



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

O PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (PAD): O CASO DO HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES - 2003.

EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PAD): EL CASO DEL HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES - 2003.

***Rodrigues, G., **Vargas, L.A.**

*Graduando pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO **Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública-EEAP/UNIRIO. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ .Brasil.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Planejamento Estratégico, Idoso, Qualidade da assistência.

Palabras clave: Políticas Públicas, Planificación estratégica, Anciano, Calidad de la asistencia.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso realizado em um hospital da rede pública estadual, no período de março a outubro de 2005, que objetivou identificar as circunstâncias de criação do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) no âmbito federal e estadual, descrever as atribuições dos profissionais que compõe o PAD e discutir as implicações desta modalidade assistencial para o serviço de enfermagem desta unidade de saúde. O PAD apresenta-se como uma estratégia extra-hospitalar de atenção à saúde do idoso, contemplando ações do planejamento estratégico preconizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2001) e o princípio de equidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A análise de dados permitiu reconhecer o domicílio como local adequado para o tratamento extra-hospitalar dos clientes idosos que estão estabilizados, proporcionando a melhoria na qualidade de vida dos usuários e a humanização no atendimento, reforçando o propósito do Programa Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional do idoso. Em relação à Enfermagem, o desenvolvimento do PAD surge como uma oportunidade para o aperfeiçoamento da profissão, colocando-a mais próxima do cliente e da comunidade, oferecendo-lhe a oportunidade de transformação no estilo de vida dos usuários e aproximando-a do cenário no qual inicia-se o processo de saúde/doença.

RESUMEN

Este es un trabajo descriptivo del tipo estudio de caso realizado en un hospital de la red pública estatal en periodo de Marzo a Octubre de 2005, que tiene como finalidad identificar las circunstancias de la elaboración del Programa de Atención Domiciliaria (PAD) en la esfera federal y estatal, enumerar las competencias de los profesionales componentes del PAD y discutir las implicaciones de esta modalidad asistencial para el servicio de enfermería de la unidad de salud. La presentación del PAD es una estrategia extrahospitalaria de la atención a la salud de los ancianos, contemplando acciones de la planificación estratégica preconizada por la Norma Operacional de la Asistencia en Salud (NOAS-SUS 2001) y el principio de la equidad propuesto por el Sistema Único de Salud (SUS). El análisis de la información permitió reconocer el domicilio como local adecuado para el tratamiento extrahospitalario de los ancianos que están estabilizados, mejorando la calidad de la vida de los usuarios y la humanización de la atención, reforzando la intención del Programa Nacional de la Salud de los Ancianos (PNSI), que es la promoción del envejecimiento saludable, la manutención y mejoría de la capacidad funcional de los ancianos. En relación a la Enfermería, el desarrollo del PAD aparece como una oportunidad para el perfeccionamiento profesional al colocarla más próxima al cliente y a la comunidad, ofreciendo la oportunidad de la transformación del estilo de vida de los usuarios y aproximándola al escenario en que se da el inicio del proceso de salud/enfermedad.

INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu do interesse em conhecer o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), que atende a população idosa após a alta hospitalar, que está sendo desenvolvido em um hospital da rede pública no estado do Rio de Janeiro/Brasil. Além disso, duas preocupações fundamentaram esta escolha: envelhecimento da população brasileira e as novas demandas para os serviços de saúde por esta parcela da população gerando aumentos nos custos dos programas de saúde e sociais.

A pesquisa em questão é uma contribuição para o debate sobre o PAD que representa uma estratégia fundamentada na regionalização e no planejamento estratégico proposta pela NOAS SUS 01/021 que reúne elementos do enfoque situacional e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção da saúde. O objeto desta pesquisa são as circunstâncias que levaram a implantação do Programa de Atendimento Domiciliar no âmbito do SUS - RJ no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) em 2003. Os objetivos são: identificar as circunstâncias de criação deste programa no âmbito federal e estadual; descrever as atribuições dos profissionais que compõe o PAD e discutir as implicações desta modalidade assistencial para o serviço de Enfermagem do HEAPN.

