



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA

**ANÁLISE DE GESTÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR DE JOAO PESSOA - PB: UM ESTUDO
RETROSPECTIVO**

FABIANA SILVA DE LIMA

JOÃO PESSOA-PB
2016

FABIANA SILVA DE LIMA

**ANÁLISE DE GESTÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR DE JOAO PESSOA - PB: UM ESTUDO
RETROSPECTIVO**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Tecnologia em Gestão Pública, da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito para obtenção do grau de
Tecnólogo em Gestão Pública**

Orientador: Maurício Sardá de Faria

JOÃO PESSOA-PB
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L732a Lima, Fabiana Silva de.
Análise de gestão do sistema de atenção domiciliar de João Pessoa
– PB: um estudo retrospectivo / Fabiana Silva de Lima. – João Pessoa,
2016.
35 f.: il.

Orientador: Prof. Maurício Sardá de Faria.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologia em
Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

1. Saúde Pública. 2. Serviço de atendimento domiciliar. 3. Sistema
Único de Saúde – SUS. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU: 35(043.2)

FABIANA SILVA DE LIMA

ANÁLISE DE GESTÃO DO SISTEMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR
DE JOAO PESSOA - PB: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

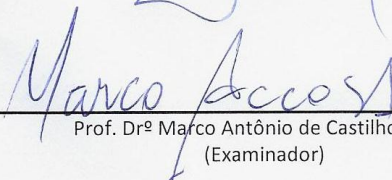
Trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito para obtenção do título de
graduação em Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa, aprovado em 24/11/16

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr.º Maurício Sardá de Faria – UFPB
(orientador)



Prof. Dr.º Marco Antônio de Castilhos Acco
(Examinador)

Prof. Dr.º Vanderson Gonçalves Carneiro
(Examinador)

Dedico este trabalho a todos que acreditaram e incentivaram sua realização.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço aos meus familiares por todo apoio despendido ao longo do curso;
- À instituição por fomentar os meios necessários para o desenvolvimento do curso;
- Aos meus professores e orientador, pelos conhecimentos compartilhados;
- Aos meus colegas e amigos, por todos os obstáculos vencidos ao longo desses anos de graduação.

RESUMO

O presente estudo se desenvolve em torno dos Serviços de Atendimento Domiciliar, uma iniciativa do Governo Federal que foi ampliada para os municípios com a finalidade de otimizar a saúde pública fornecida pela União através do Serviço Único de Saúde. A pesquisa ocorre através de levantamento bibliográfico e comparação com a realidade, aplica-se também o conhecimento obtido através de documentos legais e publicações em sites de informações públicos. Apresenta uma observação aprofundada do Programa Melhor em Casa, que veio a otimizar um serviço já existente na cidade de João Pessoa. A constatação dos elementos positivos do projeto foram os resultados colhidos, bem como a validação da implantação no mesmo, em nível nacional e municipal.

Palavras Chave: Saúde; SUS; SAD; Domicílio.

ABSTRACT

This study develops around the Homecare Services, an initiative of the Federal Government which was extended to municipalities in order to optimize public health provided by the federal government through the Serviço Único de Saúde. The survey takes place through literature and compared with reality also apply the knowledge gained through legal documents and publications on public information sites. It is a detailed observation of the Melhor em Casa program, which came to optimize an existing service in the city of João Pessoa. The finding of the positive elements of the project were collected results and validation of the deployment in the same at the national and municipal level.

Keywords: Health; SUS; SAD; Residence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. HISTÓRICO DO SUS.....	13
2.1 Desafios para o Fortalecimento do SUS	18
3. SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD).....	21
3.1. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em João Pessoa	27
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICE I.....	34

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema, a Política da Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS implantada pela Prefeitura Municipal de João Pessoa.

A Atenção domiciliar (AD) consiste numa modalidade de serviço prestado pelo SUS, onde atende os beneficiários na própria residência, já que estes se tratam de pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção.

Meu interesse por esse tema surgiu quando assisti um comercial da prefeitura de João Pessoa, onde falava do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Tive então, a curiosidade de conhecer o programa “Melhor em Casa” e me encantei pelo serviço.

O trabalho justifica-se haja vista que, o envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. Junto a ele, o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências.

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”, na medida em 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.

O SAD possibilita, assim, a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização.

Diante da questão apresentada, o presente estudo tem como objetivo geral: compreender o conceito do SAD, analisando a importância no âmbito de sua gestão.

Como objetivos específicos: identificar as formas de tomada de decisão; analisar o processo de tomada de decisão voltado ao SAD.

Em termos metodológicos foi realizado um levantamento bibliográfico de todo o ordenamento jurídico que compõe as vertentes existentes do programa, demonstrando os elementos de maior relevância e a aplicação destes no meio social. A real motivação dos projetos sociais é aplicação desses de modo a oferecer algum auxílio à comunidade, colocando os indivíduos que compõem a sociedade como centro dos interesses desenvolvidos pela iniciativa.

