

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**OS PROCESSOS DE TRABALHO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR (PAD) DA REGIÃO CENTRO SUL EM BELO
HORIZONTE.**

RAQUEL SOUZA MENDES DE OLIVEIRA

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2012

RAQUEL SOUZA MENDES DE OLIVEIRA

**OS PROCESSOS DE TRABALHO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR (PAD) DA REGIÃO CENTRO SUL EM BELO
HORIZONTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Jandira Maciel da Silva

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2012

RAQUEL SOUZA MENDES DE OLIVEIRA

**OS PROCESSOS DE TRABALHO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR (PAD) DA REGIÃO CENTRO SUL EM BELO
HORIZONTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Jandira Maciel da Silva

Banca Examinadora

Prof^a. Jandira Maciel da Silva - Orientadora - UFMG

Prof^a Eulita Maria Barcelos - Examinadora - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 10/05/2012

Resumo

Introdução: O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) é responsável por prestar assistência em saúde no domicílio, aos usuários do SUS/Belo Horizonte, que demandam cuidados de complexidade intermediária. Nos últimos anos, a atenção domiciliar está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Esse processo de implantação da atenção domiciliar é construído com dificuldades, principalmente quanto aos mecanismos de entrada, continuidade após a alta da atenção domiciliar. **Objetivo:** Discutir o processo de trabalho entre PAD, PSF, UPA-CS e hospitais. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência do Programa de Atendimento Domiciliar da região Centro-Sul em Belo Horizonte. Foram analisadas três situações, chamadas no texto de pontos de tensão, que foram encontrados dentro do Programa de Atenção Domiciliar da região Centro-Sul e que permitem a análise da prática dos processos de trabalho. **Resultados e discussões:** A estratégia de trabalho do PAD está no atendimento por área de abrangência, seguindo as divisões distritais. Para inserir-se no programa, o paciente deve ter idade igual ou superior a 16 anos, residir na cidade de Belo Horizonte, ter cuidador fixo, consentimento familiar e diagnóstico definido. Apesar dos avanços conquistados nos fluxos de trabalho, muito ainda tem de ser pactuado. Há uma inadequação do processo de trabalho que gera a desorganização da produção de cuidados, além do desgaste entre profissionais. Para vislumbrarmos esses nós críticos no PAD Centro-Sul (PAD-CS) foram identificados pontos de tensões. O estabelecimento das responsabilidades compartilhadas entre os níveis distintos da rede de serviços de saúde do SUS torna-se imprescindível para garantir a continuidade do atendimento e suprir algumas necessidades de grupos particularmente vulneráveis. Compartilhar responsabilidades, equipes, equipamentos e, acima de tudo, conhecimento, pode ser elemento constitutivo das linhas de cuidados. **CONCLUSÕES:** a implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a humanização, a racionalidade econômica-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde.

Palavras chaves: assistência à saúde, assistência integral a saúde, atenção primária a saúde e programa de atenção domiciliar.

Abstract

Introduction: The Home Care Program (DAP) is responsible for providing health care at home, users of SUS / Belo Horizonte, which require care of intermediate complexity. In recent years, home care is present in the formulation of public policies on health and social care, in management and other practices in health services. This process of implementation of the tension in the home is built with difficulties, especially for the input mechanisms, continuity after discharge from home care. **Objective:** Discuss the process of labor between PAD, PSF, UPA-CS and hospitals. **Methods:** This is an experience report of the Home Care Program of the Center-South region of Belo Horizonte. We analyzed three situations, the text calls for points of tension, which were found within the Home Care Program of the Center-South region and allow the analysis of the practice work processes. **Results and discussion:** The working strategy of the DAP is in attendance by catchment area, following the district divisions. To enter into the program, the patient must have aged 16 years residing in the city of Belo Horizonte, fixed caregiver, family consent and a final diagnosis. Despite the advances made in workflows, much is still to be agreed. There is an inadequacy of the work process that generates the disorganization of the production of care, beyond burnout among professionals. To see these critical nodes in South-Central PAD (PAD-CS) were identified points of tension. The establishment of shared responsibilities between different levels of the network of health care SUS becomes essential to ensure continuity of care and meet some needs of vulnerable groups. Share responsibilities, teams, equipment and, above all, knowledge can be a constitutive element of cuidados. **Conclusions Lines:** the implementation of home care as an innovative strategy requires consideration of health concepts that underpin the organization of practices at home. It is necessary to consider factors such as the comprehensiveness of care, humanization, economic and financial rationality, the subjects of care and coordination with other health services.

