



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

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

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

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

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

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

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

RESUMEN

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

RESUMO

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

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surgió del interés en conocer el programa de Atención Domiciliaria (PAD), que atiende ancianos después de haber tenido alta hospitalaria precoz y se desarrolló en un hospital de la red pública del estado de Rio de Janeiro/Brasil. Dos preocupaciones motivaron este estudio: el envejecimiento de la población brasileña y las nuevas demandas para los servicios de salud por este grupo de la población lo que ha generado aumentos en los costos de los programas sociales y de salud.

Esta investigación es una contribución para el debate sobre el PAD, que representa una estrategia que tiene como base la regionalización y la planeación estratégica, que fue propuesto en Brasil a través de la Norma Operacional de la Asistencia a la Salud (NOAS - SUS 01/02)¹ y que incorpora elementos del enfoque situacional, lo que propicia la construcción de una lógica de atención, con énfasis en la promoción de la salud. Estudiamos aquí las circunstancias que llevaron a la implantación del PAD en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) en el estado do Río de Janeiro, específicamente en el Hospital Estatal Adão Pereira Nunes (HEAPN) en el año de 2003. Los objetivos fueron: identificar las circunstancias de la creación del programa en los ámbitos federal y estadual; describir las atribuciones de los profesionales que componen el PAD y discutir las implicaciones de esta modalidad asistencial para el servicio de Enfermería del HEAPN.

El trabajo se divide en dos partes: En la primera parte abordamos el “estado del arte” del SUS, dejando claros los marcos teóricos adoptados para fundamentar la implantación del PAD, como una estrategia de inclusión de los ancianos en la política de salud. En la segunda parte presentamos los datos y el análisis de los resultados y a título de conclusión, llamamos la atención sobre que la utilización de esta estrategia debe ser un acuerdo entre

las secretarías de salud estatales, municipales y de la familia, sin sobrecargar el núcleo familiar con aspectos de la promoción de la salud de los ancianos, que son de responsabilidad exclusiva del poder público.

MATERIAL Y MÉTODO

Para comprender la estructuración del PAD se optó por hacer un estudio descriptivo del tipo estudio de caso. La investigación descriptiva pretende explicar con exactitud los hechos y fenómenos de la realidad y el estudio de caso tiene como objetivo profundizar la descripción de la realidad, posibilitando el alcance de los objetivos y la formulación de hipótesis que puedan dar origen a nuevas investigaciones.²

La elección del HEAPN como referencia para el estudio ocurrió a través de la articulación de las actividades extracurriculares de la investigadora con el asunto a ser investigado, en la tentativa de elucidar cómo funciona esta estrategia de acción en salud a nivel local y dar subsidio para la discusión sobre las acciones de salud, que efectivamente fomenten una mejor calidad de vida para los usuarios del sistema público de salud.

La colecta de los datos fue realizada por medio de una entrevista semi estructurada y las preguntas fueron dirigidas a la enfermera del PAD del HEAPN que participa del programa desde su implantación en la unidad. No descartamos algunos posibles fallos de memoria de la entrevistada, toda vez que el programa fue implantado en el año de 2003 y algunas informaciones pueden haber sido olvidadas.

El sujeto de esta investigación está amparado jurídicamente por la Resolución N° 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que determina las directrices éticas que deben ser observadas en la investigación con seres humanos³. Importa destacar que inclusive fue solicitada una declaración escrita y firmada por la entrevistada sobre su voluntad de participar de la investigación. De la misma forma, la dirección del hospital aquí referido, recibió una copia del proyecto de investigación y autorizó la participación del profesional entrevistado.

Al analizar los datos, las ideas centrales fueron identificadas y registradas y del agrupamiento de estas ideas surgieron las categorías empíricas.

El SUS que tenemos. Un breve análisis de la Política de Salud Brasileña

El proceso de construcción del Sistema Único de Salud (SUS) reglamentado por la Constitución Brasileña de 1988, fue fundamentado en los principios de universalización, integridad, descentralización y participación de la comunidad y viene siendo gradualmente implantado en todo el territorio nacional, a pesar de las desigualdades regionales y de las divergencias políticas que dificultan la operatividad y por lo tanto un mayor impacto de las acciones de salud.

La implantación del SUS tuvo como principal justificativa la necesidad de mejorar la oferta de los servicios e indicadores de salud y las condiciones de acceso, contribuyendo de esta forma a la mejoría de la calidad de vida de la población brasileña⁴.