Com a Atenção Domiciliar, personificada no Projeto Melhor em Casa, do governo federal, não se fez diferente, tendo em vista que o bem maior objetivado é a excelência no tratamento de pacientes que encontram a necessidade de utilizar os serviços do SUS, mas que possuem sua capacidade de locomoção reduzida ou extinta. São os casos que exigem tratamento diferenciado, realizado na residência do enfermo.

Com base na forma como se apresenta o Projeto em nível nacional e a forma como ele foi absorvido pela administração da cidade de João Pessoa, fica perceptível a interferência que essa iniciativa apresenta na seara social, uma vez que interfere nas atitudes que podem ser tomadas pelos indivíduos da sociedade e na forma de tratamento dos pacientes dependentes do SUS.

A problematização que impulsionou a realização do presente estudo consiste na forma como o Sistema Único de Saúde vinha sido trabalhado na cidade de João Pessoa, observando a forma como os pacientes eram atendidos e, com a descoberta do Sistema de Atenção Domiciliar, os meios através dos quais esse instituto, que ganha forma com o Projeto Melhor em Casa, passou a ser aplicado na capital paraibana.

A pesquisa consistiu, como dito anteriormente, na análise de ordenamento jurídico vigente que postula as diretrizes do Programa, instituídos nas Portarias 2.527, 963 e 825, todas do Ministério da Saúde. Com o levantamento de dados de pesquisas realizados em nível nacional e também aplicadas no município de João Pessoa, relatando, respectivamente, a amplitude e aceitação do programa em nível nacional e a forma como foi implementado à já existente política de Atenção Domiciliar da prefeitura municipal pessoense.

Quanto ao tipo de pesquisa, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de modo que se voltou à preocupação não para a quantificação – mesmo que tenha se falado em alguns números do Projeto – mas para a qualificação do Programa, com base na

repercussão social que ele trouxe e representou. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa se destaca como:

A pesquisa que responde as questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social. (Minayo, 2001)

A realização da observação do Programa permitiu a construção de uma pesquisa descritiva, que trabalhou os fatos e normas que compõem o projeto analisado alocando a absorção da iniciativa federal à seara municipal, com o início da vigência do “Melhor em Casa” na cidade de João Pessoa.

Mais do que meramente bibliográfica, pode-se classificar o estudo realizado como uma Pesquisa Documental, segundo Fonseca (2002), apreende-se por documental a pesquisa que:

Recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002)

Dessa forma, constituiu-se o presente estudo voltado à implantação efetiva do Sistema de Atenção Domiciliar, através do projeto Melhor em Casa ao município de João Pessoa.

Buscou-se, através da construção do presente estudo, a elaboração linear de um mecanismo de análise da Saúde Pública de uma forma geral e, em especial, com um enfoque nos Serviços de Atenção Domiciliar. Para isso, o trabalho está organizado em dois capítulos, cada qual com um subtópico, falando primeiramente do SUS, desde sua fundação até as formas de percepção deste na sociedade moderna, e um segundo capítulo voltado à análise dos Sistemas de Atenção Domiciliar e à forma de aplicação desse mecanismo da Saúde Pública. Por fim, foi realizado um recorde de localidade, para identificar os elementos do referido serviço que acontece na cidade de João Pessoa, onde já era possível reconhecer fundamentos do programa Melhor em Casa, mesmo antes da implantação do mesmo.

2. HISTÓRICO DO SUS

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. (Ministério da Saúde, 2011)

As Conferências de Saúde se iniciaram há 70 anos, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937. A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi mantida, em 1990, quando a Lei n.º 8.142 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional. (Ministério da Saúde, 2011).

Também a partir da Lei n.º 8.142 ficou estabelecida uma periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, que deveriam contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde.

A proposição de medidas e diretrizes norteadoras para o funcionamento da saúde passa pelas Conferências de Saúde com a finalidade de reunir os componentes do sistema de saúde de um modo geral, contando assim com a ótica específica do campo de ação onde seriam aplicadas tais normativas. A intenção desses conselhos é de otimizar o funcionamento do Sistema Único de Saúde, como pode ser constatado a seguir:

Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional. (CONSELHOSAÚDE, 2011)

Um exemplo de Conselho de Saúde que apresentou resultados e repercutiu na configuração nacional da saúde foi a realizada no ano de 1964, sob comando de Mario Magalhães:

A 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963, a “Conferência Municipalista”, comandada pelo sanitarista Mário Magalhães. Em 1968, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), ainda incipiente, conseguiu impedir a implementação da privatização e pulverização do sistema de saúde, comandada pelo Ministro da Saúde, Leonel Miranda. Seu surgimento efetivo foi consequência e deu-se no bojo do movimento pelas liberdades democráticas, contra a ditadura militar, que acabava de vencer as eleições de 1974 e ampliar-se a partir de 1975, após os assassinatos de Manoel Fiel Filho e Vladimir Herzog. (SANTOS, 2016)

Levando em conta a amplitude dos gestos e decisões que são tomados nos Conselhos Nacionais de Saúde, a sua realização implica em mudanças significativas na organização da saúde pública. Dessa forma, a realização do Conselho supracitado tem grande valor, não apenas na área da Saúde, como também social, uma vez que é responsável pela otimização de um serviço de utilização de toda a sociedade. Dada à importância desses conselhos, é de grande valor salientar que a composição do quadro de envolvidos nessas reuniões é o que garante o sucesso ou fracasso da iniciativa.

