



JÚLIA TAMIOZZO BENINI

MARINA CHAVES ORBEN

RAFAEL LEONARDI JANEIRO

VICTOR FAJARDO BORTOLI

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM UMUARAMA - PR

Umuarama, PR
2022

JÚLIA TAMIOZZO BENINI
MARINA CHAVES ORBEN
RAFAEL LEONARDO JANEIRO
VICTOR FAJARDO BORTOLI

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM UMUARAMA – PR

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

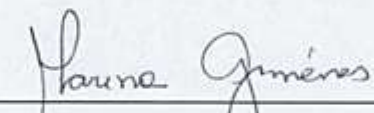
Orientador: Marina Gimenes

Umuarama, PR
2022

JÚLIA BENINI
MARINA ORBEN
RAFAEL JANEIRO
VICTOR BORTOLI

IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM UMUARAMA-PR

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

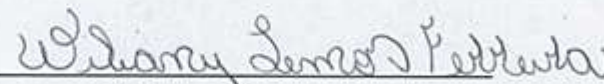


Profa. Marina Gimenes
Universidade Paranaense (UNIPAR)

Orientador



Prof. Fernando Maia
Universidade Paranaense (UNIPAR)
(Banca interna)



Williany Lemos Ferreira
Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama-PR
(Banca externa)

Umuarama, 13 de dezembro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, iniciamos agradecendo a Deus, por proporcionar estes agradecimentos a todos que tornaram nossas vidas mais importantes, além de ter nos dado uma família maravilhosa e amigos sinceros. Deus, que nos atribuiu propósito e missões pelas quais já sabíamos que iríamos batalhar e vencer, através da ajuda Dele que este trabalho foi concluído de forma satisfatória. Somos gratos por tanto!

Agradecemos aos pacientes que encontramos ao longo desses cinco anos e aos que ainda iremos conhecer ao longo da nossa trajetória, em vocês, encontramos valores que os livros não nos ensinaram. Sem escolher, o destino os colocou em nossas mãos para que executemos com mais responsabilidade o que aprendemos. Confiando, suas vidas aos nossos cuidados para serem fonte de nosso conhecimento e aperfeiçoamento prático. Hoje, agradecemos, com muito carinho, a cada um de vocês por nos fazerem mais humanos, humildes e profissionais.

Também dedicamos esse projeto aos nossos pais, os quais sem eles nossos sonhos não estariam tornando-se realidade, agradecemos por todo amor e apoio em nossas escolhas, também, pelo suporte financeiro para este fim, muitas vezes advindo de sacrifícios pessoais e incansáveis horas de trabalho.

Gostaríamos de agradecer nossa orientadora Marina Gimenes, por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de todo projeto, somos gratos por todo auxílio e paciência conosco na conclusão deste trabalho.

Somos gratos também uns aos outros, pelo trabalho em equipe e espírito de cooperação demonstrado ao longo do semestre, poder contar com nossos colegas foi com certeza essencial para o êxito de toda pesquisa. Tenho certeza que a qualidade deste trabalho não seria a mesma sem a ajuda de vocês.

Agradecemos aos nossos irmãos, avós e demais familiares, por nos incentivarem e por serem também parte dos motivos que nos impulsionam em nossa caminhada.

Agradecemos aos nossos companheiros, pela ajuda e complacência enquanto investimos tempo neste projeto, somos gratos por todo apoio emocional e por fazerem parte de nossas vidas.

Não menos importante, gostaríamos de agradecer por nossos entes queridos *in memoriam*, aqui estão os resultados dos seus esforços, “aqueles que amamos nunca morrem, apenas partem antes de nós”.

Com muita gratidão, finalizamos este projeto com alegria no coração e com a esperança de que um dia ele possa ser colocado em prática, auxiliando na qualidade de vida de muitos.

“É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem.”

Hipócrates (460 a.C. a 370 a.C.)

BENINI, Júlia Tamiozzo; ORBEN, Marina Chaves; JANEIRO, Rafael Leonardi; BORTOLI, Victor Fajardo. **Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar em Umuarama - PR**. Orientador: Marina Gimenes. 2022. 13 f. 35 Projeto de Intervenção (Curso de Graduação em Medicina) - Universidade Paranaense, Umuarama, 2022.