O trabalho se divide em duas partes. Na primeira parte abordamos o estado da arte do Sistema Único de Saúde esclarecendo quais foram os marcos teóricos adotados para fundamentar a implantação do Programa de Atendimento Domiciliar como uma estratégia de inclusão do idoso na política de saúde. Na segunda parte apresentamos os dados e a análise dos resultados e a título de conclusão, chamamos atenção para que a utilização desta estratégia seja um acordo entre as secretarias de saúde estaduais, municipais e a

família e não venha a sobrecarregar o núcleo familiar com atribuições em relação à promoção da saúde do idoso que são de competência exclusivas do poder público.

MATERIAL E MÉTODO

Para compreender a estruturação do PAD optou-se por um estudo de natureza descritivo do tipo estudo de caso. A pesquisa descritiva pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade e o estudo de caso possui o objetivo de aprofundar a descrição desta realidade possibilitando que os objetivos atingidos permitam a formulação de hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas².

A escolha do HEAPN como cenário para o estudo ocorreu através da articulação das atividades de estágio extracurricular com a pesquisa na tentativa de elucidar como funciona esta estratégia de ação em saúde em nível local e servir de subsídios para a discussão sobre as ações em saúde que efetivamente promovam uma melhor qualidade de vida aos usuários do sistema público de saúde.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada e as perguntas foram dirigidas à enfermeira do PAD do HEAPN que participa do programa desde da sua implantação nesta unidade, não descartamos um possível viés de memória, uma vez que o programa foi implantado no ano de 2003 e algumas informações podem ter sido esquecidas. O sujeito desta pesquisa está amparado juridicamente pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes para a pesquisa com seres humanos³. Ressalta-se ainda que foi solicitado do sujeito o consentimento, devidamente assinado, e que consta neste documento todo o esclarecimento pertinente à pesquisa. A direção do HEAPN recebeu uma cópia do anteprojeto de pesquisa, para que assim tomasse conhecimento do projeto e autorizasse o pesquisador a desenvolver seu trabalho junto ao sujeito da pesquisa.

Na análise dos dados, as idéias centrais foram identificadas e registradas. E do agrupamento das idéias emergiram as categorias empíricas.

O SUS Que Temos... Uma Breve Análise da Política de Saúde no Brasil.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Constituição Brasileira de 1988 é fundamentado nas diretrizes da universalização, integralidade, descentralização e participação da comunidade e vem sendo gradativamente implantado em todo território nacional, apesar das desigualdades regionais e divergências políticas que dificultam a operacionalização e a resolubilidade das ações em saúde.

A implantação do SUS teve como principal justificativa à necessidade de melhorar a oferta de serviços, os indicadores de saúde e as condições de acesso, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população brasileira⁴.

Atualmente, devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, surge no cenário nacional uma preocupação com a atenção a saúde do idoso e a necessidade de estruturação de serviços e programas de saúde que possam efetivamente responder a demanda desta parcela da população.

Cabe a União expedir as normas gerais sobre a saúde e aos estados supri-las, isto é, aperfeiçoá-las, particularizá-las, explicitá-las em consonância com a sua realidade, as suas necessidades, as suas peculiaridades e as suas aspirações⁵. Demonstrando que as políticas públicas de saúde devem estar em consonância com o território e com a população adscrita

na tentativa de suprir suas necessidades, melhorando o acesso aos serviços de saúde e mostrando-se resolutiva.

Nosso ponto de partida para entendermos como se estabelece a formulação de uma determinada política de saúde e a implementação das práticas no setor saúde é a Lei nº 10.424 sancionada em abril de 2002 pelo Ministério da Saúde⁶, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde e Portaria 1395/GM - Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI⁷.

O Brasil é um país que envelhece de maneira acelerada. No início do século 20 o brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos. Hoje a população de idosos ultrapassa os 15 milhões de brasileiros para uma população total de cerca de 180 milhões de habitantes⁸.