Keywords: health care, comprehensive health care, primary healthcare and home care program.

Lista de Siglas

PAD: Programa de Atenção Domiciliar

PAD-CS: Programa de Atenção Domiciliar da região Centro-Sul

PSF: Programa de Saúde da Família

UPA-CS: Unidade De Pronto Atendimento da região Centro-Sul

SUS: Sistema Único de Saúde

Sumário

1.Introdução	8
2.Objetivos	10
3. Métodos	11
4. Resultados	12
5. Discussão	15
6. Lições Aprendidas	18
Referências	19

1. Introdução

O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) é responsável por prestar assistência em saúde no domicílio, aos usuários do SUS/Belo Horizonte, que demandam cuidados de complexidade intermediária, evitando internações hospitalares. Vem como uma proposta de atenção domiciliar na rede pública, construída como experiência direcionada para extensão de cobertura assistencial e desospitalização precoce, caracterizando, então, seu caráter substitutivo provisório de práticas em saúde. Para isso, realiza captação precoce nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), suporte aos Hospitais Municipais e apoio à Rede Básica, por onde recebe pacientes crônicos em processo agudos.^{1,2}

O mundo das necessidades dos usuários vem a exigir respostas por parte dos equipamentos de saúde que contemplem oportunidades passíveis de reduzir o sofrimento e prolongar a vida. O reconhecimento destas necessidades especiais e das singularidades das pessoas cria vínculos e responsabilidades por parte de cada profissional, estabelecendo métodos que qualifiquem o trabalho em saúde. É sobre esse eixo analítico que se propôs o processo de incorporação da modalidade de assistência domiciliar as redes de atenção à saúde.¹

Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm sua expansão no País com maior força a partir da década de 1990, demandando a regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS).² Porém, é importante ressaltar a limitação do investimento político na atenção domiciliar como alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado.³

Nos últimos anos, a atenção domiciliar está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais tais como a Portaria 2416,⁴ a Lei 10.424⁵ e a RDC 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁶ representam marcos nas discussões de políticas públicas que focam a atenção domiciliar como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde.

Em Belo Horizonte, durante o Primeiro Encontro dos Programas de Atenção Domiciliar do SUS ocorrido em 2006, foram apresentadas as características gerais e as propostas de cada um dos programas em funcionamento no município, bem como a integração dos serviços de atenção domiciliar com as equipes de Saúde da Família.⁷

A proposta de regulamentação da atenção domiciliar expressa na Portaria SMSA/SUS-BH N° 03/2001, explicita as estratégias de se organizar as práticas no campo e traduzem uma definição política. A regulamentação revela também um especial interesse dos programas municipais em integrar todos os serviços existentes numa perspectiva de trabalho em rede resolutiva e de acordo com as diretrizes do SUS.⁸

Esse processo de implantação da Atenção Domiciliar tem encontrada muitas dificuldades, principalmente quanto aos mecanismos de entrada, continuidade após a alta da atenção domiciliar (em que se revelam disputas e tensões entre equipes de diferentes equipamentos de saúde) e financiamento das propostas.² A justificativa da construção desse trabalho encontra-se, portanto, na tentativa de identificar os fatores que levam a inadequação do processo de trabalho e que, portanto, atravancam o desenvolvimento de ações. A partir de então, poderemos vislumbrar soluções passíveis de efetivar os resultados.

2. Objetivo

2.1 Objetivo Geral

- Discutir o processo de trabalho entre Programa de Atenção Domiciliar (PAD), Programa de Saúde da Família (PSF), Unidade de Pronto Atendimento da Região Centro -Sul (UPA-CS) e hospitais.

2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar o processo de trabalho entre PAD, PSF, UPA-CS e hospitais.
- Apontar falhas contidas no processo de trabalho entre PAD, PSF, UPA-CS e hospitais.