RESUMO

Globalmente, por conta das mudanças no perfil epidemiológico-demográfico populacional e com o aumento das taxas de morbimortalidade, observou-se a necessidade de reformulações do modelo da atenção em saúde, nesse contexto, a Atenção Domiciliar (AD) emerge como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde e paralelamente, aos interesses dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente. O objetivo deste projeto de intervenção tange a respeito da implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no município de Umuarama-PR, propondo dessa forma uma melhoria na qualidade de vida, assistência à saúde da população e reorganização do sistema de saúde municipal. Utilizando como embasamento a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, este projeto abordará como o município de Umuarama-PR preenche todos os requisitos necessários para a implantação de um SAD. Este estudo, além de permitir a compreensão dos benefícios que o serviço poderá trazer aos pacientes e ao sistema de saúde, aborda também a possibilidade de sua implementação e os recursos necessários para sua execução. O principal resultado esperado é que o município de Umuarama-PR aceite a proposta e implante o SAD, proporcionando a reorganização das redes de assistência do sistema de saúde no município, e ao usuário do SUS um serviço diferenciado de atendimento multiprofissional domiciliar para situações que podem ser resolvidas sem necessariamente a utilização de um sistema terciário de saúde, como os hospitais. Espera-se também a redução do tempo de internação e dos internamentos propriamente ditos, e consequentemente liberação de leitos, trazendo benefícios não apenas ao paciente como também ao hospital e ao sistema público de saúde.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Atenção Básica. EMAD. EMAP. SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de atividades previstas para a estruturação, planejamento e implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Umuarama-PR.....	28
---	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	JUSTIFICATIVA	12
3.	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
5.	METODOLOGIA.....	19
5.1.	LOCAL DA INTERVENÇÃO	19
5.2.	SUJEITOS DA INTERVENÇÃO	20
5.3.	ESTRATÉGIAS E AÇÕES	21
5.3.1	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	21
5.3.2	ELABORAÇÃO DO PROJETO.....	21
5.3.3	IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES (EMAD E EMAP).....	22
5.3.4	INFRAESTRUTURA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	23
5.3.5	ELABORAÇÃO DE PROCESSOS E FLUXOS.....	23
5.3.6	CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENDIMENTO.....	24
5.3.7	DIVULGAÇÃO.....	24
5.4.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	24
6.	RESULTADOS ESPERADOS	26
7.	CRONOGRAMA	27
8.	VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS	29
	REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

Define-se a Atenção Domiciliar (AD), conforme a Portaria nº 825 do MS, de abril de 2016, como modalidade de atenção à saúde a qual se encontra integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), possuindo como característica um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, palição e promoção à saúde, sendo prestadas em domicílio, assegurando dessa maneira a continuidade dos cuidados (BRASIL, 2016b). Dessa forma, tal conceito aborda o aspecto externo à logística de funcionamento existente em uma unidade hospitalar, ao atuar com o objetivo de prevenir, controlar e tratar agravos.

Neste sentido, infere-se que o Brasil apresenta duas formas de assistência domiciliar instituídas: a privada, com característica suplementar, a qual foi desenvolvida pelos planos de saúde, e a pública, sendo organizada em três níveis, conforme o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Implantado, em 2011, o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) através do Programa Melhor em Casa, cuja criação estabeleceu o propósito de atender às pessoas com dificuldades de locomoção para o serviço de saúde (DOS REIS *et al.*, 2021).

Diante do exposto, analisa-se que a AD ou *Home Care* se incluem como estratégias e alternativas no nível de assistência, uma vez que buscam otimizar o tempo em sua totalidade durante o processo de internamento, reduzindo a necessidade ou permanência dentro do ambiente hospitalar. Sendo assim, uma alternativa de atenção à saúde, a qual atualmente constitui-se como mais consolidada em alguns países desenvolvidos (MORAES, 2020).

Logo, através da AD é possível viabilizar a humanização do cuidado, assim como a desinstitucionalização, aumentando a autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes, além de favorecê-los ao atuar na reabilitação, educação, apoio social e emocional ao paciente e sua família, sendo estes relacionados à lógica da integralidade do cuidado e da equipe.

Ademais, outro fato que corrobora para incluir a AD como possibilidade viável se remete ao processo de envelhecimento populacional, o qual se encontra vinculado proporcionalmente à maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, quedas e também a incapacidade funcional. Como consequência, tal

característica promove um impacto como um todo no sistema de saúde devido ao acréscimo da incorporação de novas tecnologias assistenciais para atingir a demanda deste público crescente em questão (MORAES, 2020).

Outrossim, um exemplo dos âmbitos da AD consiste na existência de um programa que, com êxito, vem ajudando inúmeros cidadãos há mais de uma década, o Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID) de Cascavel-PR, que funciona através da deliberação nº 128 de 16 de novembro de 2007, um serviço oferecido pela Secretaria de Saúde do Município de Cascavel, composto por equipes multidisciplinares que atendem pacientes que se encontram dependentes total ou parcial de outros, sem restrição de idade e que residem no município (BALONEKER, 2019).

Neste sentido, para que os pacientes sejam inseridos no programa é necessário o encaminhamento realizado pelo hospital ou pela Unidade Básica de Saúde (UBS), aos profissionais da AD que fazem a avaliação de cada caso. Vale ressaltar que o programa segue as normas da Portaria nº 825 do MS, de abril de 2016, que reafirma as diretrizes dos serviços credenciados pelo programa federal Melhor em Casa, no qual o PAID faz parte. Ademais, a AD atua no apoio às equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde domiciliar (SILVA, 2020). Entretanto, em Umuarama-PR ainda não existe tal serviço ou programa sendo aplicado ao público, justificando o presente projeto de intervenção.