Actualmente debido al aumento de la expectativa de vida de la población brasileña, surge en el país la inquietud con la atención a la salud de los ancianos y la necesidad de estructurar servicios y programas de salud que tengan la capacidad de responder a las demandas de los ancianos.

Corresponde al Estado promulgar las normas generales sobre las cuales deben ser

perfeccionadas, particularizadas, explicitadas de acuerdo con su realidad, sus necesidades y aspiraciones de cada región⁵ en un intento de proveer las necesidades de la población, mejorando su acceso a los servicios de salud y apuntando soluciones para los problemas locales.

Nuestro punto de partida para entender la formulación de una determinada política de salud y la implementación de las prácticas en el sector de la salud, tiene como base la Ley Fiscal N° 10.424 aprobada en abril de 2002 por el Ministerio de la Salud⁶, que da origen al capítulo y artículo de la Ley N° 8.080, de 19 de septiembre de 1990, donde se reglamenta la asistencia domiciliaria en el Sistema Único de Salud y el decreto N° 1395/GM - Política Nacional de la Salud de los Ancianos- PNSI de 10 de diciembre de 1999⁷.

Brasil es un país que envejece muy rápidamente. En el inicio de siglo XX el brasileño vivía una media de 33 años; actualmente la expectativa de vida tiene como media 68 años. Hoy la población de los ancianos excede los 15 millones de brasileños dentro de una población total de aproximadamente 180 millones de habitantes⁸.

Existe actualmente la orientación de que los sistemas de salud se integren con los servicios de asistencia social y con otras políticas públicas, lo que se ha denominado **Sistema Integrado de Servicios de Salud** y podemos conceptuarlo como una reforma microeconómica del sistema de servicios de salud, que presta una asistencia continua a una determinada población⁹.

En este contexto de reorientación del sistema de salud llama la atención la red hospitalaria, que de acuerdo con la literatura consultada, apunta a la no hospitalización, lo que prevé una reducción del número de camas hospitalarias y consolida la idea de que una persona no debe permanecer en el hospital, a partir del momento en que no puede beneficiarse más de sus servicios⁹.

Una nueva estrategia de inclusión de los ancianos en la Política de Salud.

La Política Nacional de Salud de los Ancianos identifica que el principal problema de la persona anciana afectada por una patología es la pérdida de su capacidad funcional, lo que trae una serie de problemas para el anciano y su familia. En el contexto actual se entiende que la prestación de servicios para los ancianos debe tener como base un diagnóstico epidemiológico que posibilite la planificación adecuada a la realidad socioeconómica de cada región, con un enfoque multidisciplinar y multisectorial. Preconiza también que las acciones de salud para los ancianos deben objetivar mantenerlo en la comunidad junto a su familia y de modo digno¹⁰.

Para la población anciana, la hospitalización es considerada de alto riesgo, en la medida en que por lo general está seguida de una reducción de su capacidad funcional y alteraciones muchas veces irreversibles en su calidad de vida.

A pesar de los cambios que están ocurriendo en el sector salud, aún prevalece el modelo asistencial, la práctica médica con abordaje reducidamente biológica y hospitalaria, priorizándose la utilización en amplia escala de recursos tecnológicos con baja resolución y elevados costos.

Desde el punto de vista económico y de acuerdo con la experiencia internacional, la atención hospitalaria es responsable de cerca del 50% de los gastos del sistema y de servicios de salud. [...] Es por eso que existe hoy una tendencia a la reducción significativa del número de camas. [...] Y el resultado final es la transformación del hospital en un lugar exclusivo para casos agudos, dejando los casos no agudos para otros puntos de atención a

la salud extrahospitalarios⁹.

De acuerdo con el gestor de salud, la atención domiciliaria surge como una estrategia de alta precoz, planeada con el objetivo de racionalizar el uso de las camas hospitalarias.

El concepto de asistencia domiciliaria de la salud más difundido entre los profesionales de salud en general, es el tratamiento en la casa del enfermo, razón por la cual el paciente tiene su alta abreviada¹¹.

Conviene resaltar que la atención domiciliaria representa una estrategia de atención a la salud que engloba mucho más que la simple provisión de un tratamiento estandarizado. Es un método que enfatiza la autonomía del paciente y se esfuerza en aumentar sus habilidades funcionales dentro de su propio ambiente.

