

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

**Letícia Vieira da Silva**

**HISTÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO NARRATIVA**

**Goiânia, 2020.**

LETÍCIA VIEIRA DA SILVA

**HISTÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR: REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho elaborado no eixo ENF1113  
Trabalho de Conclusão de Curso -  
TCC do curso de Enfermagem da  
Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, como requisito para conclusão  
do curso.

Orientadora: Enf<sup>a</sup>. Me. Laidilce Teles  
Zatta

Goiânia, 2020.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pela vida, saúde, pela oportunidade de ingressar na universidade, por não me deixar desistir.

À minha família, pelo carinho, apoio e incentivo em todos os aspectos.

Aos colegas que fizeram se presente no momento de maior dificuldade.

À coordenadora do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás Vanusa Claudete, que foi extremamente importante ao meu retorno para universidade, me deu apoio em todos os aspectos.

Aos mestres por ter compartilhado seu conhecimento com excelência durante toda a graduação.

À minha orientadora Laidilce, que foi uma benção em minha vida, que dedicou seu tempo para estar me acompanhando na reta final dessa nova jornada que se inicia.

## Resumo

No Brasil, a primeira experiência de cuidado profissional no domicílio de que se tem notícia data de 1949, realizada pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. A partir de então, observou-se a expansão dos Serviços de Assistência Domiciliar (AD) no Brasil, especialmente da década de 1990 em diante. Essa expansão esteve associada, sobretudo, ao aumento da demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônicas degenerativas, e concentrou-se na iniciativa privada e nos grandes centros urbanos (BRAGA, 2015). Frente ao exposto levanta-se a seguinte problemática: como foi a história da Atenção Domiciliar no mundo e no Brasil? Assim, buscar-se-á os principais dados a respeito do problema para identificar a importância de conhecer o histórico da AD e o cenário atual, reforçando que divulgar é fortalecer o serviço. Tem-se como objetivo: Identificar na literatura o que tem sido produzido acerca da história da Atenção Domiciliar (SAD) no mundo e no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Em 1965 a AD foi introduzida no Reino Unido, na Alemanha e Suécia em meados dos anos setenta. Na Europa os cuidados eram prestados por familiares, voluntários e pessoas da igreja, sendo assim o estado europeu só se envolveu com tal assistência a partir do século XIX (OMS, 2008). Na América Latina existem inúmeros programas de AD, caracterizados por diferentes vinculações ao sistema de saúde, no entanto com poucas políticas voltadas para a assistência domiciliar de caráter federal (SEIXAS et al., 2014). Nos países europeus, a AD está entre a atenção à saúde e o sistema de assistência social, sendo voltado para pessoas idosas, com doenças complexas, pacientes terminais, e destinado a dar apoio em atividades cotidianas, suporte moral e psicológico (WHO, 2008). 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 definia requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Outro marco legislativo importante foi a sanção pelo Ministério da Saúde (2002), da Lei nº 10.424 que acrescentava à Lei Federal nº 8.080/90, o atendimento e a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016/GM/MS que normatiza o funcionamento do SAD no SUS, a qual considera a AD como uma modalidade de atenção à saúde

integrada as Redes de Atenção à Saúde (RAS), priorizando ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, com uma continuidade da assistência, em domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O MS em 2016, atualiza as equipes habilitadas, descrevendo a necessidade de cuidados da equipe multiprofissional aos pacientes assistidos, organizando -a em três modalidades: Modalidade 1 destinada a usuários que necessitam de atendimento com menor frequência e suas ações devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); a modalidade 2 destina-se aos usuários que possuem afecções de caráter agudo ou crônico, devendo -se evitar e postergar futuras internações; a modalidade 3 destina-se a usuários de alta complexidade e maior período de acompanhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Verificou -se que AD juntamente com o Programa Mais em Casa tem se destacado, desenvolvendo um importante papel no caráter substitutivo e complementar à atenção hospitalar e a rede urgência e emergência, possibilitando que internações sejam evitadas nas Unidades de Pronto Atendimento quanto em hospitais de grande porte. Verificou-se ainda que as redes de Atenção Básica têm um papel primordial na AD, onde se torna responsáveis pelo cuidado ao usuário de forma qualificada e resolutiva. Além disso, o presente estudo trouxe toda base histórica do programa e suas definições.