Existe atualmente uma reorientação para os sistemas de saúde na tentativa de integrá-los com os serviços de assistência social e com outras políticas públicas, o qual é denominado **sistema integrado de serviços de saúde** e podemos conceituá-lo como uma reforma microeconômica do sistema de serviços de saúde, realizada com a instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua à determinada população⁹.

Neste contexto de reorientação do sistema de saúde, nos chama atenção à rede hospitalar, que de acordo com literatura consultada, aponta para a desospitalização, com diminuição do número de leitos e consolidando uma doutrina de que uma pessoa não pode permanecer no hospital, a partir do momento em que não pode mais se beneficiar de seus serviços⁹.

Uma nova estratégia de inclusão do idoso na Política de Saúde.

A Política Nacional de Saúde do Idoso identifica que o principal problema da pessoa idosa acometida por uma patologia é a perda da sua capacidade funcional, o que acarreta uma série de problemas para o idoso e sua família. No contexto atual entende-se que a prestação de serviços para o idoso deve ser precedida por um diagnóstico epidemiológico que possibilite um planejamento adequado à realidade socioeconômica de cada região, com um enfoque multidisciplinar e multisetorial. Preconiza-se também que as ações de saúde ao idoso devem objetivar manter o idoso na comunidade, junto à família e de forma digna.

Para a população idosa, a hospitalização é considerada de grande risco porque geralmente é seguida por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida algumas vezes, irreversíveis.

Apesar das mudanças que estão ocorrendo no setor saúde, ainda prevalece no modelo assistencial a prática médica com abordagem estreitamente biológica e intra-hospitalar, com a utilização em grande escala de recursos tecnológicos com baixa resolubilidade e elevados custos.

Do ponto de vista econômico e de acordo com a experiência internacional, a atenção hospitalar é responsável por aproximadamente 50% dos gastos com os sistemas de serviços de saúde. [...] É por isso que existe, hoje, uma tendência de redução significativa do número de leitos.[...] E o resultado final é a transformação do hospital num lugar exclusivo para eventos agudos, destinando os casos não agudos para outros pontos de atenção à saúde extra-hospitalares⁹.

Sob a ótica do gestor em saúde, no modelo vigente de reorientação de serviços de saúde, o atendimento domiciliar surge como uma estratégia de desospitalização na busca de racionalização dos leitos hospitalares.

O conceito de assistência domiciliar à saúde é o tratamento na casa do doente que foi hospitalizado e que teve sua alta abreviada é o mais difundido entre os profissionais e os gestores de saúde¹⁰.

Convém ressaltar que o atendimento domiciliar representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais do que o simples fornecimento de um tratamento padronizado. É um método aplicado ao cliente que enfatiza sua autonomia e esforça-se em aumentar suas habilidades funcionais dentro do seu próprio ambiente.

Este Programa de Atendimento Domiciliar está sendo desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ) como uma estratégia de continuidade de tratamento no domicílio do cliente, e seu arcabouço jurídico-legal é a resolução SES nº 2314 que estabeleceu a criação do Núcleo Hospitalar de Geriatria/NUHG, como Projeto Piloto, nos Hospital Estadual Getúlio Vargas/HEGV, Hospital Estadual Albert Schweitzer/HEAS, Hospital Estadual Pedro II/HEPII, devendo ser, posteriormente, ampliado para toda a Rede¹¹.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise de dados primários permitiu reconhecer o domicílio como local adequado para o tratamento extra-hospitalar dos clientes idosos que estão estabilizados porque tem como objetivo a melhoria na qualidade de vida dos usuários, a humanização do atendimento realizado por equipe interdisciplinar, diminuindo o índice de infecção hospitalar, o tempo de internação e reinternação e conseqüentemente diminuindo os custos, além de aumentar a rotatividade do leito hospitalar e a produtividade. Reforçando o propósito do PNSI que é a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional do idoso e destacando a importância da visão interdisciplinar e das dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. Convém lembrar que esta modalidade de assistência não isenta o Estado do papel fundamental na promoção, proteção e recuperação da saúde nos três níveis de gestão do SUS.