El programa de Atención Domiciliaria está siendo desarrollado por la Secretaría Estadual de Salud del estado del Rio de Janeiro (SES/RJ), como una estrategia de continuidad del tratamiento en el domicilio del paciente y se respalda jurídicamente en el decreto SES N° 2314 que decide la creación del Núcleo Hospitalario de Geriatria/NUHG, como proyecto piloto, en los Hospitales Estaduales Getulio Vargas, Albert Schweitzer, Pedro II, debiendo ser posteriormente ampliado para toda la red¹².

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos primarios permitió reconocer el domicilio como un local adecuado para el tratamiento extrahospitalario de los pacientes ancianos que están estabilizados, porque tiene como objetivo la mejoría de la calidad de vida de los usuarios; la humanización de la atención realizada por una equipo interdisciplinar, disminuyendo el índice de infección hospitalaria; el tiempo de ingreso y reingreso y consecuentemente disminuyendo los costos, además de aumentar la rotatividad de la cama hospitalaria y la productividad. Todos estos aspectos refuerzan el propósito del PNSI cual es la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento, por el máximo tiempo posible, de la capacidad funcional de los ancianos. Resaltar que esta modalidad de asistencia no exonera al Estado de su papel fundamental en la promoción, protección y recuperación de la salud en los tres niveles de gestión del SUS.

La inserción de la enfermera en el PAD ocurrió a través de la articulación entre una universidad privada, la secretaria estadual de salud y la dirección del HEAPN, que deseaba implantar el PAD en su unidad debido al gran número de ingresos de ancianos enfermos, lo que le traía aumento de los costos hospitalarios y bajo impacto.

La SES/RJ siguiendo la tendencia mundial adoptó el alta precoz y la reorganización de la estructura de los servicios de salud, como una reforma microeconómica que integra asistencia continúa a un grupo determinado de la población, poniendo en práctica el concepto de regionalización y fortaleciendo el papel de la SES/RJ, en el sentido de asumir el ordenamiento del proceso de regionalización de la asistencia dentro del estado.

No obstante es lamentable la ausencia de la Secretaría Municipal de Salud (SMS/RJ) que no participó del proceso, lo que demuestra fragmentación del sistema al formarse puntos aislados de atención a la salud sin comunicarse entre ellos, lo que los hace incapaces de prestar una atención continua y de responsabilizarse por la población de su área de influencia, lo que resulta en pérdida de la calidad e insatisfacción del usuario.

Otra ausencia notoria fue la del Consejo Municipal de Salud que representa a la comunidad local y que no fue consultado sobre esta nueva estrategia que tiene la familia

como núcleo central para el desarrollo de las actividades que buscan mejorar la capacidad funcional de los ancianos.

Esta propuesta de reestructuración del sistema de salud tiene tres dimensiones políticas de la salud: la protección social, el poder político y el mercado, siendo que en el momento de articulación para la implantación del PAD, la dimensión primera fue la salud como poder político, lo que dificulta el desarrollo de cualquier proyecto que priorice el ser humano en su dimensión social y posterga la implementación del SUS que queremos: el Poder Público defendiendo los intereses de la comunidad.

Las Atribuciones de la enfermera en el PAD son:

- Responder a las solicitudes hechas por el médico del HEAPN por escrito;
- Evaluar la inserción del paciente en el PAD a través de criterios establecidos;
- Realizar la primera consulta en el domicilio del paciente junto con la asistente social;
- Realizar consulta de Enfermería en el domicilio del paciente cada 15 días;
- Ofrecer cuidados de Enfermería tales como: instalación y sustitución de las sondas nasogástricas y vesicales, curas, colecta de material para exámenes de laboratorio;
- Evaluar las condiciones de higiene y seguridad del domicilio del paciente;
- Orientar a las personas que van a cuidar del paciente en casa sobre los horarios de los medicamentos, cambio de curas, lavado de la sonda nasogástrica, cambios de posición, higiene corporal y cómo proceder en caso de emergencia, cuando el paciente deba ser remitido al HEAPN.

Atribuciones de la Asistente Social:

- Evaluar la estructura familiar del paciente;
- Realizar la primera visita domiciliaria junto con la enfermera para identificar las necesidades sociales de la familia y de la persona que va a cuidar del paciente;
- Evaluar junto con el equipo de profesionales el tratamiento del paciente.

Atribuciones del médico

- Evaluar el tratamiento del paciente junto con los demás miembros del equipo que cuida de él;
- Realizar consultas mensuales, prescribir medicaciones y solicitar exámenes.