É bom lembrar que a reforma sanitária vem desse movimento de diferentes atores na sociedade: a categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso. Esse movimento, portanto, conseguiu colocar em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma da saúde. (MENICUCCI, 2014)

O atual modelo de saúde pública adotado no Brasil é produto do antigo modelo, iniciado no governo de Getúlio Vargas que se desenvolveu durante os governos do regime militar, e do movimento sanitário da década de 1980. O modelo de saúde pública implantado por Vargas era caracterizado pela assistência previdenciária, ou seja, tinha direito à saúde pública aquele que estivesse empregado e contribuísse para previdência social. Esse modelo foi ampliado e tornou-se mais concentrador à medida que correspondia aos interesses privados em detrimento do acesso dos cidadãos. A centralização do poder estava nas mãos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), órgão executivo do governo federal responsável pela gestão da assistência médica e previdência social.

Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema. (BRASIL, 2016)

O SUS surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. O SUS é um sistema público, organizado e orientado no sentido de garantir o interesse coletivo, a todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, e local de moradia. Tem seus serviços administrados pelos governos federal, estaduais e municipais e por organizações cujo objetivo é garantir a prestação de serviços gratuitos a qualquer cidadão.

Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, esses hospitais e laboratórios também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes.

A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por estados e municípios.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS tem mais de 6,5 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). *“O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações”*. (SAÚDE, 2009)

O Sistema Único de Saúde pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos. A construção do SUS norteia-se, baseado nos seus preceitos constitucionais, pelos seguintes princípios:

- **Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (*“A saúde é direito de todos e dever do Estado”* – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de

saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

Mais além, a Saúde passa a ser encarada na sua face instituída na Constituição Federal, onde é elencada no rol de garantias fundamentais listadas no artigo 5º da Magna Carta Brasileira. Uma vez disposta como direito de todos, ressalva-se a presença do princípio da universalidade, quando da postulação da abertura do Sistema Único de Saúde a todos os cidadãos que dele necessitarem.

• **Equidade:** O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

• **Integralidade:** As ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser fragmentadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral.

Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública existem algumas

diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

- **Regionalização e hierarquização:** Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Planejados a partir de critérios epidemiológicos, implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (solução de problemas). *“A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.”* (BRASIL, 1990).

- **Descentralização e Comando Único:** descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais.

Quanto à forma de descentralização existente na Saúde brasileira, faz-se necessário observar o quadro de uma forma geral, levando em conta que não é viável a manutenção de todo o Sistema de Saúde centralizado sob as decisões de uma única pessoa ou órgão.

Com essa questão levantada, faz-se necessário realizar a participação geral na organização do Sistema de Saúde, que tem por maior objetivo a prestação de serviços à população. Partindo dessa assertiva, é identificada a necessidade de realizar o diálogo entre a administração da saúde, já aceita como uma administração descentralizada, isto é, fora do domínio completo do Estado e o governo, com a finalidade de buscar soluções e formas de organização dessa seara de serviços públicos.

De acordo com a ótica da organização da descentralização que enseja na participação da comunidade na forma de gestão das instituições públicas deve-se mirar a integração entre sociedade e Estado. Em relação às políticas públicas, é visada uma atuação descentralizada, com a finalidade de realizar os investimentos de forma pontual

e acertada, delegando o controle dessas atividades às comunidades técnicas, administrativas e financeiras que tem capacidade e conhecimentos necessários para desempenhar essa função.

- **Participação Popular:** *“a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.”* (MELDAU, D., 2016)

O SUS é o maior sistema público da saúde do mundo é o único a garantir assistência integral, gratuita a população do país. A rede ambulatorial do SUS é constituída de 56642 unidades e são realizados 350 milhões de atendimentos ao ano. São 6493 hospitais públicos filantrópicos e privados com 487.058 leitos e 1 milhão de internações por mês.

O Ministério da Saúde dispensa 10,5 bilhões por ano para custear o atendimento ambulatorial para os hospitais. O Governo Federal gasta 70% do total para os municípios de renda que o Brasil arrecada para atender todo o país.

2.1 Desafios para o Fortalecimento do SUS

Segundo pesquisas, realizadas durante o ano de 2010, 60 mil pacientes avaliaram o SUS, dizendo que as unidades oferecem áreas complexas como transplantes, oncologia, cirurgia cardíaca como sendo as melhores pela população paulista. (CONTEÚDO JURÍDICO, 2012)

Os 10 melhores hospitais do país se encontram na capital de São Paulo. A expectativa é melhorar cada vez mais as deficiências de atendimento à saúde no país, mas a opinião da população diz que a mesma está sendo bem amparada.