Em suma, é possível inferir que a Atenção Domiciliar consiste em uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional qualificada, pois reconhece que este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade, conhecimento técnico e científico próprios do campo da saúde pública.

2. JUSTIFICATIVA

A implantação do projeto justifica-se pela desospitalização, consequentemente gera-se liberação de leitos hospitalares, redução de custos e retorna o paciente a posição de protagonismo (MAGALHÃES *et al.*, 2019). A redução do tempo de internação hospitalar, remetendo ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência, mostra que o município está organizado para atender as necessidades de seus usuários na atenção primária.

Neste sentido, a implantação do serviço de atenção domiciliar constitui-se uma alternativa válida uma vez que, para pacientes e familiares proporciona-se a atenção em saúde totalizada, abrangendo seus variados níveis, ao mobilizar e qualificar a plenitude terapêutica diante da demanda necessária a ser atingida, além de otimizar os recursos presentes no SUS e beneficiar o acesso de forma a assisti-los da melhor maneira. Além disso, promover celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio, minimizando intercorrências clínicas e riscos de infecções hospitalares por longo período de internamento a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar.

Ademais, é benéfica devido ao fato de estar em casa, oferecendo suporte emocional, autonomia e humanização necessária para pacientes em estado grave ou terminal, em cuidados paliativos, idosos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, acamados, junto aos familiares, além de instituir o papel do cuidador, o qual pode ser um parente, um vizinho ou qualquer outra pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado assistido por uma equipe multiprofissional e qualificada.

Já para o município, promove-se o fortalecimento da atenção primária e o comprometimento da oferta de serviços especializados melhorando o atendimento em saúde, com equipe multiprofissional diferenciada, gerando novas oportunidades de emprego e capacitação, uma vez que os mesmos poderão se dedicar ao programa ampliando o conhecimento ao enriquecer as habilidades, além de atuar na promoção em saúde e na qualidade de vida da população assistida. Além disso, ocorre a melhora da articulação entre serviços que atuam em diferentes níveis de

atenção, em especial o sistema de referência e contrarreferência em saúde, pois é atingida a atenção integral ao paciente, por meio de uma troca de informações eficazes entre os diferentes níveis de assistência, permitindo um ambiente propício à abordagem do indivíduo como um todo. Porém, observa-se uma lacuna no sistema que pode ser reorganizado por meio do SAD.

Por fim, a internação hospitalar envolve inúmeros processos burocráticos aos pacientes, além de que estudos mostram os altos custos das mesmas por condições sensíveis à Atenção Primária no SUS, e apontam a urgente necessidade de fortalecimento da mesma e a monitorização constante das doenças.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver o projeto de intervenção para a implantação do SAD no município de Umuarama-PR, propondo dessa forma uma melhoria na qualidade de vida e assistência à saúde da população.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica e ambulatorial nos serviços de urgência, emergência e hospitalar;
- Orientar e capacitar as equipes multiprofissionais para atuação no SAD, a fim de humanizar e diminuir o sofrimento dos pacientes paliativos assim como os demais assistidos, proporcionando a autonomia destes e seus familiares;
- Agrupar o setor terciário, secundário e primário de atenção em saúde com o objetivo de aprimorar os recursos oferecidos pelo SUS, sendo uma alternativa no atendimento ao incentivar, conseqüentemente, a melhora na qualidade de vida dos pacientes e usuários do SAD;
- Impulsionar o processo de desospitalização com o intuito de promover a melhora na assistência à saúde de pacientes crônicos e população em geral, permitindo que o paciente seja reinserido no seu meio social e familiar;
- Promover a diminuição dos riscos oriundos do processo de internação, exemplificada através das infecções hospitalares;
- Auxiliar no fornecimento de tecnologia de suporte à vida que possam ser manuseadas em domicílio;
- Criação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo 1 e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo das últimas décadas, globalmente, vem se notando alterações no que diz respeito ao perfil epidemiológico e ao aumento das taxas de morbimortalidade por doenças crônicas em grande parte da população, em especial nos pacientes de terceira idade, por conta do aumento da expectativa de vida. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cabe citar as mais prevalentes como distúrbios cardiovasculares, diabetes e neoplasias (GABARDO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, salienta-se que o propósito do tratamento das doenças crônicas é reduzir as taxas de morbimortalidade e manter a qualidade de vida dos pacientes. Quanto a isso, há estudos que sugerem notória melhora dos pacientes quando recebem apoio regular e um tratamento eficaz (PRETO, 2016).

Logo, devido às alterações no perfil epidemiológico e demográfico, tanto nacionalmente quanto internacionalmente, fez surgir a necessidade de uma adaptação do modelo da atenção em saúde, levando diversos países a pensar na Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde e paralelamente, ao interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Reconhecendo essas mudanças e a necessidade de políticas públicas que viessem subsidiar a organização das diversas modalidades da AD no Brasil, foi publicada a Portaria Ministerial nº. 2.416 de 1998, que define requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS (SILVA, 2020).