Atribuciones del Fisioterapeuta y Fonoaudiólogo:

- Rehabilitar a los pacientes buscando mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida.

Atribuciones del Psicólogo:

- Dar soporte psicológico al paciente y su cuidador;

- Realizar encuentros quincenales en el HEAPN con el cuidador. En este espacio el cuidador puede conversar sobre el tratamiento dispensado a su familiar, aclarar las dudas, expresar el desgaste físico y emocional debido a su condición de cuidador del enfermo crónico.

Los desafíos a los que debe enfrentarse el enfermero en esta modalidad asistencial son muchos, he aquí algunos:

- **Relación interpersonal:** Trabajar en un equipo multiprofesional poniendo en práctica la relación interpersonal, en la tentativa de disminuir las tensiones entre los aspectos objetivos y subjetivos, para que el cuidado del paciente no se pierda en batallas internas de poder.
- **Dimensión política del trabajo:** Vencer la barrera de “quien sabe es el médico” dentro del equipo de profesionales y con los familiares del enfermo. Este nuevo modelo asistencial necesita de un profesional crítico (enfermero) con competencia técnica y que también pueda reconocer la dimensión política del trabajo en el sector salud y las dimensiones socias de los enfermos que asiste.
- **Promoción de la salud:** Convencer a la familia de que el mejor lugar para atender al paciente es su propia casa, explicando que el ingreso de los ancianos en los servicios de salud por largos periodos de tiempo, representa un modelo excluyente que causa, en la mayoría de las veces, perjuicios a la capacidad funcional de los ancianos. El enfermero debe tener argumentos suficientes para explicar a los familiares que este paciente tendrá atención especializada en su domicilio, sin necesidad del soporte tecnológico que existe en el hospital. Pueden entonces ser utilizadas otro tipo de tecnologías y otros saberes estructurados que operan el proceso de trabajo, tales como el conocimiento de la epidemiología, el taylorismo, la comunicación social y otros¹³.
- **Reconocimiento social:** Los cuidadores no reconocen el trabajo del enfermero y generalmente lo que valoran es la consulta médica; sin embargo cuando el médico confirma el diagnóstico de enfermería y aprueba la conducta adoptada por este profesional, los cuidadores y el paciente comienzan a tener otra visión sobre el trabajo del enfermero, respetando y siguiendo sus orientaciones. Por lo tanto, la asistencia médica y el conjunto de servicios de salud representan espacios de disputa de intereses y de organización de los actores políticos a veces en conflicto, convirtiéndose en una complicada red de intereses contradictorios que no deben ser reducidos solamente a las tensiones entre Estado y clases populares¹⁴.
- **Cambios de los paradigmas:** Algunas familias son complicadas y no aceptan ciertas orientaciones, cuestionan el tratamiento, etc. Principalmente familiares de los pacientes terminales que creen que ellos deberían estar en el hospital y no comprenden que no existen más recursos para aquella persona en ese local, razón por la cual su tratamiento paliativo debe ser realizado en su domicilio. Al entrar en el domicilio del paciente, el profesional de salud debe comprender su estructura familiar, porque los conceptos de la familia cambiaron y entender cómo funciona ese núcleo familiar compete al equipo del PAD. Pueden existir relaciones conflictivas entre los miembros de la familia y en ese caso la enfermera debe intervenir dentro de lo posible, para que el ambiente donde el anciano está siendo tratado sea el más tranquilo y adecuado.

Por lo tanto, en este nuevo modelo asistencial es necesario un análisis crítico y reflexivo sobre los espacios en que son desarrolladas las acciones de salud, sobre las tecnologías utilizadas, las relaciones interpersonales, la organización y la gestión de las acciones, para que los objetivos trazados en relación a ese paciente puedan ser alcanzados.

CONCLUSIÓN

En el ámbito federal brasileño, las circunstancias que favorecieron la creación e implantación del PAD fueron: la Política Nacional de Salud del Anciano⁷ y la Ley 10.424 emitida por el Ministerio de la Salud⁶ que sirvieron de marco jurídico de esta estrategia de acción en salud.

La implantación del Programa de Atención Domiciliaria (PAD) está siendo desarrollado en el HEAPN, atendiendo la propuesta de la NOAS-SUS 2001, que trata de la regionalización de las acciones de salud¹ con un enfoque local, en la tentativa de mejorar la calidad de la vida del usuario tomando en consideración el principio de la integridad de las acciones, previsto en la Ley Orgánica de la Salud.