Por outro lado algumas pesquisas também revelam que o atendimento a certas cirurgias são demoradas e que a fila de espera é enorme. As cirurgias em alguns hospitais são atrasadas, pois não há equipamentos e recursos disponíveis para o melhor atendimento a população.

O Brasil gasta em média 3,4% do PIB em saúde enquanto os EUA e o Canadá gastam pelo menos 6,5% do PIB. Segundo estudos do OMS (Organização Mundial de Saúde) deveriam ser gastos o dobro em saúde no Brasil. Percebe-se, pois, que o investimento na área da saúde pode ser o primeiro dos problemas a serem

elencados na lista de pontos a observar, uma vez que, sem investimento financeiro, fica inviável a progressão dos mecanismos já existentes, bem como a inovação em relação aos materiais e aparelhos utilizados atualmente que são, em sua maioria, ultrapassados e deteriorados.

O SUS veio como resposta à saúde que era precária, veio melhorar o atendimento e garantir saúde gratuita a todos, o problema é a falta de recursos públicos para financiar o sistema.

Observa-se a situação de descaso por parte da administração pública quanto às políticas voltadas à sociedade, verdadeiramente sendo usadas para fins eleitorais. A sociedade tem a necessidade de atenção na seara da saúde, uma vez que a utilização de planos de saúde nem sempre são uma saída viável para os indivíduos de natureza econômica menos favorecida, de modo que, a estes resta o ingresso no Sistema Único de Saúde. A obstacularização do acesso destes membros da sociedade ao SUS configura-se como um erro capital de observância dos princípios da política de saúde, uma vez que o fornecimento de meios e métodos eficazes para tratamento da população é um dos principais elementos dessa organização.

A dificuldade dos gestores para promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional têm levado a problemas no acesso aos serviços e ao comprometimento da universalidade e integralidade. Assim, diversos usuários não usufruem do direito universal à saúde. A existência de gestores mais preocupados com campanhas políticas eleitorais do que com a saúde. (SOUZA, G.; COSTA, IRIS)

Contando com as dificuldades enfrentadas, ao criar um panorama geral traçado dentro do território nacional, é possível encontrar diversos mecanismos que inviabilizam a construção de um sistema de saúde eficiente, que possa proporcionar aos cidadãos um atendimento satisfatório e que de fato resolva os problemas referentes à saúde pública nacional. A solução para esse problema é melhorar o gerenciamento e a coordenação do sistema e maiores recursos e equipamentos e investimento para agilizar o atendimento a população. (SOUZA, L. 2012)

Dispor de financiamento para a saúde pública é apenas o primeiro passo a ser dado, um outro fator tão importante quanto é o investimento em uma política de gestão correta, voltada realmente às finalidades que o programa de saúde propõe. Dessa forma, as atividades seriam desenvolvidas com o intuito de qualificar e aperfeiçoar cada vez mais os serviços prestados. Assim sendo, constata-se que o mero investimento não é

a única necessidade a ser atendida, devendo-se aperfeiçoar também as pessoas que se encarregam de gerir essa seara da administração pública.

3. SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

O SAD é uma 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.

Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e vêm se multiplicando no Brasil mais intensamente a partir da década de 1990, criando a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de implantação de políticas públicas com o objetivo de incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde – SUS.

O papel do SAD é oferecer assistência na residência do paciente, proporcionando a garantia de continuidade dos cuidados à saúde. O serviço de atenção domiciliar (SAD), e as equipes que o compõe, têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do seu cuidado e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade desse cuidado. O programa é um serviço complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, com foco na assistência humanizada e integrado às redes de atenção disponíveis na rede pública de saúde.

Quanto ao tipo de objetivo constatado anteriormente, encontra-se explicitamente listado na portaria que trata das diretrizes normativas que norteiam o SAD, a Portaria 825/2016. Que traz tais finalidades claramente expressas em seu artigo 3º:

Art. 3º O SAD tem como objetivos:

- I - redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II - redução do período de permanência de usuários internados;
- III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. (BRASIL, 2016)

A Atenção Domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, caracterizadas por um conjunto de ações de promoções a saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicilio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada as redes de atenção a

saúde. Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre as equipes de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, recolocando o usuário no lugar mais o sujeito do processo e menos de objeto de intervenção.

As redes supracitadas estão ligadas diretamente ao sistema único de saúde (SUS). Este por sua vez, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Fazem parte do Sistema Único de Saúde, os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. (UFF, sem data publicada).