3. Métodos

Trata-se de um relato de experiência do Programa de Atenção Domiciliar da região Centro-Sul em Belo Horizonte. Através de relato de experiência vislumbra-se o que se é vivido dentro do serviço e as decisões tomadas: situação-problema, solução esperada, ator (es) sociais, estratégia, resultados e discussões.

Foram analisados três situações, chamadas no texto de pontos de tensão, que foram encontrados dentro do Programa de Atenção Domiciliar da região Centro-Sul e que permitem a análise da prática dos processos de trabalho. Acredita-se que esses casos serão capazes de evidenciar nós críticos que serão discutidos.

Realizado pesquisa no site da Bireme, utilizando os descritores assistência à saúde, assistência integral a saúde, atenção primária a saúde e programa de atenção domiciliar, no período 2005 a 2011. Utilizado o método integrado de pesquisa, ou seja, as palavras chaves foram incluídas em todos os índices e fontes. Foram selecionados artigos com textos completos disponíveis e publicados em português.

4. Resultados

A estratégia de trabalho do PAD está no atendimento por área de abrangência, seguindo as divisões distritais - Norte, Centro-sul, Noroeste, Nordeste, Leste, Oeste, Venda Nova e Pampulha – que reduz consideravelmente o deslocamento e aumenta o número de atendimentos. Também faz parte desta estratégia a cooresponsabilização das famílias através da exigência de um cuidador fixo para admissão e permanência do paciente no programa. Além disso, o planejamento caso a caso das necessidades do paciente atribui uma objetividade ao tratamento e garante um fluxo adequado entre UPAs, Centro de Saúde (CS), Hospitais e PAD.⁹

Como atribuições, a equipe do PAD é responsável por intervenções específicas, através de antibióticoterapia injetável, intervenções subcutâneas como heparinização/anticoagulação e soroterapia. Está apta a realizar coleta de exames laboratoriais em domicílio para, dentre outras ações, a realização de terapia sequencial de antibióticos ou suspensão de tratamento. O programa ainda oferece a capacitação de familiares e profissionais da Atenção Primária (APS) para os cuidados de pacientes com restrição de mobilidades e desospitalizados que apresentem limitações funcionais. Neste último grupo se inserem pacientes portadores de HIV, trauma raquimedular, amputados, seqüelados de AVC, idosos frágeis, usuários de sondas, portadores de ostomias e portadores de feridas profundas. Há também a assistência a pacientes oncológicos terminais para cuidados paliativos. Além disso, em períodos de epidemias, como H1N1, o programa fica responsável pelas coletas de amostras, dando suporte a Epidemiologia do Município.^{8,9}

Para a inserção no programa em Belo Horizonte, são levados em conta alguns critérios. Primeiramente, o paciente deve ter idade igual ou superior a 16 anos, residir na cidade de Belo Horizonte, ter cuidador fixo, consentimento familiar e diagnóstico definido. Existem, ainda, os critérios clínicos prioritários para a admissão como diagnósticos agudos – pneumonias, pielonefrites, DPOC exacerbado etc., egressos hospitalares complexos, como pacientes portadores de ostomias ou sondas e idosos frágeis. Além desses, os cuidados paliativos oncológicos e os portadores de quadros tromboembólicos também são considerados prioritários.⁹

O encaminhamento para o PAD é precedido de contato telefônico e fax, a partir das UPAs, CS e Hospitais, para discussão inicial do caso e avaliação da necessidade efetiva de inserção ao programa. Feita a admissão, o paciente recebe atendimento domiciliar até a estabilização do quadro. O período estipulado de permanência no programa é de aproximadamente 30 (trinta) dias, podendo se estender se necessário ou inexistir no caso de paciente sob cuidados paliativos. Após a alta, o paciente é reinserido na sua equipe de saúde da família (ESF), mas se não houver estabilização do quadro, o retorno para a UPA de referência é o indicado.^{9,10}

A despeito dos avanços conquistados nos fluxos de trabalho, muito ainda tem que ser pactuado. As relações entre as equipes das instituições ainda permanecem confusas e desnorteadas. Há uma inadequação do processo de trabalho que gera a desorganização da produção de cuidados, falta de responsabilização sobre o paciente, além do desgaste entre profissionais. Para vislumbrarmos esses nós críticos no PAD Centro- Sul (PAD-CS) foram identificados pontos de tensões, apresentados abaixo.