El objetivo del PAD es la recuperación del paciente y que éste tenga mejor calidad de vida. Sin embargo, el entendimiento del proceso salud/enfermedad en la sociedad, impide comprender que una persona enferma puede tener calidad de vida a partir de cuidados en su domicilio, por lo que cabe al equipo del PAD a través de informaciones, estimular la incorporación de nuevos hábitos que lleven a la promoción de la salud de la población atendida.

Actualmente el PAD es desarrollado en el HEAPN, atiende 65 pacientes y el material utilizado en el tratamiento de esos pacientes es ofrecido por el hospital, con excepción de los medicamentos que son prescritos por el médico y pueden ser comprados en la Farmacia del Estado.

La historia clínica del paciente consta de una única copia cuando lo correcto sería tener dos copias, para que otro equipo de profesionales también pueda tener la oportunidad de consultar el material. Generalmente el profesional de salud olvida que la historia clínica es del paciente y no del profesional que lo atiende.

Las tecnologías adoptadas en el PAD son las tecnologías leves/duras, respaldadas por protocolos que sistematizan las tecnologías disponibles, los conocimientos y los procedimientos operacionales para conducir el cuidado con calidad, organizando el proceso de trabajo en salud¹⁵.

La remisión del paciente tiene como objetivo garantizar el acceso y la continuidad de la atención en los niveles de mayor y menor complejidad todavía falla, porque la institución no formalizó ningún acuerdo con el sistema municipal de salud para trabajar en conjunto con el Programa de Salud de la Familia (PSF) en la Unidad Básica, debido a divergencias políticas que dificultan las acciones de salud a nivel local, imposibilitando la evaluación y mejora del PAD.

Ante estos impedimentos, el servicio de referencia en casos de emergencia es el Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN). Este impasse denota falta de integración ente los diversos niveles de atención a la salud, divergiendo de la unidad prevista por el Sistema Único de Salud (SUS), lo que motiva la necesidad de hacer que la política de salud

salga de la manipulación del cliente y se transforme en un espacio ético y legítimo de garantía de los derechos de los ciudadanos y dé respuesta eficaz del Estado a las presiones democráticas¹⁶.

Con respecto a los enfermeros, el desarrollo del PAD surge como una oportunidad para el perfeccionamiento de la profesión, colocándolos más cerca del paciente y de la comunidad, ofreciéndoles la oportunidad de transformar el estilo de vida de los usuarios y aproximándolos al lugar donde se inicia el proceso de salud/enfermedad, lo que puede llevar a la implementación de políticas creativas y generadoras de calidad en la asistencia. De esta forma es posible a través de estos profesionales, apuntar rumbos en este complejo sistema de salud, a partir de sus propias entrañas¹⁷.

Los resultados del estudio preliminar indican que el PAD desarrollado en el HEAPN necesita de mecanismos de perfeccionamiento tales como: aumentar el número de profesionales en el equipo de salud, informar a la comunidad intra y extrahospitalaria sobre el beneficio de este tipo de tratamiento y trabajar junto con el gobierno municipal para implantar el servicio de remisión de los pacientes.

A pesar de las dificultades, el PAD así como otras iniciativas de atención a la salud extrahospitalarias, apuntan un espacio para la construcción de una nueva modalidad de atención con énfasis en el trabajo en equipo, en la utilización de tecnologías leves que permitan la creación de vínculos, la integridad y sistematización de las acciones, buscando, sobre todo, la prestación de una asistencia de calidad¹⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Editora; 2001.

10. Silvestre J A, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro 19 (3): 839-847, mai-jun, 2003
 11. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI;2001; p.46
 12. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria do Estado de Saúde. Ato do Secretário. Resolução SES nº 2.314 de 30 de dezembro de 2003. Publicada no DO nº 009 de 14 de janeiro de 2004. Institui os Núcleos Hospitalares de Geriatria e define suas atribuições.
 13. Merhy EE. Organizador. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
 14. Bodstein RC. Ciências Sociais e a Saúde Coletiva: Novas questões, novas abordagens. Cadernos de Saúde Pública - Rio de Janeiro 1992; v.8(2).
 15. Bodstein RC. Organizador. Serviços locais de saúde: Construção de atores e políticas. Relume-Dumará, 1993.
 16. Silva KL, Sena R et. al. Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública - São Paulo; 2005 39(3).
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento-Pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. - São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco 2000.

ISSN 1695-6141

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