Outrossim, ainda dentro do aspecto formal legislativo, é possível ressaltar que a Lei de nº 8.080/90, em seu artigo 2º, parágrafo 1º, coloca a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além disso, a lei define como dever do Estado garantir a saúde na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além de estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (TOSTES *et al.*, 2020).

Desta maneira, nas últimas décadas foram publicadas sucessivas portarias entre 2006 a 2013 e assim, posteriormente, houve o lançamento do Programa “Melhor em Casa” que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS em 2011 (SILVA, 2020). Assim, em outubro do mesmo ano, o Ministério da Saúde redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, através da Portaria nº 2.527/GM/MS (BRASIL, 2011).

Após mais três redefinições, a Portaria nº 825/2016/GM/MS foi publicada, normatizando o funcionamento do sistema de internação domiciliar no SUS, a qual considera a atenção domiciliar como uma modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, priorizando ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, com uma continuidade da assistência domiciliar (BRASIL, 2016b).

No que tange os aspectos relacionados aos custos de internamento, infere-se que a gestão destes se caracteriza como substancial para o controle dos recursos, através de análise dos processos menos viáveis economicamente, contribuindo como estratégia para otimizar os gastos dos insumos e serviços utilizados na produção de atividades na internação. Desse modo, é possível compreender que o setor hospitalar é custoso, fato este expressado nas elevadas taxas de internação e reinternação, no uso de tecnologias caras, assim como consultas, exames e internações desnecessárias. Ademais, é importante destacar o potencial da AD na reorganização da atenção à saúde, de forma principal entre os pacientes que demandam mais custos hospitalares, exemplificados por condições crônicas ou em situação de terminalidade de vida (DOS REIS *et al.*, 2021).

Em pesquisa sobre a evolução dos gastos com internações hospitalares financiadas pelo SUS, nos anos de 2000, 2005, 2010 e 2013, analisou-se os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. Foi possível verificar a redução de gastos entre crianças, idosos e mulheres. No entanto, foram observados gastos elevados entre pacientes com doenças cardiovasculares, com aumento de internações por angina, por exemplo, e que continuaram a persistir em outras patologias. Dessa forma, compreende-se a necessidade de conhecer a importância da aplicação da internação domiciliar como uma alternativa ao processo de hospitalização (DOS REIS *et al.*, 2021).

Ademais, no Brasil há cerca de 493 mil leitos de diferentes modalidades disponíveis para atendimento da população, o que resulta numa relação de 2,3 leitos/mil habitantes, no entanto o valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 3 leitos/mil habitantes. Tratando-se exclusivamente do SUS, essa relação abaixa para 2 leitos/mil habitantes e no setor privado, aumenta para 3,5 leitos/mil habitantes, conseqüentemente observa-se uma discrepância que necessita de reparo de aproximadamente 150 mil leitos para uso do SUS. Esse significativo déficit é um grande desafio para a gestão de saúde, uma vez que a demanda de ampliação, manutenção e custeamento desenvolvem-se inversamente às verbas públicas (FINKELSTEIN; JUNIOR, 2020).

A desospitalização tem sido uma alternativa que vem se mostrando muito válida para o setor da saúde. No Brasil, essa prática vem acontecendo por meio dos SAD no setor público, e pelo *home care* no setor privado. Isso faz com que a prerrogativa da implantação de assistência a internação domiciliar seja mais discutida, visto a necessidade de mais leitos hospitalares; o tratamento mais adequado à condição clínica do paciente, evitando-se complicações e infecções hospitalares, além do menor custo operacional (FINKELSTEIN; JUNIOR, 2020).

Outrossim, observa-se que o histórico de hospitalização mostrou forte relação com a AD, pois pacientes que receberam o serviço poderão se amparar no cuidado em domicílio como uma forma de cuidado complementar, levando em conta a particularidade clínica de saúde, decorrente de DCNT, fragilidade ou incapacidade funcional. Dessa forma, o autor defende que o uso domiciliar como ambiente terapêutico tem sido fomentado por políticas públicas nos países ocidentais e no Brasil, recentemente. Estes fatos estão diretamente ligados com o crescimento da cobertura das Estratégias de Saúde da Família (ESF), fortificando a importância da organização da atenção básica. Os dados citados acima reconhecem que os indivíduos se dignificam com o recebimento de atenção à saúde no domicílio, reforçando assim, cada vez a internação domiciliar como aliada do paciente (WACHS *et al.*, 2016).

O artigo 5º da Portaria nº 963/GM/MS define que a AD segue diretrizes as quais é abordado sua estruturação na perspectiva das RAS, apresentando como ordenadora do cuidado e da ação territorial a atenção básica, tendo como base as

necessidades do usuário, diminuindo dessa forma, a fragmentação da assistência (BRASIL, 2013). Sendo assim, percebe-se que as RAS se apresentam como essenciais dentro do segmento e constituição da AD. Dessa forma, constituem-se como peça fundamental para o funcionamento da correlação entre os setores primário, secundário e terciário nos níveis de atenção.