- **Ponto de tensão 1:** Fator de inadequação do processo de trabalho é a relação da Equipe de Saúde da Família (ESF) e o PAD-CS durante a inserção de um paciente no programa domiciliar. Em âmbito prático, cabe ao Programa de Atenção Domiciliar a inserção ou não do paciente encaminhado pela ESF, de acordo com avaliação e discussão prévia.⁸ No entanto, é nesse momento que observamos a primeira ruptura do fluxo do processo de trabalho entre as equipes. Isso ocorre pela falta de aceitação da equipe de saúde em não ter seu paciente vinculado ao PAD.
- **Ponto de tensão 2:** Outra ruptura que podemos apontar, ocorre novamente entre as equipes do PAD-CS e do PSF no momento da alta e da reinserção do paciente ao PSF. Algumas equipes de saúde da família rejeitam a reinclusão dessa demanda domiciliar, alegando sua ineficiência por falta de recursos físicos e pessoais. Embora saibamos dos problemas enfrentados pela Atenção Primária a Saúde (APS), o PAD-CS não poderia, deliberadamente, suprir essa deficiência. Diante dessa situação, fica claro, em âmbito geral, uma ausência de alternativa produtiva baseada no

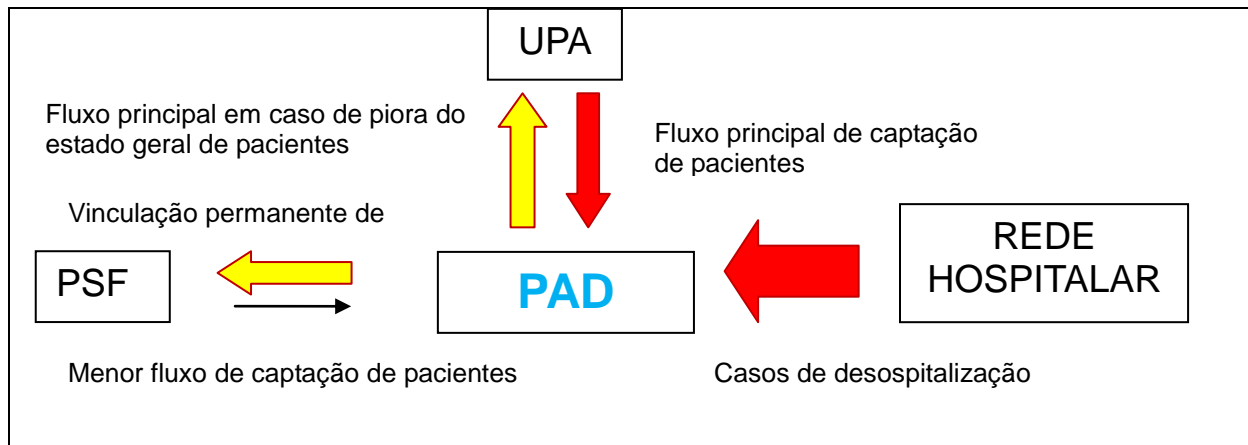
protagonismo dos atores detentores dos diversos saberes da saúde, no intenso diálogo, na autonomia das equipes, no acolhimento, na permeabilidade de canais de escuta e vínculos entre as equipes⁴.

- **Ponto de tensão 3:** A lógica da desospitalização se expressa nos mecanismos de acesso do PAD-CS.² Diante dessa premissa, deveria ser colocado em prática um fluxo regular entre PAD-CS e UPA. Porém, não é o que acontece. Os pacientes tratados na UPA Centro-Sul, com critérios de inclusão, nem sempre chegam ao PAD-CS por falta de conhecimento das equipes de saúde que atuam na UPA, inclusive porque a rotatividade é uma realidade constante nestas equipes. Essa deficiência na interface prejudica a captação de pacientes, aumenta o número de internações hospitalares, além de suprimir a oportunidade de um projeto de intervenção domiciliar do paciente. Dessa forma, a proposta de Internação Domiciliar não pode atuar fortalecendo o sistema.