Quanto à inserção da enfermeira no PAD, esta ocorreu através de articulações entre uma universidade privada, a secretaria estadual de saúde e a direção do HEAPN que almejava implantar o PAD na unidade devido ao grande número de internação de clientes idosos e super lotação da unidade, levando ao aumento dos custos hospitalares e baixa resolubilidade. A SES/RJ em consonância com a tendência mundial adotou a desospitalização precoce e a reorganização da estrutura dos serviços de saúde como uma reforma microeconômica, integrando alguns pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua à determinada população, colocando em prática o conceito de regionalização e o fortalecimento do papel da SES/RJ, no sentido de assumir a coordenação do processo de regionalização da assistência.

Neste momento de articulação é notória a ausência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) que em momento algum foi mencionada neste discurso, demonstrando a fragmentação do sistema de saúde que forma um conjunto de pontos isolados de atenção à saúde, sem comunicação uns com os outros, incapazes de prestar uma atenção contínua e de se responsabilizar pela população adscrita, resultando em perda da qualidade e insatisfação do usuário. Outra ausência foi a do Conselho Municipal de Saúde que representa a comunidade e não foi consultada sobre esta nova estratégia que tem a família

como núcleo central de desenvolvimento das atividades que visam melhorar a capacidade funcional do idoso. Nesta proposta de reorientação do sistema de saúde observa-se a existência de três dimensões políticas de saúde: proteção social, poder político e como mercado econômico, demonstrando com clareza que neste momento de articulação para a implantação do PAD a dimensão utilizada foi a de saúde como poder político o que dificulta sempre o bom andamento de qualquer projeto que prioriza o ser humano em sua dimensão social e adia a implementação do SUS que queremos: o Poder Público colocando suas ações na direção dos interesses da comunidade.

Atribuições da Enfermeira no PAD são:

- Responder Parecer enviado pelo médico do HEAPN;
- Avaliar a inserção do cliente no PAD através de critérios pré-estabelecidos;
- Realizar a primeira consulta no domicílio do cliente em conjunto com a assistente social;
- Consulta de Enfermagem no domicílio do cliente a cada 15 dias;
- Cuidados de enfermagem: instalação e troca de SNG, SNE, CVD, curativos, coleta de material para exames;
- Avaliação do domicílio do cliente incluindo as condições de higiene. Quando mudanças se fazem necessárias, é papel da enfermeira conversar com a família para promovê-las;
- Orientações para o cuidador sobre o horário dos medicamentos, troca de curativos, lavagem da sonda de alimentação, mudança de decúbito, higiene corporal e como proceder nas emergências encaminhando o cliente para o HEAPN.

Atribuições da Assistente Social:

- Avaliação da estrutura familiar do cliente;
- Primeira visita domiciliar em conjunto com a Enfermeira para fazer levantamento das necessidades sociais da família e do cuidador.
- Avaliação do tratamento do cliente juntamente com demais membros da equipe;

Atribuições do Médico:

- Avaliar o tratamento dos clientes juntamente com os demais membros da equipe.
- Consultas mensais, prescrição de medicamentos, solicitações de exames.

Atribuições do Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo:

- Reabilitação dos clientes visando melhorar sua capacidade funcional e sua qualidade de vida.

Atribuições do Psicólogo:

- Suporte psicológico para o cliente e cuidador.

- Encontros quinzenais no HEAPN com o cuidador, neste espaço ele pode conversar sobre o tratamento dispensado ao seu familiar, elucidar dúvidas, superar o desgaste físico e emocional devido a esta situação de cuidador do familiar.