Neste sentido, para a ocorrência da efetivação dos princípios organizacionais do SUS, inclui-se como necessária as estratégias de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que fazem parte do sistema, amparando o usuário para que ele seja assistido através de seu histórico de saúde e tratamentos realizados anteriormente. Logo, dentro da qualificação das RAS, é possível incluir a referência e contrarreferência em saúde, as quais realizam o serviço de informação sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

Sabe-se que o SAD está embasado em três diferentes modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), AD tipo 2 e AD tipo 3 de acordo com as necessidades de cuidados peculiares de cada caso em relação a periodicidade das visitas, intensidade de cuidados multiprofissionais e uso de equipamentos (BRASIL, 2016a). Salienta-se que a atenção domiciliar já é realizada na ESF, mas apenas para os casos de menor complexidade, com menor necessidade de intervenção multiprofissional, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. Nesse caso, ficaria sob a responsabilidade da modalidade AD1, atenção básica por meio de acompanhamento regular em domicílio, já os casos de maior complexidade seriam abrangidos pelas AD2 e AD3.

5. METODOLOGIA

Neste capítulo será detalhado o percurso metodológico necessário para implementação do Serviço de Atenção Domiciliar no município de Umuarama-PR. Como embasamento teórico, foi utilizada a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a AD no âmbito do SUS, e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016b). Deste modo, será abordado o local de intervenção, o público-alvo do projeto, os atores envolvidos para a execução, bem como o fluxograma para implantação e os recursos necessários para tal, utilizando como embasamento o Manual de Implantação e gerenciamento do SAD, utilizado no Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância (LACERDA *et al*, 2015).

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

O local onde ocorrerá a proposta para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar, será no município de Umuarama, localizado na região noroeste do Paraná, região sul do Brasil, com uma extensão de 1232,7 Km² (SILVA, 2019). O município, que faz parte da 12^a regional de saúde do Paraná (GOVERNO DO PARANÁ, 2022), possui, segundo censo de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), uma população de 109.955 habitantes, e junto com seus distritos, dispõe de 25 unidades básicas de saúde, das quais 17 possuem implantada a ESF.

Além disso, segundo o sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama, o município conta com ambulatorios especializados, como o Ambulatório Municipal de Infectologia, o Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência Materno Infantil (CRMI) e o Pronto Atendimento 24h Dr. Cândido Garcia. Ademais, Umuarama também conta com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA), Centro Regional Mãe Paranaense, Ambulatório Médico de Especialidades (AME), e também com quatro hospitais de referência, dentre eles o Instituto Nossa Senhora Aparecida (INSA), Hospital Norospar, Hospital Uopeccan e Hospital Cemil. Além dos citados, cabe ressaltar que em Umuarama, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), foi criado em 20 de março de 2011 e conta com a participação de 101 municípios,

coordenando assim as Urgências e Emergências de até 1.200.000 habitantes (UMUARAMA, 2022).

Não obstante, dados de julho de 2022 indicaram que Umuarama está em primeiro lugar entre as cidades com mais de 100 mil habitantes do Paraná na avaliação do Programa Previne Brasil, sobre o atendimento da Atenção Primária em Saúde (APS), e a adição do SAD no município seria capaz de melhorar ainda mais as estatísticas da cidade, proporcionando excelente atenção à saúde pública regional.

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Pacientes que, estando em estabilidade clínica, carecem de atenção à saúde quando em condições de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a forma mais adequada de tratamento, em geral, pacientes que necessitam de palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Como exemplo, temos os pacientes com enfermidades agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; doenças crônico degenerativas, que demande atendimento semanal; pacientes com necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico continuado, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; recém nascidos prematuros ou com baixo peso com necessidade de ganho ponderal.

Também cabe ao programa a assistência a pacientes que necessitam de cuidado multiprofissional mais frequente, como em uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade como ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea, dentre outros, que geralmente necessitam de períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Por fim, os demais sujeitos serão as equipes formadoras da EMAD 1 e EMAP, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais dentre outros conforme as necessidades locais, que proporcionarão a atenção continuada dos pacientes supracitados, estes profissionais

devem ser comprometidos com ações intersetoriais e interdisciplinares, de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, incluindo os processos de educação permanente, gestão, responsabilidade sanitária e organização territorial dos serviços de saúde pública.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

No primeiro momento, apresentação do projeto de intervenção, onde os gestores de saúde do município de Umuarama estarão presentes e em seguida havendo interesse, os acadêmicos autores deste projeto pretendem organizar reuniões com a Secretária Municipal de Saúde para discutir e auxiliar na organização do projeto e acompanhar o desenvolvimento.

5.3.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Primeiramente, o SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em AD para uma população definida e se relaciona com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica.

Para a implantação do SAD, Umuarama cumpre todos os requisitos necessários, que, de acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, segundo o Art. 25, são o número de habitantes do município, ter cobertura pelo SAMU e a presença de hospitais de referência, ademais, de acordo com o Art. 26, os municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, onde se encaixa a cidade de Umuarama, poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1 e segundo o Art. 29, todos os municípios com uma EMAD tipo 1, terão direito a solicitar uma EMAP, caso necessário.