## **Sumário**

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>8</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>9</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	119
3.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	9
3.3 COLETA DE DADOS.....	9
3.4 ANÁLISE DE DADOS.....	9
<b>4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>120</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>175</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a primeira experiência de cuidado profissional no domicílio de que se tem notícia data de 1949, realizada pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. A partir de então, observou-se a expansão dos Serviços de Assistência Domiciliar (AD) no Brasil, especialmente da década de 1990 em diante. Essa expansão esteve associada, sobretudo, ao aumento da demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônicas degenerativas, e concentrou-se na iniciativa privada e nos grandes centros urbanos (BRAGA, 2015).

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 definia requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Outro marco legislativo importante foi a sanção pelo Ministério da Saúde (2002), da Lei nº 10.424 que acrescentava à Lei Federal nº 8.080/90, o atendimento e a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Registra-se, então, o incremento das discussões acerca de uma política e de um programa específicos que incorporem e regulamentem o cuidado no domicílio no contexto do SUS, procurando definir e delimitar suas diferentes modalidades, definir mecanismos específicos para garantir a regulação e o financiamento da AD no âmbito do SUS, entre outros. Esse esforço culminou na publicação de uma série de portarias no período de 2006 a 2013 e no lançamento do Programa Melhor em Casa que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS em 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SENA, 2015).

Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 2.527/GM/MS. Em julho de 2012, através da Portaria Ministerial nº 1533/GM/MS, é alterado e acrescido dispositivos à Portaria nº

2.527/GM/MS. Em maio de 2013, através da Portaria nº 963/GM/MS é, novamente, redefinida a AD no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; 2012; 2013).

Atualmente, a Portaria que normatiza o funcionamento do SAD no SUS, é a Portaria nº 825/2016/GM/MS, a qual considera a AD como uma modalidade de atenção à saúde integrada as Redes de Atenção à Saúde (RAS), priorizando ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, com uma continuidade da assistência, em domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é considerado complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, sendo executado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Cada EMAD é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e/ou fisioterapeutas e, cada EMAP pode ser composta por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e/ou assistentes sociais, sendo necessário, no mínimo, três dos profissionais acima listados em casa EMAP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Atenção Domiciliar consiste em uma modalidade de atenção à saúde favorável à concretização de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar, em expansão no Brasil e no mundo. Trata-se de uma alternativa à internação hospitalar, que diminui tanto a demanda por esta como sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente de assistência à saúde. Sobretudo, tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário (BRAGA, 2017).

A AD possibilita a desinstitucionalização, 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 SUS, em especial, acesso, acolhimento e humanização. Além disso, pode ser realizada pela própria equipe da Estratégia Saúde da família, na modalidade um (VALLE, 2015).

É preciso considerar que a Atenção Domiciliar é 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 e conhecimento técnico e científico próprios do campo. Dessa forma, compreende-se que o trabalho na AD apresenta diversidade de ações e complexidade específicas que demandam experiência profissional e busca de qualificação para a atuação no domicílio (ANDRADE, 2017).

Estudos revelam que a centralidade do trabalho dos enfermeiros na atenção domiciliar reside na gestão dos serviços ou na assistência direta, no entanto, há fortes evidências de que a formação acadêmica de enfermeiros no Brasil não contempla as exigências para o trabalho na AD, pois prevalece o modelo de ensino curativo, centrado na doença e não no sujeito, com predomínio de ações voltadas para o âmbito hospitalar. Identifica-se que o cenário de formação do bacharel em enfermagem na atualidade pouco abarca as concepções, as singularidades e o perfil necessário para atuação no cuidado domiciliar (ANDRADE, 2017).

Frente ao exposto levanta-se a seguinte problemática: como foi a história da Atenção Domiciliar no mundo e no Brasil? Assim, buscar-se-á os principais dados a respeito do problema para identificar a importância de conhecer o histórico da AD e o cenário atual, reforçando que divulgar é fortalecer o serviço.

## **2.OBJETIVO**

Identificar na literatura o que tem sido produzido acerca da história da Atenção Domiciliar (SAD) no mundo e no Brasil.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma revisão narrativa.

#### **3.2 Aspectos Éticos**

Por tratar-se de uma pesquisa do tipo revisão narrativa, não se faz necessário apreciação ética.

#### **3.3 Coleta de Dados**

Os dados foram coletados em periódicos, manuais, livros e sites que abordavam sobre a temática narrada.

#### **3.4 Análise de Dados**

Os dados coletados foram analisados e categorizados por similaridade de conteúdo.