A Atenção Domiciliar (AD), no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado, do tipo de atenção dos procedimentos utilidades para realizar o cuidado:

AD1: tem suas funções voltadas a pacientes cujos problemas de saúde tenham sido controlados ou compensados que, por algum motivo, impeçam-lhe a locomoção até um ponto de atendimento. Aqui os enfermos precisam de menores níveis de atenção e dedicação de funcionários, demandando recursos menos intensos para os cuidados. Cabem esses casos aos cuidados das unidades mais básicas, como Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. As visitas são realizadas na frequência de uma vez por mês.

AD2: Os casos designados a essas unidades de atendimento domiciliar são voltados a usuários que possuam sua capacidade de locomoção impossibilitada em virtude da enfermidade que possuem, inviabilizando sua ida a unidades do SUS, restando-lhes o atendimento domiciliar. Nesses casos, as doenças são mais sérias que as tratadas pela AD1, exigindo das equipes maior atenção e acompanhamento mais

intenso. As equipes que trabalham nesse grupo são as Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

AD3: São os casos mais gravosos amparados pelo SAD, os pacientes, além de apresentarem necessidades de acompanhamento intensificado e uma maior frequência de cuidados em relação aos demais, demandam ainda a utilização de aparelhos que podem vir de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Nesses casos as equipes responsáveis pelo atendimento desses indivíduos são as mesmas citadas anteriormente, as EMAD e EMAP.

Os casos observados e enquadrados nas modalidades AD2 e AD3, isto é, os mais graves e que exigem maiores frequência de acompanhamento e intensificação das visitas tem como indispensável à presença de cuidadores aptos e identificados para realizar os cuidados voltados ao paciente. Nas mesmas modalidades garantir-se-á o transporte sanitário e a retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas para situações emergências.

Recomenda-se que os Serviços de Atenção Domiciliar obedeçam à lógica de adstrição de clientela. A EMAD deverá atender a uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário.

Para dar suporte e complementar as ações de saúde da Atenção Domiciliar, quando clinicamente indicadas, será designada uma EMAP. Podemos resumir que todos os municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP e, a cada três EMAD a mais, fará jus a possibilidade de implantar mais uma EMAP. É o que se postula no art. 29 da Portaria 825: “*Art. 29. Todos os Municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.*” (BRASIL, 2016)

Uma EMAD é constituída pelos os seguintes profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta. Ao passo que a EMAP é constituída por pelo menos três dos seguintes profissionais: Nutricionista, Psicólogo, Farmacêutico, Fonoaudiólogo e Assistente Social.

Quanto ao tipo de unidades componentes do SAD devem ser observados critérios objetivos tratados na portaria 963 de 2013 como é possível se apreender com a leitura do texto legal *in verbis*:

Art. 10. Para composição de um SAD:

I - em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP; e

II - para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

a) em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e

b) em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (BRASIL, 2013).

Dessa forma, viabiliza-se a observação do tipo de unidade que deve ser instalada em cada município visando à implantação do SAD de maneira eficiente, uma vez que o critério utilizado para a escolha da unidade a ser implantada é o demográfico. Com base na quantidade populacional, determina-se que tipo de exemplar do instituto deverá ser alocado naquele município.

Fica, pois, estabelecido o critério para a tipologia da unidade a ser implantada em cada município de acordo com os elementos supracitados. No entanto, a Portaria 825 de 2016 traz os parâmetros que determinam a necessidade de instalação do SAD (Programa Melhor em Casa) nas regiões:

Art. 25. São requisitos para habilitação do SAD:

I - população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - hospital de referência no Município ou região a qual integra;
e

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

§ 1º A população mínima referida no inciso I do “caput” pode ser atingida por um Município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR);

§ 2º Em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU. (BRASIL, 2016).

Com a implantação efetiva do projeto no âmbito federal, o ingresso dos demais entes federativos na iniciativa se deu de forma espontânea, até mesmo natural, dadas as vantagens oferecidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar e a otimização da prestação dos serviços de saúde. Com o progresso realizado no tratamento da sociedade e a otimização da prestação desse tipo de serviço, no ano de 2013 já era possível contabilizar 135 municípios que optaram pela aderência ao SAD.

Com a adesão dos municípios ao serviço, foi possível contabilizar 433 equipes já implantadas e em atividade e outras 548 com funcionamento autorizado pelo Ministério da Saúde. As equipes atuam com em média 60 pacientes cada, cujo acompanhamento domiciliar permite a manutenção do tratamento na casa dos próprios enfermos.

Num panorama geral, é possível observar um alto nível de aceitação do programa que constata, de acordo com o Ministério da Saúde (2013), através de pesquisas realizadas com cerca de 2 mil pacientes 93,9% de aprovação, numa pesquisa realizada com escala de resposta de 0 a 10. Havendo ainda a recomendação dos serviços para pessoas próximas por parte daqueles que se utilizam do programa.

A proposta do programa é otimizar o atendimento dos pacientes que necessitam do Serviço Único de Saúde, garantindo a continuidade do tratamento bem como a realização do mesmo sem a necessidade do paciente estar alocado em uma unidade do SUS, diminuindo o número de internos e de pessoas com permanência física por tempo indeterminado nos hospitais.