5.3.2 ELABORAÇÃO DO PROJETO

Quanto à implantação do SAD, é essencial o estabelecimento de acordos, pactos, fluxos e protocolos de assistência. Quanto à criação do projeto, de acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde, na sessão II, do capítulo III, temos o conteúdo e fluxo do projeto para criação ou ampliação do SAD, nesta, o gestor de saúde do município, deverá elaborar um projeto para criação do SAD, contemplando os seguintes dados: nome do município, Unidade

Federativa, população, nome e contatos do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domiciliar proponente, que nesse caso seria o próprio município, número de equipes por tipo (EMAD, EMAP), confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência municipal ou região.

Além disso, deverá abordar os objetivos do projeto, a caracterização dos dados sócio-demográficos, perfil epidemiológico municipal, incluindo problematização e justificativas para a implantação da política. Além do mais, deverá ser levantado o território de abrangência de cada equipe, bem como o quadro de profissionais e a carga horária semanal.

O gestor de saúde local deverá enviar o projeto para criação do SAD ao DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), o qual fará a análise do projeto de criação do SAD, considerando-se as diretrizes e critérios previstos nesta Portaria e a disponibilidade orçamentária, bem como providenciar o devido encaminhamento interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários. Caso seja publicada a portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar as equipes.

5.3.3 IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES (EMAD E EMAP)

Quanto ao SAD, este pode contar com uma Equipe Multiprofissional de Apoio denominada EMAP. Ele deve integrar a Rede de Atenção à Saúde e compor a Rede de Atenção às Urgências. Para implantá-lo, o município precisa apresentar os requisitos exigidos: ter porte populacional de 20 mil ou mais habitantes; estar coberto pelo SAMU, e possuir hospital de referência, requisitos preenchidos pelo município de Umuarama-PR.

Quanto à composição mínima das equipes de atenção domiciliar (EMAD). Esta depende da população municipal. A EMAD compreende o serviço de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social e técnicos de enfermagem. Como o município de Umuarama compreende mais de 100.000 habitantes e menos de 150.000 habitantes, é necessário apenas uma EMAD tipo 1. Todos os municípios com uma EMAD implantada poderão, ou não, implantar uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP) e sua composição será determinada segundo as necessidades locais. Essa deve apresentar uma composição mínima de três profissionais de nível

superior, dentre os seguintes: assistente social; fisioterapeuta; odontólogo; psicólogo; fonoaudiólogo; farmacêutico; nutricionista ou terapeuta ocupacional. Porém, se o município optar por não contar com uma EMAP, este deverá garantir a integralidade da atenção aos usuários por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou ambulatórios especializados.

5.3.4 INFRAESTRUTURA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Os elementos essenciais para a implantação e o funcionamento do SAD precisam ser identificados, tais como: a infraestrutura, os veículos de locomoção utilizados pelas equipes EMAD e EMAP bem como os pontos da rede de atenção à saúde e suporte social necessário. Vale informar que não há necessidade de construir uma sede para o serviço. Entre as várias possibilidades existentes está a utilização de espaços físicos das Unidades de Pronto Atendimento Municipais ou de edifícios da Secretaria Municipal de Saúde.

O espaço físico destinado para o SAD deverá compreender uma sala para coordenação e uma para reuniões e equipamentos de informação e comunicação (telefones e computadores com internet). Também é fundamental um local para acondicionamento de equipamentos e materiais/insumos para o atendimento domiciliar, porém, nem todos os insumos devem ficar necessariamente alocados na sede do SAD, eles poderão ser solicitados quando necessário e compartilhados com outros serviços do município.

5.3.5 ELABORAÇÃO DE PROCESSOS E FLUXOS

Ainda, segundo a mesma portaria acima abordada, é necessária a descrição da inserção do SAD na RAS, contendo informações como os serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para: admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar e de encaminhamentos para especialidades, veículos de transporte utilizados pelo programa e a infraestrutura que será destinada para o SAD, sua área física e a descrição do funcionamento do sistema.

5.3.6 CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENDIMENTO

Depois de formada, as equipes deverão ser cadastradas no SCNES em até três meses, a contar da data de publicação da sua portaria de habilitação, para que não perca a possibilidade de implantação do sistema no município.

A partir disso, deve-se pensar em estratégias de capacitação desses profissionais, portanto, um programa de treinamento deverá ser desenvolvido, como oficinas e seminários, para os cuidadores, profissionais das equipes de atenção domiciliar e todos os funcionários da rede de atenção à saúde que estejam direta ou indiretamente vinculados ao SAD.

5.3.7 DIVULGAÇÃO

Com o SAD preparado para entrar em funcionamento no município, contando com a infraestrutura necessária, com as equipes contratadas e com os insumos e equipamentos já disponibilizados, faz-se necessário utilizar uma estratégia de divulgação, pois é importante que a comunidade e a própria rede de serviços de saúde o reconheçam. Para divulgar o SAD no município, diversas estratégias podem ser utilizadas como, por exemplo, mídia impressa, mídia eletrônica, divulgação na imprensa e em eventos.