#### 4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Imhotep médico que era responsável pelos cuidados domiciliares e hospitalares a terceira Dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital sendo responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, o médico Asklépios realizava os atendimentos no domicílio enquanto seus seguidores atendiam nos templos, onde dispunham de medicamentos e materiais, onde esses locais eram considerados a primitiva estrutura hospitalar. Hipócrates descreve em seu ‘Tratado sobre os ares, as águas e os lugares’ a eficiência do atendimento em domicílio, sendo que o mesmo propiciava êxito no cuidado (AMARAL *et al.*, 2001).

Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia Samuel Hanneman passou a visitar os enfermos onde ele acreditava que o médico tinha o dever de lutar contra a enfermidade independentemente do local onde se travava essa luta, ele permanecia juntos aos leitos de seus doentes, no domicílio, o tempo que fosse necessário (AMARAL *et al.*, 2001).

Em 1850, foi criado o programa *Public Health Nurse* com o intuito de promover ações em domicílio, sob liderança de Lillian Wald, nos Estados Unidos em 1947 surgiu a assistência domiciliar no Hospital Montifiore devido à falta de leitos na unidade, com o intuito de proporcionar maior conforto para os pacientes (CUNHA *et al.*, 2001; NETO, 2016).

Em 1950, ocorreu a diminuição dos casos de doenças contagiosas, dando mais foco nas doenças crônicas, onde foi criado um modelo de Assistência Domiciliar com objetivo de dar cobertura onde as seguradoras estavam despreparadas para financiar (AMARAL *et al.*, 2016).

Na Europa teve início em 1951, no Hospital Tennon em Paris, em 1957 na mesma cidade foi criado o Santé Service que era uma organização não governamental e sem fins lucrativos, que prestava assistência para os pacientes crônicos e terminais em seu domicílio (COTTA *et al.*, 2001; RAMALHO *et al.*, 2002).

Em 1965 a AD foi introduzida no Reino Unido, na Alemanha e Suécia em meados dos anos setenta. Na Europa os cuidados eram prestados por familiares, voluntários e pessoas da

igreja, sendo assim o estado europeu só se envolveu com tal assistência a partir do século XIX (OMS, 2008).

No século XX, os hospitais passaram a ser modelo no cuidado domiciliar de pessoas idosas e crianças com deficiência e transtorno mental. No Canadá os serviços de assistência domiciliar tiveram início a partir dos anos sessenta para pacientes cirúrgicos, possibilitando uma alta precoce. Em 1987 em Montreal, o Projeto Piloto foi criado com o intuito de administrar antibióticos parenterais em paciente agudos em suas residências (OMS, 2008; COTTA *et al.*, 2001).

Mais tarde em 1976, a forma organizada de cuidados da Assistência Domiciliar à Saúde tem como primeira referência o Dispensário de Boston, hoje referenciado como *New England Medical Center* (Centro Médico da Nova Inglaterra) (AMARAL *et al.*, 2001).

Baseado nos seus vinte anos de prática e visitas domiciliares de enfermagem, Lilian Wald acreditava que a doença era um conjunto de aspecto socioeconômico, seu pioneirismo possibilitou mudanças na história, descrevendo os contornos da Assistência Domiciliar à Saúde, promovendo reforma progressiva nos EUA (AMARAL *et al.*, 2001).

Esse sistema de cuidados foi idealizado por Lilian Wald, onde mais tarde passou a ser financiado pela *Medicare* e *Medicaid* (seguradora de Saúde dos EUA) mantendo sua primeira característica sendo a mobilização comunitária com objetivo de facilitar e diminuir a necessidade de assistência profissional para atingir as metas da assistência domiciliar (AMARAL *et al.*, 2001).

Na América Latina existem inúmeros programas de AD, caracterizados por diferentes vinculações ao sistema de saúde, no entanto com poucas políticas voltadas para a assistência domiciliar de caráter federal (SEIXAS *et al.*, 2014).

Nos países europeus, a AD está entre a atenção à saúde e o sistema de assistência social, sendo voltado para pessoas idosas, com doenças complexas, pacientes terminais, e destinado a dar apoio em atividades cotidianas, suporte moral e psicológico (WHO, 2008).

Na Dinamarca, Finlândia e Suécia a responsabilidade da garantia em AD é dos municípios, enquanto na Bélgica, França, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido a AD é parte do

sistema de assistência à saúde, e o componente social é do sistema da assistência social (WHO, 2008).