Quanto ao financiamento direcionado às atividades que são desenvolvidas pelo SAD através de suas unidades de atendimento domiciliar, bem como manutenção das equipes através do pagamento de salários e preservação dos materiais e equipamentos utilizados por esses grupos de profissionais, dispõe o artigo 34 da Portaria 825 e está condicionado à aprovação das unidades pelo Ministério da Saúde, o Estado e Município devem estar listados no quantitativo efetivo de equipes que compõem o SAD e a disponibilização dos dados de funcionamento das unidades em exercício, em conformidade com o artigo 35 da mesma portaria, como pode-se observar na letra da lei:

Art. 34. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será distribuído da seguinte forma:

- I - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;
- II - R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e
- III - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP.

Parágrafo único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.

Art. 35. O repasse do incentivo financeiro previsto no art. 34 será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos:

- I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD;
- II - habilitação do Município, Estado ou Distrito Federal com o quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União (DOU); e
- III – inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento destas, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal. (BRASIL, 2016)

Uma última observação a ser realizada é em relação aos elementos que são dispostos em lei colocados como prerrogativa de isenção do fornecimento de financiamento para as unidades de saúde domiciliar, em conformidade com o que é postulado no art. 36 da portaria supracitada.

Art. 36. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

- I - inexistência ou desativação dos estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas;
- II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;
- III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou

IV - falha na alimentação do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio de monitoramento dos sistemas de informação, por supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS), sem prejuízo da apuração, de ofício, de eventual comunicação de irregularidade. (BRASIL, 2016).

Tal fiscalização, cuja observância pode significar a suspensão da verba que é destinada aos pontos de atendimento domiciliar é de grande importância e se trata de um dispositivo fundamental na organização da Portaria, tendo em vista que tão importante quanto o início das atividades relativas ao atendimento domiciliar é a manutenção do mesmo, não bastando o início das atividades, como o preenchimento dos critérios para a realização da aplicação do financiamento. Tal dispositivo é o que garante o efetivo funcionamento das unidades uma vez que, sem a percepção das diretrizes postas, não há incentivos financeiros.

Embora o programa tenha sido criado pelo governo federal, à iniciativa em aderir ao programa é do governo estadual ou municipal. Neste caso, o município de João Pessoa aderiu ao programa e o SAD surgiu na capital paraibana no ano de 2006.

3.1. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em João Pessoa

Com a constante necessidade de melhorias no campo da Saúde Pública, percebe-se que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pode ser considerado um dos maiores aliados de qualquer gestor nesse campo. Tal fato decorre da forma como os números das unidades de atendimento são otimizados, com a utilização do SAD, as unidades deixam de ser sobrecarregadas com casos que possam vir a ser acompanhados de forma corriqueira na própria residência do paciente, sem necessitar da superlotação dos pontos de assistência onde usualmente são prestados esse tipo de serviço.

É possível falar de uma preexistência do Serviço de Atenção Domiciliar na cidade de João Pessoa em relação ao projeto federal Melhor em Casa, em consonância com entrevistas e pesquisas – parte delas divulgada no site da Prefeitura Municipal de João Pessoa, JOÃO PESSOA (2012) e parte realizada pela pesquisadora

do presente estudo – é possível identificar a realização de atividades visando o auxílio domiciliar desde o ano de 2006, ocasião em que o programa atuava com apenas um fisioterapeuta.

Percebe-se, pois, ainda com base nos apontamentos ilustrados pela prefeitura, JOÃO PESSOA (2012) que no ano de 2010, surge o primeiro aperfeiçoamento então precário Serviço de Atenção Domiciliar, com a implementação de equipes profissionais, que atuavam nos distritos sanitários nos quais a cidade é dividida.

Com a implantação do projeto federal Melhor em Casa, no ano de 2012, a Prefeitura Municipal de JOÃO PESSOA (2012) passou a contar com maiores incentivos para a realização do atendimento domiciliar de maneira mais completa. Com a parceria firmada entre a PMJP e o Ministério da Saúde ampliou-se o número de equipes para 10, agora nos moldes previstos pela organização do projeto Melhor em Casa. Dessa forma, o atendimento inicial de um único profissional passa a ser realizado por equipes completas que visam uma média de 60 pacientes cada.

As equipes são compostas em conformidade com a Portaria 2.527 de 2011 e ainda – com poucas alterações textuais – com a Portaria 825 de 2016, as disposições de pessoal para as equipes são:

Art. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

- a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

II - EMAD Tipo 2:

- a) profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente de EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

- I - assistente social;
- II - fisioterapeuta;
- III - fonoaudiólogo;
- IV - nutricionista;
- V - odontólogo;
- VI - psicólogo;
- VII - farmacêutico; ou
- VIII - terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2016).