5. Discussão

Um dos pontos a ser observado na articulação dos serviços tem sido a construção de fluxos de atendimento em três possibilidades de organização da atenção domiciliar do PAD CS, frente às portas de entrada: demanda advinda da equipe de Saúde da Família; demanda advinda da instituição hospitalar e demanda advinda das unidades de pronto-atendimento.^{9,10} Essa abertura cria uma oportunidade para a atenção domiciliar ser efetivamente pautada pelas necessidades dos usuários, configurando-se como alternativa para certos tipos de situação clínica, constituindo-se uma modalidade efetivamente substitutiva.

1-Fluxograma de organização do PAD CS



FONTE: Prefeitura de Belo Horizonte www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/SINTESE_PAD.doc>acesso em 14 abr.2012

A distribuição por distritos dos PAD revela a intencionalidade de se assumir a territorialidade como princípio organizativo, o que tem possibilitado avanços e diferentes graus de articulação com as equipes de saúde da família.¹³ Ressalta-se que o alcance da articulação, na continuidade e responsabilização da atenção pelo Programa Saúde da Família, durante ou após a alta da atenção domiciliar, ocorre em função das características do trabalho de algumas equipes em sua área de abrangência, o enfoque na demanda para cada caso e não se configura como modalidade sistemática e contínua de uma rede de cuidados. E considerando tantas variáveis para exercer um processo de trabalho adequado fica cada vez mais complicado estabelecer uma linha de articulação eficiente.

Ao conceber o PAD-CS como uma modalidade em Belo Horizonte de pouca capacidade em absorver toda a demanda e impactar o modelo assistencial, surgem as dificuldades.¹⁴ Uma delas se caracteriza pela existência de diversos serviços organizados com lógicas distintas que revela o desafio de uma gestão compartilhada, capaz de integrar os diferentes serviços na construção de uma rede de cuidados, pensando-se na territorialidade e na construção da lógica da substitutividade, na medida em que são práticas que visam formas de cuidar.^{2,14}

A outra dificuldade é a impossibilidade de as equipes de saúde da família absorverem mais esta demanda, frente ao intenso ritmo de trabalho na atenção básica, o que se torna uma preocupação para os profissionais das equipes de atenção domiciliar.^{2,14} Entretanto, se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídas as contratualidades entre gestores, trabalhadores e usuários, no dia-a-dia dos serviços, os modelos de atenção não serão transformados. Pode-se afirmar, ainda, que essa seja a realidade dos programas de assistência domiciliar no campo de Belo Horizonte com práticas e experiências de atenção, formação de equipes e produção do cuidado a saúde em domicílio.

Porém, essa tem sido a realidade da equipe Centro-Sul sujeita aos vícios do cotidiano, sem que exista uma intencionalidade em sua efetivação e expansão. Isso se revela especialmente pelo fato de o PAD-CS funcionar como serviço especial na instituição da FUNDEP – UPA Centro-Sul (UPAS-CS) – e não dentro de uma estrutura municipal, ocorrendo de forma paralela às demais ações e isolados do restante da rede do serviço do ponto de vista das trocas e da articulação do cuidado. Assim, quando analisamos as experiências de atenção domiciliar no campo, identificamos que há vários atores e projetos em disputa e, mesmo com toda a capacidade de governo em pactuar ações⁷.

A implantação da atenção domiciliar em Belo Horizonte, em suas diversas modalidades e modelagens, foi precedida de decisão político-institucional no sentido de assumi-la como estratégia de organização assistencial em saúde no município, objetivando simultaneamente a desospitalização (melhor aproveitamento dos leitos existentes e contenção de gastos) e a humanização do cuidado. O PAD-CS, como modalidade assistencial do SUS, deve se colocar como um instrumento integrador de ações da rede básica, urgência e área hospitalar, formando um fluxo contínuo e exato entre as instituições.¹¹

Puccini e Cornetta (2008) corroboram essa idéia ao colocar que se haja uma participação ativa em todos os níveis, com hierarquização do atendimento conforme sua complexidade e a garantia por sistemas de referência e contra-referência, buscando sempre um conjunto integrado de produção social da saúde.