Os desafios a serem enfrentados pelo enfermeiro nesta modalidade assistencial são muitos, tais como:

- **Relacionamento interpessoal:** Trabalhar em uma equipe multiprofissional, colocando em prática o relacionamento interpessoal na tentativa de diminuir a tensão entre o objetivo e o subjetivo, para que o foco principal que é o cuidado com o cliente não se perca em batalhas internas de poder.
- **Dimensão política do trabalho:** Vencer a barreira de “quem sabe é o médico” dentro da equipe e com os familiares do cliente. São valores arraigados na sociedade e este novo modelo assistencial necessita de um profissional crítico (Enfermeiro), com competência técnica e que leve em consideração a dimensão política do trabalho no setor saúde e as dimensões sociais dos clientes que assiste.
- **Promoção da saúde:** Convencer a família que o melhor local naquela situação do cliente é em casa explicando que a internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa, na maioria das vezes, deteriorização da capacidade funcional do idoso. A enfermeira deve ter argumentação suficiente para explicar aos familiares que este cliente terá um acompanhamento especializado no seu domicílio sem a necessidade de todo aparato tecnológico que existe no hospital. Utilizando tecnologias leves - duras que se referem aos saberes estruturados que operam o processo de trabalho, tais como o conhecimento da epidemiologia, do taylorismo, da comunicação social e outros¹².
- **Reconhecimento social:** Os cuidadores dão pouca importância ao trabalho do enfermeiro, querem consulta com o médico, porém quando o médico confirma o diagnóstico de enfermagem atestando que a conduta está correta, os cuidadores e o paciente começam a ter um outro olhar sobre a atividade do enfermeiro, respeitando-o e seguindo suas orientações. A assistência médica ou o conjunto dos serviços de saúde representam agora espaços visíveis de disputas de interesses, de organização de atores políticos em confronto, traduzindo um arranjo complexo de interesses, que não podem ser reduzidos a um único impasse entre Estado versus classes populares¹³.
- **Mudanças de paradigmas:** Tem algumas famílias que são complicadas. Não aceitam certas orientações, questionam e brigam mesmo. Principalmente familiares de clientes terminais que acham que ele deveria estar no hospital e não entendem que não existe mais recurso para aquela pessoa neste local e por isso ela está em tratamento paliativo no domicílio. Ao entrar no domicílio do cliente o profissional de saúde deve entender como é esta estrutura familiar, porque os conceitos de família mudaram e é necessário entender como funciona o núcleo familiar que será atendido pela equipe do PAD, existem relações conflituosas e a enfermagem deve intervir, dentro do possível, para que o ambiente no qual o idoso irá receber seu tratamento seja o mais tranquilo possível. Neste novo modelo assistencial é necessária uma análise crítico-reflexiva sobre os espaços em que serão desenvolvidas as ações de saúde, sobre a organização das tecnologias utilizadas,

as relações interpessoais, a organização e gestão das ações para que possamos efetivamente alcançar nosso objetivo enquanto profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

No âmbito federal, as circunstâncias que favoreceram a criação e implantação do Programa de Atendimento Domiciliar foram a Política Nacional de Saúde do Idoso⁷ e a Lei 10.424/MS6 que serviram de arcabouço jurídico-legal para o desenvolvimento desta estratégia de ação em saúde.

A implantação do Programa de Atendimento Domiciliar que está sendo desenvolvido no HEAPN está em consonância com a proposta da NOAS-SUS 2001 de regionalização das ações de saúde¹, com um enfoque local na tentativa de melhorar a qualidade de vida do usuário levando em consideração o princípio da integralidade de ações preconizada pela Lei Orgânica da Saúde.

O foco do PAD é a recuperação do cliente para que ele alcance melhor qualidade de vida, porém a comunidade ainda tem bem estruturado a dicotomia da concepção saúde/doença e não consegue entender como uma pessoa doente pode ter qualidade de vida e cabe a equipe do PAD através de informações, incorporar novos hábitos na comunidade objetivando a promoção da saúde da população atendida.

Atualmente o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) que é desenvolvido no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, atende 65 clientes e o material utilizado no tratamento dos clientes é fornecido pelo hospital, com exceção de medicamentos que são prescritos pelo médico e podem ser adquiridos na Farmácia Popular.

Quanto ao prontuário do cliente é preenchido em uma via, quando o correto é se ter duas vias para o caso de outra equipe necessitar consultar o material. Geralmente o profissional de saúde esquece que o prontuário é do cliente e não do profissional que atende.

