do envolvimento das seguintes autoridades e profissionais:

- 1) gestor municipal da Secretária de Saúde de Juiz de Fora, para conhecimento do projeto de intervenção para aprovação ou não;
- 2) gestores do hospital que presta serviços à Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, para apresentação do projeto intervenção e análise;
- 3) profissionais de saúde do hospital e da UAPs que prestam serviço à Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, para apresentação do projeto intervenção e análise.

Após análise dos gestores e adequações ao projeto, será promovida uma reunião para definição dos responsáveis pela implantação das ações e estabelecimento de agendas periódicas para análise e desenvolvimento do projeto de intervenção.

A intervenção ocorrerá contando com as seguintes etapas:

- 1) Apresentação do projeto ao Gestor Municipal da Saúde de Juiz de Fora;
- 2) Reunir com os Gestores do Hospital que participará do projeto para conhecimento dos dados referentes ao número de internação e a permanência em cada uma, e, o número de reinternações para subsidiar o projeto;
- 3) Reunir com equipe multidisciplinar da UAP - Unidade de Atenção Primária mais próxima ao domicílio do paciente que participará do projeto com o cuidado continuado;
- 4) Promover encontro dos profissionais do hospital e da UAP para integração operacional e definição de critérios para a desospitalização, como:

4.1. Quadro clínico do paciente;

- 4.2. Alta programada;
- 4.3. Condições de pós-operatório com necessidade de reabilitação;
- 4.4. Cuidados suportivos e analgesia;
- 4.5. Cuidados que podem ser realizados em domicílio;
- 4.6. Terapias necessárias como nutricional, ostomias, lesões de pele extensas, antibioticoterapia, oxigenoterapia e curativos complexos;
5. Estabelecer um plano de cuidados que serão necessários após a alta com o objetivo de evitar reinternações não programadas e desnecessárias
6. Definir os formulários e material institucional que serão utilizados pelos médicos e equipe multidisciplinar para análise de dados;
7. Conhecer como os pacientes são assistidos após a alta hospitalar, sem a intervenção, para que posterior comparativo;
8. Mapear e conhecer o perfil dessa população será um ponto crucial do projeto porque permitirá identificar os pacientes que não necessitam mais da alta complexidade do hospital, mas sim de cuidados específicos;
9. Identificar as características dos pacientes desospitalizados;
10. Estabelecer diretrizes para abordagem aos pacientes e seus familiares e apresentar as melhoras que a desospitalização lhes proporcionará, os riscos que estão expostos a permanência dentro do ambiente hospitalar, como doenças infectocontagiosas
11. Apresentar o planejamento de cuidados continuados para a família do paciente e a importância do envolvimento deles com a finalidade de evitar a reinternação;

12. Desenvolver indicadores para avaliar a capacidade de resolução do médico de família e da equipe da atenção primária que auxiliarão na identificação das características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar, as políticas de admissão para a desospitalização, áreas prioritárias de intervenção e evidências científicas dos problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e maior intervenção entre os níveis assistenciais;

13. Avaliar o impacto da desospitalização no tempo médio de permanência das internações;

14. Identificar os principais problemas que prejudicam a desospitalização;

15. Apurar mensalmente os indicadores;

16. Promover reuniões mensais para análise dos indicadores e avaliar melhorias no projeto.

17. *Checklist* nas 48 horas prévias à alta prescrita;

18. Comunicação apurada entre médicos e equipe.

6) Resultados Esperados

Estima-se como resultado esperado para o presente projeto de intervenção o aumento, de pelo menos, em torno de 10% (dez por cento) na oferta de leitos do SUS, e, uma queda, de pelo menos, de 10% (dez por cento) na média de permanência das internações e nos custos assistenciais e hospitalares.