Percebe-se, então, a formação de um serviço de qualidade com parâmetros definidos de forma nacional. Vale ainda ressaltar que no Estado da Paraíba, somente João Pessoa, Campina Grande e Queimadas são os municípios que contam com o Serviço de Atenção Domiciliar cadastrados junto ao Ministério da Saúde (dados de 2012).

Levando em consideração os dados obtidos através da aplicação de um questionário em forma de entrevista com o gestor do Serviço de Atenção Domiciliar de João Pessoa, foi possível observar o cumprimento do que se estabelece – e foi evidenciado anteriormente – quanto à origem da verba que proporciona o funcionamento do serviço, observando que cada EMAD e EMAP recebe, respectivamente, R\$ 50.000,00 e R\$ 6.000,00 mensais, para a manutenção dos aparatos e pessoal que as compõem.

Percebe-se ainda que o tempo médio de permanência do paciente no programa é de 90 dias, sendo observadas ressalvas a pacientes com doenças crônicas, o que limita a rotatividade do quadro de usuários. Esses pacientes são encaminhados ao serviço através das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dos Postos de Saúde da Família (PSF), após o encaminhamento, o grupo do SAD realiza uma visita, para dar início, ou não, ao acompanhamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os apontamentos levantados para a realização do presente estudo passou-se a identificar de maneira eficiente à forma como é realizada a Atenção Domiciliar pela parte do Sistema Único de Saúde brasileiro. Percebe-se ainda que os dispositivos legais criados e utilizados como base para o correto funcionamento do Programa Melhor em Casa do governo Federal (com adaptação aos Estados e Municípios) contemplam os elementos que constituem efetivamente a base de todo o projeto.

Quando da observância de elementos como a efetiva melhora observada no tratamento dos pacientes é possível responder, imediatamente, que o projeto tem sua finalidade alcançada dentro das perspectivas que se dispõe a cumprir.

É fato ressaltar a ainda existente superlotação em unidades de atendimento do SUS, mas o que se pode ainda afirmar é que, sem a existência e aplicação do projeto de Atendimento Domiciliar, a situação seria ainda mais aterrorizante. Os meios de acesso à saúde são representados pela possibilidade da população dirigir-se às unidades de atendimento e aguardarem para a realização dos procedimentos necessários.

Com o advento do Programa Melhor em Casa, percebe-se uma diminuição na quantidade de indivíduos a procurar as unidades de atendimento, uma vez que vem sendo realizado o acompanhamento e tratamento de pacientes em suas casas, evitando o excesso de demanda dos hospitais. As equipes do Serviço de Atenção Domiciliar são montadas com a finalidade de realizar acompanhamentos de necessidade menos intensa que a de um paciente internado com ânimo permanente.

A realização do estudo permitiu observar o êxito logrado com a implantação do programa, primeiro em nível nacional, depois em localidade municipal, como um complemento de uma ação que já era desempenhada na cidade de João Pessoa, aperfeiçoando a lógica e conferindo maior eficiência ao Atendimento Domiciliar.

Com a evidenciação da saúde como um dos principais pilares da construção de uma sociedade com indivíduos capazes de desempenhar abertamente seus direitos e movimentar a economia, através do exercício de atividades e da compra de bens. O Sistema Único de Saúde tem um papel de grande importância a desempenhar no

progresso social, a partir do momento em que se percebe esse sistema como o único contato de uma parcela da sociedade com a saúde.

A saúde pública vai além da prevenção de doenças percebida através das políticas de saneamento básico e limpeza urbana (entre outros elementos). A saúde pública requer também empenho no combate às enfermidades que porventura venham a acometer os cidadãos. Como foi ilustrado ao longo do estudo, a saúde é uma das garantias da população que deve ser assegurada pelo Estado, tal fato coloca este como obrigado a prestar meios de acesso às unidades de atendimento e aos mecanismos que venham a realizar a promoção desse elemento.

Com o Sistema Único de Saúde em aplicação, a população brasileira tem a possibilidade de gozar de atendimento médico-hospitalar gratuito, sem a necessidade de adesão a planos de saúde particulares ou consultas de igual cunho. Através do SUS, é possível buscar por atendimento em postos de saúde que são criados e mantidos pelo Estado, cuja finalidade é a prestação de um serviço eficaz à sociedade de uma forma geral.

Com base nisso, é possível afirmar que o Serviço Único de Saúde se apresenta como um serviço essencial, fundamental para o andamento da sociedade e para a observância de um preceito legal postulado na Constituição Federal. Ademais, é importante ainda salientar que a saúde é um elemento que afeta completamente a vida do cidadão tendo em vista que, quando deteriorada, o impede de realizar suas atividades dentro da normalidade.

Conclui-se com a importância da saúde na vida do cidadão que, a garantia desta por parte do Estado acaba por refletir positivamente na condição geral da sociedade de modo a aumentar os níveis de contribuição financeira por parte da população e a quantidade de pessoas ativas em exercício de suas funções. Não é possível afirmar a plenitude do funcionamento do SUS, tendo em vista as enormes filas e listas de espera, bem como a superlotação dos hospitais e postos de atendimento. Entretanto, a inexistência dos que encontram-se em operação hoje em dia, é a garantia de acesso à saúde de significativa parcela da sociedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha de Atenção Domiciliar. 2011, Vol.2, cap7;

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>.