5.4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Para o monitoramento e avaliação do SAD no município, o serviço deverá determinar uma rotina de registros, estruturação e análise das informações produzidas com base em todas as ações em atenção domiciliar. Tais registros podem ser realizados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Dito isso, é fundamental que as informações sejam corretamente registradas nos sistemas de informação disponíveis, informações essas como, prontuários dos pacientes e planilhas de controle preenchidas pelas equipes de AD (1, 2 e 3), visto que, segundo a Portaria n.º 963, caso haja falha na alimentação do SIA, por meio do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) ou de outro que o substitua, por período superior a dois meses, isso implicará na suspensão do repasse financeiro pelo Ministério da Saúde.

Como o município de Umuarama conta com o sistema e-SUS, este deverá ser utilizado. O e-SUS é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar e integrar os vários sistemas de informação, a fim de permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. Ele é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB) e pela Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB). Seus instrumentos de coleta de dados integram os diversos sistemas de informação existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento como fichas ou sistemas.

O registro dessas informações, tanto na atenção domiciliar, quanto no restante da atenção básica, deve ser um instrumento norteador para a gestão do SAD, pois dispõe de um conjunto de informações que refletem diretamente na prática das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede de cuidado em AD, além de revelar questões indispensáveis quanto às necessidades do usuário e das equipes que a integram.

6. RESULTADOS ESPERADOS

O principal objetivo é que o município de Umuarama-PR aceite a proposta e implante o SAD, proporcionando a reorganização das redes de assistência do sistema de saúde no município, e ao usuário do SUS um serviço diferenciado de atendimento multiprofissional domiciliar para situações que podem ser resolvidas sem necessariamente a utilização de um sistema terciário de saúde, como os hospitais. Espera-se também a redução do tempo de internação e dos internamentos propriamente ditos, e conseqüentemente liberação de leitos, trazendo benefícios não apenas ao paciente como ao hospital e ao sistema público de saúde.

Por conseguinte, infere-se que com a implantação do SAD é possível contribuir na melhoria da qualidade de vida dos pacientes assistidos e proporcionar um cuidado continuado com os pacientes que receberam alta hospitalar. Ademais, é previsto a reorganização dos trabalhos das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica e também a capacitação de equipes multiprofissionais quanto às demandas necessárias diante do quadro clínico e demais aspectos ligados à saúde.

7. CRONOGRAMA

A partir do ano de 2023 e início de 2024, esse projeto de intervenção será apresentado a secretaria de saúde e iniciado os preparativos para a implantação do programa o mais breve possível, com o intuito de poder auxiliar essa população para a consequente melhora tanto do sistema público de saúde do município de Umuarama-PR, quanto da qualidade de vida desses pacientes.

O cronograma inicial para a implantação do projeto seguirá da seguinte forma:

Tabela 1 - Cronograma de atividades previstas para a estruturação, planejamento e implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Umuarama-PR.

ETAPA	PERÍODO	RESPONSÁVEIS
Apresentação do programa para a secretaria de saúde de Umuarama e a Prefeitura Municipal de Umuarama (PMU)	Janeiro (2023)	Acadêmicos autores do projeto
Elaboração, estruturação e discussão do projeto pela Prefeitura Municipal de Umuarama em relação às necessidade do município e região	Fevereiro - Abril	Prefeitura Municipal de Umuarama, Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama, preceptores do curso de Medicina da Unipar e acadêmicos autores do projeto
Habilitação junto ao Ministério da Saúde DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS)	Maio - Julho	Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama
Devolutiva do DAHU/SAS/MS - ato normativo de habilitação	Agosto - Setembro	DAHU/SAS/MS
Organização municipal, concurso público, estrutura física, aquisição de equipamentos, contratação de equipes	Outubro - Novembro	Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama

para formação do SAD		
Treinamento da Equipe e elaboração de Processos e Fluxos internos e externos	Dezembro (2023) - Janeiro (2024)	Equipes externas e internas
Divulgação do SAD por meio de mídia impressa, mídia digitais, imprensa e em eventos	Janeiro - Fevereiro (2024)	Secretaria de saúde do município de Umuarama e Serviço de Atenção Domiciliar
Busca ativa nas UBS de pacientes que podem se beneficiar com o projeto	Fevereiro - Março (2024)	UBS e SAD
Início do atendimento do SAD	Abril (2024)	SAD

Fonte: Brasil (2016b) modificada

A partir da implantação do serviço será necessário o estabelecimento de metas, que são parte fundamental para um planejamento estratégico para a concretização do projeto, justamente por servirem para nortear o caminho a ser percorrido, além de buscar aprimoramento com o passar do tempo. Essas metas deverão ser realizadas em comum consenso entre a coordenação médica da SAD e o município de Umuarama-PR de acordo com a demanda de pacientes que precisam desse cuidado continuado.