O estabelecimento das responsabilidades compartilhadas entre os níveis distintos da rede de serviços de saúde do SUS torna-se imprescindível para garantir a continuidade do atendimento e suprir algumas necessidades de grupos particularmente vulneráveis. Compartilhar responsabilidades, equipes, equipamentos e, acima de tudo, conhecimento, pode ser elemento constitutivo das linhas de cuidados. Essa possibilidade criada pelo trabalho conjunto de PAD-CS, UPA-CS e ESF confere integralidade aos serviços da rede SUS e quem mais se beneficia disso é o foco de todo o trabalho: o usuário.

6. Lições Aprendidas

A potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade entre as equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença. Assim, são desenvolvidas técnicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais nos projetos terapêuticos, com ampliação da autonomia entre as equipes.

O fato de o PAD-CS funcionar como serviço agregado a instituição da UPA CS e não dentro de uma estrutura municipal, gera um isolamento notório. Observa-se o PAD como uma atividade paralela e não integrante. Assim, um dos principais nós críticos de atenção domiciliar no PAD CS é a falta de identidade com a instituição de lotação. Isso deve ser remodelado e repactuado rapidamente para que os entraves sejam removidos e passe a existir um processo contínuo e linear entre as instituições.

É importante problematizar as relações da rede de serviços de saúde para se buscar, conseqüentemente, a integralidade¹⁵. E, ainda, discutir, veementemente, a capacidade de promover essa integralidade nas linhas do cuidado, conferindo caráter de movimento e dinâmica para os processos de relacionamentos.¹⁶

Por fim, a implementação da atenção domiciliar como estratégia inovadora requer reflexão sobre concepções de saúde que sustentam a organização das práticas no domicílio. É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, a humanização, a racionalidade econômica-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde.² É possível inferir de toda essa experiência que o processo de trabalho é um dos principais nós críticos a ser revisado e pactuado. Será através da configuração de um novo processo de trabalho que possibilitaremos a construção de novas relações, mais articuladas e cooperativas, dos diferentes tipos de equipamentos de saúde. Nesse novo cenário, a família e o usuário retomam a centralidade na produção do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde.

Referências

1. CUNHA MAO, MORAES HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciências Saúde Coletiva**. 2007;12(6):1651-60.
2. SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2010, v.44, n.1, pp. 166-176 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>. Acesso em Março, 2012.
3. SILVA KL, SENA R, LEITE JCA, SEIXAS CT, GONÇALVES AM. Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. **SIICsalud**: Buenos Aires. 2007;18:1.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. *Diário Oficial Uniao*. 26 mar 1998;Seção 1:106.
5. BRASIL. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigos à Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial Uniao*. 16 abr 2002. Seção 1:1.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - **RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. *Diário Oficial Uniao*. 30 jan 2006;Seção 1:78.
7. Encontro organizado pela Coordenação da Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde em Belo Horizonte, MG, dezembro de 2006.
8. BELO HORIZONTE. **Portaria SMSA/SUS-BH nº 03/2001, de 3 de abril de 2001**. Normatiza a atenção domiciliar terapêutica nas unidades hospitalares do SUS em Belo Horizonte. *Diário Oficial Municipio*. 2001;7(1351). [citado 2009 dez 3]. Disponível em:

<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=884874>.

Acesso em Março, 2012

9. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local**. Belo Horizonte; 2006.
10. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no município. Belo Horizonte; 2003.**
11. GIGLIO-JACQUEMONT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais usuários**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 469-478, 2005
12. PUCCINI, P.T.; CORNETTA, V.K. Ocorrências em Pronto-Socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Caderno de Saúde pública**: Rio de Janeiro, v.24, n.9, p. 2032-2042, 2008
13. FEUERWERKER LCM, MERHY EE. Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2008;24(3):180-8.
14. MERHY EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.15-36.
15. VASCONCELOS M. *et al.* **Prática Educativa em Atenção Básica a Saúde: tecnologias para a abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009
16. CECÍLIO, L.C.O.; E MERHY, E.E; **A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar**, Campinas (SP), 2003.