7) Cronograma

ATIVIDADES DO PROJETO	2018											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apresentar Projeto para Gestor Municipal da Secretária de Saúde de Juiz de Fora, para conhecimento e aprovação	X											
Apresentar Projeto para Gestores do hospital que presta serviços à Secretaria de Saúde de Juiz de Fora para conhecimento e análise	X											
Apresentar Projeto para profissionais de saúde do hospital e da UAP que prestam serviço à Secretaria de Saúde de Juiz de Fora para análise	x											
Definir instituição com perfil de atendimento ao SUS para participar do projeto	x											
Solicitar instituição para apresentação do projeto de intervenção	x											
Elaborar termo de acordo para aplicação do projeto	x											
Realizar pesquisa de campo para conhecer o perfil dos pacientes internados na instituição		x	x									
Mapear dados obtidos na pesquisa de campo com elaboração de estatística sobre internações, períodos, como são tratados os pacientes após a alta, reinternações e motivos da reinternação				x								
Conhecer as Unidades Básicas próximas aos domicílios dos pacientes identificados na pesquisa de campo					x							
Elaborar relatórios dos dados apurados												
Abordar médicos assistentes da instituição no projeto							x					
Envolver médicos de família e equipe disciplinar no projeto							x					
Elaborar formulários de monitoramento junto com os médicos assistentes e médicos de família e equipe para acompanhamento do paciente								x				
Colher dados por 3 meses									x	x	x	
Medir dados mensalmente									x	x	x	
Elaborar relatório com resultados												x
Apresentar relatório com resultados para instituição que participou do projeto												x

8) Orçamento

O planejamento dos custos para desenvolvimento desse Projeto de Intervenção foi baseado no cálculo das horas trabalhadas pelos profissionais conforme tabela das entidades de classes e despesas com material administrativo.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	ORÇAMENTO PROPOSTO		CUSTO	
		Valor unitário	Qtde / estimativa horas	Total	
1	Hora administrador para elaboração de Termo de Acordo, relatórios, aplicação da pesquisa	R\$ 29,63	60	R\$ 1.777,80	
2	Hora técnica auxiliar para aplicação dos questionários	R\$ 22,50	30	R\$ 675,00	
3	Hora técnica estatística	R\$ 60,00	45	R\$ 2.700,00	
4	Hora médico de família elaboração e revisão do questionário, análise relatórios, acompanhamento do projeto	R\$ 62,95	60	R\$ 3.777,00	
5	Hora enfermeiro elaboração e revisão do questionário, visita as famílias, análise dos relatórios	R\$ 15,00	60	R\$ 900,00	
6	Despesa com papelaria	R\$ 21,00	6	R\$ 126,00	
7	Locação Impressora multifuncional	R\$ 150,00	6	R\$ 900,00	
Estimativa total					R\$ 10.855,80

Fonte:

- <http://www.fenam.org.br>
- <http://sindienfermeiros.org.br/convencao-coletiva>
- <http://www.cfa.org.br/>



9) Referências

AZEVEDO, M.C.C.V. *et al.* **As crianças portadoras de mucopolissacaridose e a enfermagem: uma experiência da desospitalização da assistência.** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v.14, n.2, p.271-76, abr./jun. 2010.

CARNEIRO, Luiz Augusto. IESS – Instituto de Estudo de Saúde Suplmentar. Disponível em: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=536>. Acessado em 18 de fevereiro de 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acessado em: 10 de setembro de 2017.

DINIZ, Telmo. **Desospitalização, uma tendência.** São Paulo. 2016.
<http://www.otempo.com.br/opini%C3%A3o/vida-saud%C3%A1vel/desospitaliza%C3%A7%C3%A3o-uma-tend%C3%Aancia-1.1243601>. Acessado em 10 de setembro de 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. **A Construção Social Da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

MERCHAN, Ana Michela Lista. NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. **Caderno de Boas Práticas – Fascículo II – Desospitalização.** São Paulo. Abril-2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do MS. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. **Caderno de Boas Práticas – Fascículo II – Desospitalização.** São Paulo. Abril-2017.

OLIVEIRA, Luciano Rodrigues. NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. **Caderno de Boas Práticas – Fascículo II – Desospitalização.** São Paulo. Abril-2017.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Tendências na assistência hospitalar.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.825-839, 2007.



ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A.C.T. **O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 11, n.1, p.45-54, 2009.

SIHSUS - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS.** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acessado em 10 de setembro de 2017.



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, áudio-visual 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, 26 de fevereiro de 2018.

MÍRIAM DE OLIVEIRA

112230103C

NOME LEGÍVEL DO ALUNO (A)

Matrícula

542.019.696-49

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.



Universidade Federal de Juiz de Fora
Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso - CTCC
Curso de Especialização PNAP



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

+++PREENCHA EM LETRA DE FORMA+++

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