A primeira experiência de cuidado profissional no domicílio no Brasil que se tem notícia data de 1949, realizada pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. A partir de então, observou-se a expansão dos Serviços de Assistência Domiciliar (AD) no Brasil, especialmente da década de 1990 em diante. Essa expansão esteve associada, sobretudo, ao aumento da demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônicas degenerativas, e concentrou-se na iniciativa privada e nos grandes centros urbanos (BRAGA, 2015).

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 definia requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Outro marco legislativo importante foi a sanção pelo Ministério da Saúde (2002), da Lei nº 10.424 que acrescentava à Lei Federal nº 8.080/90, o atendimento e a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim fica registrado o incremento das discussões acerca de uma política e de um programa específicos que incorporem e regulamentem o cuidado no domicílio no contexto do SUS, procurando definir e delimitar suas diferentes modalidades, definir mecanismos específicos para garantir a regulação e o financiamento da AD no âmbito do SUS, entre outros. Esse esforço culminou na publicação de uma série de portarias no período de 2006 a 2013 e no lançamento do Programa Melhor em Casa que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS em 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SENA, 2015).

Em outubro de 2011, o Ministério da Saúde redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 2.527/GM/MS. Em julho de 2012, através da Portaria Ministerial nº 1533/GM/MS, é alterado e acrescido dispositivos à Portaria nº

2.527/GM/MS. Em maio de 2013, através da Portaria nº 963/GM/MS é, novamente, redefinida a AD no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; 2012; 2013).

Atualmente, a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016/GM/MS que normatiza o funcionamento do SAD no SUS, a qual considera a AD como uma modalidade de atenção à saúde integrada as Redes de Atenção à Saúde (RAS), priorizando ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, com uma continuidade da assistência, em domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O MS em 2016, atualiza as equipes habilitadas, descrevendo a necessidade de cuidados da equipe multiprofissional aos pacientes assistidos, organizando -a em três modalidades: Modalidade 1 destinada a usuários que necessitam de atendimento com menor frequência e suas ações devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); a modalidade 2 destina-se aos usuários que possuem afecções de caráter agudo ou crônico, devendo -se evitar e postergar futuras internações; a modalidade 3 destina-se a usuários de alta complexidade e maior período de acompanhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é considerado complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, sendo executado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e/ou fisioterapeutas; e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) composta por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e/ou assistentes sociais, sendo necessário, no mínimo, três dos profissionais acima listados em casa EMAP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde favorável à concretização de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar, em expansão no Brasil e no mundo. Trata-se de uma alternativa à internação hospitalar, que diminui tanto a demanda por esta como sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente de assistência à saúde. Sobretudo, tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário (BRAGA, 2017).

A AD possibilita a desinstitucionalização, evitando hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do SUS, em especial, acesso, acolhimento e humanização. Além disso, pode ser realizada pela própria equipe da Estratégia Saúde da família, na modalidade um (VALLE, 2015).

Esse modelo de assistência é uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional qualificada, pois reconhece que este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas, ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico próprios do campo. Dessa forma, compreende-se que o trabalho na AD apresenta diversidade de ações e complexidade específicas que demandam experiência profissional e busca de qualificação para a atuação no domicílio (ANDRADE, 2017).

A centralidade do trabalho dos enfermeiros na atenção domiciliar reside na gestão dos serviços ou na assistência direta, no entanto, há fortes evidências de que a formação acadêmica de enfermeiros no Brasil não contempla as exigências para o trabalho na AD, pois prevalece o modelo de ensino curativo, centrado na doença e não no sujeito, com predomínio de ações voltadas para o âmbito hospitalar. Identifica-se que o cenário de formação do bacharel em enfermagem na atualidade pouco abarca as concepções, as singularidades e o perfil necessário para atuação no cuidado domiciliar (ANDRADE, 2017).

## 5. CONCLUSÃO

Verificou -se que AD juntamente com o Programa Mais em Casa tem se destacado, desenvolvendo um importante papel no caráter substitutivo e complementar à atenção hospitalar e a rede urgência e emergência, possibilitando que internações sejam evitadas nas Unidades de Pronto Atendimento quanto em hospitais de grande porte.

Verificou-se ainda que as redes de Atenção Básica têm um papel primordial na AD, onde se torna responsáveis pelo cuidado ao usuário de forma qualificada e resolutiva. Além disso, o presente estudo trouxe toda base histórica do programa e suas definições.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA MAB; GUTIERREZ GL; MARQUES R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. Escola de Artes e Humanidades – EACH/USP, São Paulo, 2012. Acesso em: 10 out 2018.