Acesso em: 14/10/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. DOU, Brasília (DF) 01/06/2016: Seção 1, página 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU, Brasília (DF), 28 out 2011: Seção 1:1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2013 [acesso em 16/10/2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>

JOÃO PESSOA. PMJP terá Serviço de Atenção Domiciliar com tratamento humanizado. 25/10/12. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/pmjp-tera-servico-de-atencao-domiciliar-com-tratamento-humanizado/>>. Acesso em: 16/10/16

MENICUCCI, G. M. Telma. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. 2014. SciELO. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100077>. Acesso em: 16/10/16.

UFF. O que é SUS?. Disponível em: <<http://www.uff.br/psienf/osus.htm>>. Acesso em: 13/10/16.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado. Serviço de Atenção Domiciliar. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3812&Itemid=605>. Acesso em 14/10/16.

PORTAL BRASIL. Programa de atenção domiciliar já está presente em 135 municípios. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/programa-de-atencao-domiciliar-ja-esta-presente-em-135-municipios>>. Acesso em: 14/10/16.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOUZA, A. V. Luciana. O Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-sistema-unico-de-saude-sus,37880.html>>. Acesso em: 15/10/16.

CONSELHO DE SAÚDE. Histórias das Conferências de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 16/10/16.

SANTOS, R. Nelson. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: É NECESSÁRIO REFORMULAR AS ESTRATÉGIAS NACIONAIS DE CONSTRUÇÃO DO “MODELO SUS”?.

SOUZA, A. C. Georgia; COSTA, C. C. Iris. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. 2010. SciELO. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004>. Acesso em: 15/10/16.

MELDAU, C. Débora. SUS. 2016. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/sus/>>. Acesso em: 16/10/16.

BRASIL. Saúde. Estados terão R\$ 28,5 milhões para qualificar gestão do SUS. 2009. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/12/estados-terao-r-28-5-milhoes-para-qualificar-gestao-do-sus>>. Acesso em: 17/10/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e Princípios. Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 16/10/16.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Histórias das Conferências de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 17/10/16.

BRASIL, Ministério da Saúde. Histórias das Conferências de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html><http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 17/10/16

CONTEÚDO JURÍDICO. O Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-sistema-unico-de-saude-sus,37880.html>>. Acesso em: 17/10/16.

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA
ALUNA: FABIANA SILVA DE LIMA
PROFESSOR: MAURÍCIO SARDÁ

Roteiro para Entrevista com o Gestor do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município João Pessoa

1. Quando surgiu o SAD no município de João pessoa?

R: Em 2006

2. Como é composto o quadro de profissionais no programa?

R: quando surgiu em 2006 tinha 1 fisioterapeuta por distrito, tendo um somatório de 5 distritos; em 2009 foi adicionado 1 técnico de enfermagem por equipe; em 2010 foi adicionado 1 enfermeiro por equipe; Em 2012 teve adequação para o programa federal melhor em casa, onde foi implantada 6 equipes multiprofissionais de Atenção domiciliar (EMAD) e 2 equipes multiprofissionais de apoio (EMAP); Em 2013 ampliou mais 1 EMAD e uma EMAP, totalizando 7 EMAD e 3 EMAP.

3. Como são divididas as equipes?

R: A cada 100.000 habitantes é uma equipe da EMAD; A cada 3 EMAD uma EMAP.

4. Em média, quantos pacientes são atendidos?

R: São atendidos em média 3 a 4 usuários por turno e por mês em média 265 pacientes.

5. Qual a meta para 2016?

Em 2016 o foco será a deshospitalização.

6. Existe um tempo máximo de permanência no programa?

R: Os usuários têm em média uma permanência de 90 dias no programa, mas dependendo do caso, pode permanecer por anos, que é o exemplo do paciente crônico. Ou seja, aquele paciente que tem dificuldade de resolução do seu quadro clínico. Sendo este aspecto, a maior dificuldade de rotatividade de usuários.

7. Como o paciente chega até o SAD?

R: O paciente chega até o SAD através de encaminhamento do hospital, de uma UPA, do PSF... A primeira triagem é feita por quem encaminha, em seguida o serviço de referência preenche uma ficha de solicitação, e a equipe do SAD agenda uma visita, respeitando a ordem de classificação por prioridades, lembrando que Todos os usuários devem ser do Sistema Único de Saúde (SUS).

8. De onde vem a verba para o programa?

R: O programa é federal com iniciativa municipal, cada EMAD recebe do governo federal 50.000 mensal e cada EMAP 6.000 mensal para custeio das equipes, em contrapartida o município é responsável pelo custeio de aluguel de veículos, da sede, e da compra de materiais. Lembrando que o programa é federal, mas pode ser aderido pelo estado ou município.