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

A AD tem por cerne, o planejamento estratégico que reduz drasticamente os custos e as complicações que decorrem das hospitalizações (DOS REIS *et al.*, 2021). O Programa Melhor em Casa, que faz parte do SAD, está implantado em 25 estados brasileiros, atendendo 26% da população, cerca de 34 mil pacientes por mês (FERREIRA *et al.*, 2018).

Trazendo uma visão do Paraná, apenas 8 cidades oferecem esse serviço em seu município: Cambé, Cascavel, Curitiba, Guarapuava, Londrina, Palotina, Paranavaí e Santa Terezinha de Itaipu (BRASIL, 2016a). Dentre as cidades citadas, devemos dar o devido destaque à Paranavaí, que de 2014 até 2018, realizou 1200 internamentos domiciliares. Apenas em 2017, 424 pacientes foram internados em domicílio, 40% que se encontravam em leitos de Unidade de Pronto Atendimento e 55% que foram admitidos na Atenção Básica.

É notório, que um programa como o SAD, reduz significativamente o número de leitos ocupados desnecessariamente, quando o projeto é implementado no município. Além da redução de leitos, há uma redução de custos, que vem como consequência de um serviço de qualidade. Um estudo que comprova isso traz a comparação de custos de paciente/dia que estão inseridos no SAD e pacientes que estão em leitos hospitalares. O custo médio paciente/dia no SAD foi de R\$28,26 enquanto que o custo médio paciente/dia de internação hospitalar, de R\$294,46 (DOS REIS *et al.*, 2021).

Quanto ao incentivo financeiro para o custeio e manutenção do SAD, no capítulo IV, da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde, é abordada a seguinte distribuição: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1; e R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP. Tal incentivo financeiro deverá ser repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.

Os recursos orçamentários objetos desta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - Atenção à Saúde da População em Média e Alta Complexidade - Melhor em Casa. Assim, o Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e

automática, aos fundos municipais e estaduais de saúde, conforme valores descritos acima.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Laurielle Souza; FRANCISCHETTI, Ieda. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 054-064, 2019.

BALONEKER, Rosimeire. **Microrganismos multirresistentes e a abordagem na Atenção Domiciliar**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Paranaense - UNIPAR, Cascavel, 2019.

BRASIL. **Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa**. 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf. Acesso em 25 out. 2022.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html. Acesso em: 14 ago. 2022.

DE LACERDA, Josimar Telino *et al.* **Implantação e gerenciamento do SAD**. 2015. Módulo 2 - Curso de Especialização em Atenção Domiciliar/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, 2015. Disponível em: https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-2_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

DOS REIS, Giliane Fabíola Martins *et al.* Análise de custos de um serviço de atenção domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 2021.

FINDELSTEIN, Beny José; JUNIOR, Laerte Honorato Borges. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. **J Bras Econ Saúde**, v. 12, n. 3, p. 273-80, 2020.

FERREIRA, Amanda Magaly *et al.* **Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar**. São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2018.

GABARDO, Jhony Marcelo Bogado *et al.* Internamento domiciliar via SUS no Brasil, o impacto do programa “Melhor em Casa”. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e36711629177-e36711629177, 2022.

GOVERNO DO PARANÁ. Secretaria de Saúde. **12ª Regional de Saúde - Umuarama - PR**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/12a-Regional-de-Saude-Umuarama>. Acesso em 08 nov. 2022.

IBGE, 2022. **Índice demográfico do município de Umuarama-PR**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/umuarama/panorama>. Acesso em: 26 out. 2022.

MAGALHÃES, Ana Paula *et al.* Percepções de familiares/cuidadores sobre internação domiciliar de pessoas com dependência de cuidado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

MORAES, Herventon Dias. **O impacto de um plano de assistência individual na internação domiciliar**. 2020. 66 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE Business School, Lisboa, 2020.

PRETO, Ana Claudia Marques. **Projeto de Intervenção para diminuição do número de atendimentos de urgência e emergência devido a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) 26 de Junho no município de Umuarama-PR**. 2016. 33 f. Monografia (Título de Especialista na Atenção Básica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1863-1877, 2020.

SILVA, Cecília Cividini Monteiro da *et al.* Perfil das famílias atendidas nas unidades básicas de saúde de Umuarama/PR, que fazem ou não o uso de plantas medicinais. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p: 289-298, 2019.

SILVA, Letícia Vieira da. **História da atenção domiciliar: revisão narrativa**. 2020. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás, Goiânia, 2020.

TOSTES, Carina de Souza Poubel *et al.* A INTERNAÇÃO DOMICILIAR GRATUITA DA PESSOA COM PARALISIA CEREBRAL COMO DIREITO DA PERSONALIDADE. **Revista Transformar**, v. 14, n. 1, p. 812-826, 2020.

UMUARAMA. Prefeitura Municipal de. **Secretaria de Saúde**. Atenção Primária, Média e Alta Complexidade. Disponível em: <https://www.umuarama.pr.gov.br/secretaria/saude>. Acesso em: 07 out. 2022.

WACHS, Louriele Soares *et al.* Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p.1-9, 2016.