AMARAL NN. Assistência Domiciliar à Saúde ( *Home Health Care*): sua história e sua relevância para o Sistema de Saúde Atual . Revista Neurociências 9 (3):111-117, 2001.

ALVES LV; ACIOLI S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. [Rev. Enfermagem. UERJ](#); 19(3): 403-409, jul. -set. 2011. *ilus.* Acesso em: 04 out 2018.

Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enfermagem [Internet]. 2017; 70(1):199-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>. Acesso em: 20 set 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Diário Oficial da União, Seção 1. p. 35, 26 abr 2016. Acesso em: 05 set 2018.

[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.](#)

Diário Oficial da União, Brasília, DF Seção 1. p. 35, 26 abr. 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>.

Acesso em: 02 nov 2018.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)> Acesso em: 02 nov 2018.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. LEI Nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [file:///C:/Users/adalb/Downloads/PDF\\_10424\\_F60DF40B-C182-D267-1F69303E991E1EFE.pdf](file:///C:/Users/adalb/Downloads/PDF_10424_F60DF40B-C182-D267-1F69303E991E1EFE.pdf) Acesso em: 02 nov 2018.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, ([Revogado pela PRT GM/MS nº 963 de 27.05.2013](#)). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html). Acesso em: 03 nov 2018.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.533, de 17 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/2011, que redefine a atenção domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://www.coad.com.br/busca/detalhe\\_1028/6222/Atos\\_Legais](http://www.coad.com.br/busca/detalhe_1028/6222/Atos_Legais). Acesso em: 03 nov 2018

FERIGOLLO JP; FEDOSSE E; FILHA VAVS. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 497-507, 2016. Acesso em: 10 out 2018.

GUERRA HS. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho de cuidadores do serviço de atenção domiciliar de Goiânia – Goiás. Universidade Federal de Goiás, pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação, núcleo de estudos em saúde coletiva, programa de pós-graduação em saúde coletiva, 2013. Acesso em: 01 nov 2018.

MELLO AL; BACKES DS; BEM LW. Protagonismo o enfermeiro em serviços de assistência domiciliar-Home Care. Enfermagem Foco 2016; 7 (1): 66-70. Acesso em: 14 set 2018.

MENDES KDS; SILVEIRA RCCP; GALVAO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec.2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 02 out 2018.

NETO AVO. Análise do Programa Melhor em Casa: Um Olhar sobre a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília ,DF, 2016. Acessado em 25/11/2020.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca: OMS; 2010

SEIXAS CT, SOUZA CG, SILVA KL, SENA RR. Experiências de Atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção

domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p.: il. – (Série Técnica NavegadorSUS, n. 9).

World Health Organization (WHO). Home care in Europe: the solid facts. Copenhagen, CPH; 2008.

## ANEXO 1



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
 PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO  
 INSTITUCIONAL  
 Av. Universitária, 1069 | Setor Universitário  
 Caixa Postal 86 | CEP 74605-010  
 Goiânia | Goiás | Brasil  
 Fone: (62) 3946.3081 ou 3089 | Fax: (62) 3946.3080  
 www.pucgoias.edu.br | prodir@pucgoias.edu.br

## RESOLUÇÃO n°038/2020 – CEPE

### ANEXO I

#### APÊNDICE ao TCC

Termo de autorização de publicação de produção acadêmica

O(A) estudante Letícia Vieira da Silva  
 do Curso de Empreendedorismo, matrícula 20142002401585,  
 telefone: (62)99185-0749 e-mail leticia.vds@gmail.com, na  
 qualidade de titular dos direitos autorais, em consonância com a Lei n° 9.610/98 (Lei dos  
 Direitos do autor), autoriza a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) a  
 disponibilizar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado  
Serviço de Atuação Doméstica (SAD): Rotação  
Narrativa

gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, por 5 (cinco) anos, conforme  
 permissões do documento, em meio eletrônico, na rede mundial de computadores, no formato  
 especificado (Texto (PDF); Imagem (GIF ou JPEG); Som (WAVE, MPEG, AIFF, SND);  
 Vídeo (MPEG, MWV, AVI, QT); outros, específicos da área; para fins de leitura e/ou  
 impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada nos cursos de  
 graduação da PUC Goiás.

Goiânia, 11 de dezembro de 2020.

Assinatura do(s) autor(es): Letícia Vieira da Silva

Nome completo do autor: Letícia Vieira da Silva

Assinatura do professor-orientador: [Assinatura]

Nome completo do professor-orientador: Leidice Alves Zatta