Em relação às tecnologias adotadas no PAD, pode-se afirmar que são utilizadas as tecnologias leves-duras fundamentadas por protocolos que sistematizam as tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade, organizando o processo de trabalho em saúde¹⁴.

O serviço de contra-referência que tem como objetivo garantir acesso e a continuidade do atendimento nos níveis de menores complexidades, ainda não foi possível efetivar este fluxo de atendimento, porque a instituição não conseguiu formalizar nenhum acordo com o sistema municipal para formar parcerias com o Programa de Saúde da Família ou Unidade Básica, devido às divergências políticas que dificultam as ações em saúde em nível local, impossibilitando a avaliação do PAD e seu aprimoramento. Diante desta impossibilidade, o serviço de referência é o HEAPN em casos de emergências. Este impasse denota falta de integração entre os diversos níveis de atenção à saúde destoando da unicidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde e nos remetendo ao cerne da questão, como transformar as políticas de saúde, não em manipulação clientelística ou corporativista, mas num espaço ético e legítimo de garantia de direitos da cidadania, ou de resposta eficaz do Estado às pressões democráticas¹⁵.

No que diz respeito à Enfermagem o desenvolvimento do Programa de Atendimento

colocando-a mais próxima do cliente e da comunidade, oferecendo-lhe a oportunidade de transformação de estilo de vida dos usuários, aproximando-a do cenário no qual inicia-se o processo de saúde/doença, e isso faz coloca à luz, aqueles que podem não só implementar políticas, mas impedir que dêem certo, ser rotineiros como criativos e geradores de qualidades. E, sobretudo, como é possível através desses sujeitos apontar rumos ao tão débil sistema de saúde a partir das suas próprias entranhas¹⁶.

As descobertas desse estudo preliminar indicam que o PAD desenvolvido no HEAPN necessita de mecanismos de aprimoramento, tais como: aumentar o quantitativo de equipe, informar a comunidade intra e extra-hospitalar sobre o benefício deste tratamento, formar parceria com o governo municipal para implantar o serviço de contra-referência. Apesar das lacunas, o PAD, assim como outros pontos de atenção à saúde extra-hospitalares, constitui um espaço para construção de uma modalidade de atenção com ênfase no trabalho em equipe, na utilização de tecnologias leves que permitem a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de uma assistência de qualidade¹⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência á Saúde. NOAS - SUS 2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001.
2. Handen PC, Matioli CP. Pereira FG. Metodologia: Interpretando autores. Figueiredo AN. Organizador. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem; 2004.
3. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos; 1996.
4. Silva PLB. Serviços de Saúde: O dilema do SUS na nova década. Perspectiva 2003 jan/março; vol.17 n.1.
5. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90). 2 ed. Atualizada e ampliada. São Paulo: Hucitec; 1995.
6. Ministério da Saúde. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria 1395/GM de 10 de dezembro de 1999.
8. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cadernos de Saúde Pública, 2003 junho, vol.19 nº3: p. 705 -715.
9. Mendes E V. Os grandes dilemas do SUS. TOMOII. Salvador BA: Casa da Qualidade Editora; 2001.
10. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001; p.46
11. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria do Estado de Saúde. Ato do Secretário. Resolução SES nº 2.314 de 30 de dezembro de 2003. Publicada

no DO nº 009 de 14 de janeiro de 2004. Institui os Núcleos Hospitalares de Geriatria e define suas atribuições.

12. Merhy EE. Organizador. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
13. Bodstein RC. Ciências Sociais e a Saúde Coletiva: Novas questões, novas abordagens. Cadernos de Saúde Pública - Rio de Janeiro 1992; v.8(2).
14. Bodstein RC. Organizador. Serviços locais de saúde: Construção de atores e políticas. Relume-Dumará, 1993.
15. Silva KL, Sena R et. al. Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública - São Paulo; 2005 39(3).
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. - São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco 2000.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia