

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA
INTERPROFISSIONALIDADE**

LILIAN BARBOSA DA FÉ LIMA

**A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRESTADA AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS
CRÔNICAS, INSERIDOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE
DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE PENEDO/AL.**

ALAGOAS
2021

LILIAN BARBOSA DA FÉ LIMA

A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRESTADA AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS, INSERIDOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE PENEDO/AL.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade, Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Mestra Quitéria Maria Ferreira da Silva

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade – CRB-4 - 1251

L732a Lima, Lilian Barbosa da Fé.

A assistência em saúde prestada aos usuários com doenças crônicas, inseridos no Programa de Tratamento Fora de Domicílio no município de Penedo/AL / Lilian Barbosa da Fé Lima. – 2021.

39 f.

Orientadora: Quitéria Maria Ferreira da Silva.

Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde Pública com ênfase na interprofissionalidade) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 36-37.

1. Redes de saúde. 2. Doenças crônicas não transmissíveis. 3. Atenção à saúde. 4. Programa de tratamento Fora de Domicílio – Penedo (AL). I. Título.

CDU: 616-084

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, que sempre acreditou em meu potencial e me impulsiona a dar o meu melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pelo dom da vida e por ter permitido a oportunidade de concluir este curso, diante de tantas dificuldades e incertezas, decorrentes do enfrentamento da pandemia da COVID-19 em todo país e no mundo.

Agradeço à minha família, por todo apoio nas horas que mais precisei e pelas palavras de estímulo, que encorajaram a prosseguir nessa caminhada em busca do conhecimento.

À Universidade Federal de Alagoas, onde iniciei minha vida acadêmica, a qual me proporcionou experiências marcantes na saúde pública, através do Núcleo de Saúde Pública, lugar que conheci as Professoras Suely Nascimento, Tereza Angélica e Edna Bezerra, profissionais extraordinárias que me ensinaram (e ainda ensinam), através do conhecimento e da prática.

À Coordenação do curso, em especial às Professoras Suely Nascimento e Margarete Cavalcante, que me acolheram afetosamente e acreditaram na minha capacidade.

Aos demais Professores deste curso, que abrilhantaram nossas tardes de sexta-feira, presencialmente ou on-line, ministrando cada disciplina com dedicação e entusiasmo.

À minha orientadora, Professora Mestre Quitéria Ferreira, que foi fantástica em todo processo de finalização deste trabalho, realizando suas orientações e correções com maestria e respeito. Uma profissional que se tornou referência para mim na área em que atua.

A todos os meus colegas de curso, em especial à Tiene, Gleiciane, Cássia, Fátima, Vanessa e Cynthia, pelo apoio e aprendizado nas atividades em grupo.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da realização deste curso.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo (Albert Einstein).

RESUMO

Com o crescimento das doenças crônicas nos últimos anos, a procura pelos serviços de saúde também aumentou. Para dar respostas à demanda em tempo hábil, os serviços precisam estar organizados, visto que a situação dos que possuem doença crônica requer cuidado contínuo e integral. Nesse contexto, a presente proposta visa intervir na assistência prestada à população do município de Penedo-Alagoas, que lida com a doença crônica cotidianamente, especificamente, no contexto dos usuários do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), por meio da construção um protocolo para ser implementado no Programa, que priorize o acesso e melhore a qualidade da atenção aos usuários, tendo em vista a oferta insuficiente de procedimentos especializados e a percepção dos profissionais de que a atenção à saúde necessita ser ampliada e mais humanizada. A construção deste trabalho foi realizada em etapas durante o curso, fundamentada através de revisão documental e bibliográfica. Espera-se com a implementação do projeto, um trabalho interprofissional na construção do protocolo, melhoria no acesso e acolhimento dos usuários com ações de educação permanente e o despertar para estudos aprofundados no contexto das pessoas com doenças crônicas, a fim de aprimorar essa linha de cuidado.

Descritores: Redes de Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

With the increase of chronic illnesses in the last years, the search for health services has also increased. In order to give answers to the demand in a timely manner, health services need to be organized, since the situation of the ones who have got chronic illnesses requires continuous and integral care. In this context, this proposal aims to intervene in the assistance which is given to the population in the city of Penedo, Alagoas, which deals with chronic illnesses daily, specifically in the context of the Out-of-home Treatment Program (TFD) users, through the construction in a protocol to be implemented in the Program, which prioritizes the access and improves the quality of care to the program users, in view of the insufficient supply of specialized procedures and the perception of the professionals whom the care to health needs to be extended and more humanized. The construction of this work was made in steps during the course, based through a document and bibliographic review. It is expected that, with the implementation of the program, an interprofessional work in the construction of the protocol, an improvement in the access and reception to users with permanent educational actions, and the awakening of in-depth studies in the context of people with chronic illnesses, in order to improve this line of care.

Key-words: Health networks. Non-transmissible chronic illnesses. Health assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAPPE	Associação de Amigos e Pais de Pessoas Especiais
AB	Atenção Básica
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DPO	Doença Pulmonar Obstrutiva
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NUDEPE	Associação dos Deficientes de Penedo
PES	Plano Estratégico Situacional
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos

SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Abreviaturas

p.	Página
km ²	Quilômetro quadrado
etc.	Et Cetera
et. al.	E outro
n ^o .	Número

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	SITUAÇÃO PROBLEMA	13
3	JUSTIFICATIVA.....	14
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	Objetivo geral	16
4.2	Objetivo específico	16
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
6	PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	21
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	ANEXOS	38

1. INTRODUÇÃO

Penedo, município brasileiro pertencente ao Estado de Alagoas, possui uma área territorial de 690,81 km² e tem como limites os municípios de Piaçabuçu, Coruripe, Igreja Nova e Feliz Deserto, sendo banhado pelo Rio São Francisco. Ocupa o 5º lugar em maior população, com 63.846 habitantes, cuja densidade demográfica é de 87,61 habitantes/km², conforme dados do IBGE (2010), sendo considerado um município de médio porte (50.000 a 100.000 habitantes). No Plano Diretor de Regionalização de Alagoas (2011), Penedo compõe a 1ª macrorregião de saúde, sendo a sede da 6ª região de saúde.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Penedo foi de 0,630, em 2010, colocando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). A taxa de escolaridade em pessoas de 6 a 14 anos de idade é de 94,6 %, enquanto a taxa na população adulta era de 40,67%.

Em 2010, 10.603 habitantes encontravam-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar per capita abaixo de R\$ 70,00. Do total de extremamente pobres, 4.962 (46,8%) viviam no meio rural e 5.640 (53,2%) no meio urbano. O Censo também revelou que no município havia 979 crianças na extrema pobreza, na faixa de 0 a 3 anos, e 626, na faixa entre 4 e 5 anos. O grupo de 6 a 14 anos, por sua vez, totalizou 2.804 indivíduos na extrema pobreza, enquanto no grupo de 15 a 17 anos havia 670 jovens nessa situação. Foram registradas 367 pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza, enquanto 47,9% dos extremamente pobres do município têm de zero a 17 anos.

O Censo Demográfico de 2010 revelou que o fornecimento de energia elétrica estava presente praticamente em todos os domicílios da população de Penedo. A coleta de lixo atendia 86,7% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso estava em 93,2% dos domicílios particulares permanentes e 31,1% das residências dispunham de esgotamento sanitário adequado. E, ainda, existiam 58,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 14,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

No tocante à organização dos serviços de saúde, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES (2020), a Rede de Atenção à Saúde

do município de Penedo é composta por 20 Unidades Básicas de Saúde que executam a Estratégia de Saúde da Família- ESF e 02 Núcleos de Saúde da Família. Na média complexidade possui 01 Centro de Especialidades Odontológicas-CEO, com Laboratório de Prótese Dentária, 01 Centro de Diagnóstico, 01 Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, 01 Centro de Saúde da Mulher, 01 Centro de Especialidades Clínicas, 01 Laboratório Municipal de Análises Clínicas. Na urgência e emergência possui 01 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, 01 Base Descentralizada da SAMU, 01 Base de Corpo de Bombeiros. Na atenção hospitalar possui 01 Unidade Hospitalar Regional, 01 Santa Casa de Misericórdia e maternidade. Possui ainda 01 Centro Especializado em Reabilitação-CER tipo II e a Sede da Secretaria Municipal de Saúde.

Ainda na rede assistencial, o município conta com a prestação dos seguintes serviços particulares: 01 Hospital de Olhos, 04 Laboratórios de Análises Clínicas, 03 Clínicas de Atendimento Fisioterapêutico e prestadores filantrópicos como a Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais-AAPPE e Associação dos Deficientes de Penedo-NUDEPE.

Para compor a Rede de Atenção, o município de Penedo foi contemplado com o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), por meio do programa Melhor em Casa, habilitado pela Portaria nº 3.654, de 17 de dezembro de 2019, possibilitando trazer Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) no intuito de evitar hospitalizações desnecessárias e diminuir o risco de infecções. Desde 2020, Penedo conta também com o Programa Redenção, que consiste num programa municipal e atua diretamente no acompanhamento à população com doenças crônicas descompensadas, visando reduzir as entradas dos crônicos na UPA, os internamentos, as amputações ocasionadas pelo pé diabético, os acidentes vasculares e as taxas de diabetes dos pacientes. Pacientes acamados neste perfil também são contemplados para melhorar a qualidade de vida. O programa dispõe de 05 enfermeiras, 13 técnicas de enfermagem e atende 5 mil pacientes selecionados através de avaliação.

Com apoio a esta crescente demanda, a Secretaria de Saúde de Penedo disponibiliza o Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), instituído pela Portaria nº 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. O município de Penedo presta

assistência em média a 120 pacientes/mês, cadastrados no Programa, para tratamento fora do município. Os hospitais que ofertam os serviços assistenciais para tratamento com Hemodiálise e de Oncologia são: Hospital Chama em Arapiraca e Hospital Vida, Santa Casa, Hospital Universitário e Hospital Artur Ramos, em Maceió.

Segundo à Análise de Situação de Saúde (2017), elaborada pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na série histórica de 2013 a 2016, as causas de óbitos mais frequentes no município foram as doenças do aparelho circulatório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, sendo um quantitativo mais elevado de óbitos das doenças do aparelho circulatório entre os indivíduos do sexo feminino e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas entre os indivíduos do sexo masculino. Nesse mesmo período, a referida Análise coloca as causas citadas dentre as quatro principais nas internações hospitalares. Vale mencionar ainda, com base na série histórica dos indicadores de saúde do pacto interfederativo, apresentada no documento, que o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) apresenta crescimento significativo a cada ano.

Frente a essa situação epidemiológica, de crescimento das doenças crônicas em todo país, os quais demandam gastos exorbitantes ao SUS, Mendes (2012) considera que os sistemas de atenção à saúde devem repensar as estratégias para além das condições agudas e aos eventos agudos, focadas em ações imediatas e fragmentadas e adotar um paradigma de assistência integral e contínua, aliada ao conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo. Para o autor, as condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), visto que as pessoas inseridas nesse contexto se tornam mais suscetíveis a desenvolverem outras patologias que agravam ainda mais o quadro de saúde inicial e demandam da rede de atenção continuamente.

Diante do exposto, a presente proposta visa intervir na assistência prestada à população de Penedo que lida com a doença crônica cotidianamente, a qual necessita de cuidado integral e contínuo, especificamente, no contexto daqueles beneficiados pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), por meio da construção de um protocolo para ser implementado no TFD, com fluxos e rotinas que facilitem o acesso e melhorem a qualidade da atenção aos usuários do programa.

2. SITUAÇÃO-PROBLEMA

Como consequência do crescente aumento das condições crônicas de saúde, pode-se observar uma maior procura pelos serviços de saúde no âmbito do SUS, principalmente, por aqueles que se encontram em situação econômica desfavorecida, gerando uma imensa demanda não absorvida totalmente pelo sistema de saúde.

Acrescenta-se a essa observação, a oferta insuficiente dos serviços para atender a demanda de uma atenção primária pouco resolutiva na assistência contínua às pessoas que possuem doença crônica, que torna o período do tratamento uma verdadeira peregrinação, no que concerne ao acesso a exames e consultas especializadas.

A aproximação com os usuários que são cadastrados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), os quais realizam tratamentos de longa duração em Unidades hospitalares de outros municípios do Estado de Alagoas e que são acompanhados pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Penedo, através do setor de Serviço Social, verificou-se a necessidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde aos usuários com doenças crônicas, segundo as diretrizes nacionais.

Dessa forma, considerando os indicadores de saúde e a realidade do TFD no município, o Projeto de Intervenção elegeu como situação-problema a “insuficiência de mecanismos e ações no TFD que garantam acompanhamento contínuo, assistência humanizada e ampliação do acesso para população beneficiária”. Os nós-críticos (causas) identificados na referida situação-problema foram: 1) ausência de Protocolo assistencial no TFD; 2) insuficiente compreensão de profissionais e gestores de saúde para adoção contínua de práticas de atenção humanizada às pessoas atendidas pelo TFD.

3. JUSTIFICATIVA

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013), cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) e revelou que essas enfermidades atingem principalmente, o sexo feminino (44,5%). São 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%) com enfermidades crônicas e que, as DCNTs são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil.

A estimativa populacional do IBGE para o município de Penedo, em 2020, foi de 63.846 habitantes, destes, estão registrados no Sistema E-SUS da Atenção Primária em Saúde um quantitativo de 18.263 pessoas com diagnóstico de alguma doença crônica. Esse contingente é atendido pela atenção básica, sendo encaminhado, quando necessário, às unidades de atenção especializada para a continuidade do cuidado, de acordo com a referência estabelecida na Programação Pactuada Integrada (PPI) do município.

Na maioria dos casos de pessoas com doenças crônicas que necessitam de tratamento especializado, são orientadas pela Unidade hospitalar a procurarem o setor de Serviço Social, na sede da Secretaria Municipal Saúde, a fim de serem inseridos no Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Conforme descrito anteriormente, o TFD é um serviço de saúde SUS instituído através da Portaria Nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que estabelece critérios para custear despesas relativas ao deslocamento de usuários para tratamento fora do local de residência, observado o teto financeiro definido para cada município/estado. Ainda segundo a norma citada, competem às Secretarias municipais de Saúde a organização, o controle e a avaliação do TFD.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Penedo, em 2020, foram cadastrados 104 usuários no Programa TFD, cujo diagnóstico apresentado envolve, especificamente, a insuficiência renal crônica e o câncer, e estes, realizam, periodicamente, tratamento de hemodiálise no município de Arapiraca, enquanto o tratamento com quimioterapia ou radioterapia é feito na capital Maceió.

Considerando os dados do E-SUS AB (2021), existem no município 312 pessoas com insuficiência renal crônica e 323 pessoas que têm ou tiveram câncer. Um quantitativo bem acima do que a Secretaria de Saúde tem cadastrado no

Programa, o que demonstra fragilidades no acesso de muitos usuários aos benefícios do Programa TFD, no tocante à parcela da população que dependem exclusivamente do SUS, ou seja, não possuem plano de saúde privado.

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que trata da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, sugere que o atendimento aos usuários com doenças crônicas seja prioritário e realizado de forma integral, considerando suas necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades, em virtude da gravidade da condição de saúde. Nesse contexto, a atenção não se resume à garantia do transporte adequado ou ao custeio de despesas com o deslocamento, mas, requer um acompanhamento contínuo, visto que os tratamentos realizados pelos usuários, por serem de longa duração, são sempre muito exaustivos e debilitantes, incluindo os acompanhantes. É nesse processo que surgem novas demandas de saúde, consequências do desgaste físico, psicológico e complicações da doença, além de alimentações especiais, uso de medicamentos não existentes na rede básica, agendamento de exames em tempo hábil, transporte adaptado, órteses e próteses, entre outras questões que são determinantes para a melhoria da qualidade de vida e que devem ser garantidos a este público, prioritariamente, pela gestão da saúde.

Outro ponto a ser destacado, consiste na percepção por parte de alguns profissionais de saúde e gestores, quanto ao cuidado e acolhimento das pessoas atendidas pelo Programa TFD, as quais estão sob responsabilidade do município. Os mesmos avaliam que a atenção à saúde necessita ser ampliada e mais humanizada, considerando a dimensão da linha de cuidado a pessoa com doenças crônicas.

Diante das problemáticas citadas, entende-se que a assistência prestada aos usuários acompanhados pelo Programa TFD deve ser repensada em sua organização e dinâmica do serviço, pois, a fim de serem melhor acompanhados pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, de forma articulada, estruturada, com normas, rotinas e procedimentos que deem respostas em tempo hábil ao problema/condição de saúde apresentada, fato que despertou o interesse como objeto de intervenção.

Nesse direcionamento, a proposta foi apresentada, debatida e validada pelo conjunto dos atores, aproveitando o ensejo da construção do Plano Municipal de Saúde. O referido Plano consiste num instrumento técnico-político de expressão das necessidades de saúde da população, para responder às demandas e enfrentar os problemas identificados pelos diversos atores que fazem o SUS e o setor de

Planejamento, do qual faço parte, tem fomentado discussões acerca dessa problemática.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Implantar um protocolo assistencial aos usuários com doenças crônicas, cadastrados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio no município, visando à ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários.

4.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar as necessidades dos usuários do TFD em relação ao acesso aos serviços, dinâmica de acompanhamento pelos profissionais e transporte sanitário;
- 2) Promover diálogos com profissionais de saúde e equipes gestoras sobre a suficiência e a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários com doenças crônicas, inclusos no TFD;
- 3) Construir um protocolo assistencial que viabilize a priorização dos usuários ao atendimento de suas necessidades de saúde.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

As condições de saúde de uma população são divididas em duas categorias: condições agudas e condições crônicas, que apresentam formas distintas de evolução. As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto, que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma episódica e reativa, exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde (influenza, dengue e doenças inflamatórias). Já as condições crônicas são aquelas de curso mais ou menos longo, que exigem respostas e intervenções contínuas do sistema de saúde e da população usuária para o seu controle (doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas, hanseníase, HIV/AIDS e transtornos mentais). Parte significativa dos problemas do SUS na atualidade reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de saúde voltado para atender as condições agudas (MENDES, 2011).

Segundo Malta e Silva (2013), as doenças crônicas resultam de múltiplas causas, tais como a hereditariedade, os estilos de vida e as exposições a fatores ambientais e fisiológicos. São doenças que, geralmente, deixam sequelas ou podem levar a óbito. As doenças crônicas e suas complicações são prevalentes e exigem mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, porque produzem impactos na saúde pública em várias dimensões, incluindo o alto custo econômico, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento, monitoramento e avaliação das ações assistenciais.

De acordo com a Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014, que normatiza a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas,

São consideradas doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014).

No Brasil, dentre as principais doenças inseridas no rol das doenças crônicas estão as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, DPO, rinite), hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas (obesidade,

diabetes, dislipidemia), doenças neuropsiquiátricas (como depressão, distúrbios relacionados ao abuso de álcool e outras drogas), doenças renais crônicas, doença de Parkinson e Alzheimer, e estas, em sua maioria, apresentam taxas de crescimento significativos a cada ano.

Esse crescimento, considerado uma epidemia da doença crônica no Brasil e no mundo, reflete, segundo Mendes,

A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social (MENDES, 2011, p. 29).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), demonstrou que 52,0% de indivíduos de 18 anos ou mais, no Brasil, referem diagnóstico de pelo menos uma doença crônica. A Pesquisa apontou também um crescimento de 2013 a 2019 de cada doença crônica física ou mental e que à medida que a idade avança aumentam as doenças crônicas.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em saúde, estabeleceu um indicador para monitoramento da taxa de mortalidade prematura, ou seja, em pessoas de 30 a 69 anos, pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis, sendo: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030, lançado em 2020 pelo Ministério da Saúde, a fim de priorizar esses grupos de doenças no que concerne à prestação de cuidados e promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, aponta que, em 2018, foram registrados no Brasil 720.205 óbitos por DCNT, e, destes, 42,2% na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, o que representa 301,4 óbitos prematuros a cada 100 mil habitantes.

Em relação à mortalidade e morbidade, pesquisas de saúde apontam que o diabetes e a hipertensão representam as primeiras causas de óbitos e de hospitalizações, sendo apontadas também como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no SUS.

Nesse contexto, a pesquisa realizada por Barbosa, et.al, ressalta que:

Uma das doenças crônicas que requerem tratamento de alta complexidade é a insuficiência renal crônica, que se tornou um dos problemas de saúde pública por suas 4,5 crescentes taxas de prevalência. Outra doença é o câncer, que se configura como a segunda causa de morte por doença no Brasil e da qual a cada ano surgem, aproximadamente, 400 mil novos casos (BARBOSA, et al, 2010, p. 32).

Considerando esse contexto de aumento das condições e doenças crônicas no mundo e no Brasil, os modelos de atenção à saúde devem ser repensados e modificados. Requer transformar um sistema de saúde que é fragmentado, reativo e episódico, focado na doença e na resolução de condições agudas, em um sistema proativo, integrado e contínuo, focada na prevenção e promoção da saúde, com centralidade no usuário (MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, o sistema de saúde pública deve ser organizado em redes, com modelos de atenção que objetivem realizar o cuidado, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Construída com base nesta concepção, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, estabelece como competências das Secretarias Municipais de Saúde, no artigo 9º da normativa:

- I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais;
- II - organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas;
- III - pactuar as linhas de cuidado com os Municípios da respectiva região de saúde, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;
- IV - organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia do acesso dos usuários, de acordo com suas necessidades;
- V - implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, quando couber, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município; e
- VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber (BRASIL, 2014).

Dentro da lógica organizacional da rede de atenção, o acolhimento constitui-se uma diretriz que compreende os componentes do acesso, da assistência e da resolutividade das necessidades e demandas do usuário, bem como humanização da atenção por parte de todos os profissionais de saúde.

Como instrumento legal que visa garantir os direitos dos cidadãos à saúde, o Ministério da Saúde instituiu em fevereiro de 1999, o programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), por meio da Portaria nº 55. Este benefício que os usuários do SUS podem receber consiste na assistência integral à saúde, incluindo o acesso de pacientes a serviços assistenciais localizados em outros municípios do mesmo Estado ou de Estados diferentes, desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução de seu problema ou haja condições de cura total ou parcial. Compete ao programa, ainda, oferecer consulta, tratamento ambulatorial, hospitalar e/ou cirúrgico previamente agendados, bem como o custeio do deslocamento do paciente para o local onde será realizado o tratamento e ajuda de custo para alimentação e hospedagem.

Para garantir a integralidade do cuidado aos pacientes com doenças crônicas, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: Atenção Básica e Atenção Especializada, que se divide em ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança. Em relação ao sistema logístico, compreende-se que,

Para subsidiar o trabalho em rede, é fundamental a estruturação de sistema logístico que permita as condições necessárias para articular os pontos de atenção. É essencial garantir o transporte sanitário, permitindo o fluxo adequado dos usuários entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações programadas (BRASIL, 2013, p.17).

Observa-se, portanto, que o programa TFD é um serviço disponível na rede de atenção à saúde, que possibilita ao usuário encaminhado pela atenção primária, ter acesso aos serviços de maior complexidade não existente em seu município e seu tratamento acompanhado por outros setores da Secretaria de saúde.

6. PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O Projeto de Intervenção está referenciado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), partindo da seleção de um problema e descrevendo seus respectivos nós-críticos e, a partir deles, elaborado um plano de intervenção. Para isto, foram realizadas algumas etapas:

Primeira etapa: inicialmente foi realizado um levantamento das necessidades e situação real do TFD, para identificação da demanda e verificar o acesso à rede de serviços dos usuários inseridos no programa o durante o tratamento. Considerando os elementos levantados, a situação-problema identificada que norteia esse projeto de intervenção situa-se no campo de problema de organização do serviço que foi: *“insuficiência de mecanismos e ações no TFD que garantam acompanhamento contínuo, assistência humanizada e ampliação do acesso para população beneficiária”*.

Segunda etapa: realização da revisão documental e bibliográfica para busca de evidências sobre a temática e projetos similares, por meio de consultas em sites, documentos institucionais e portarias ministeriais que tratam das redes de atenção e da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Também foram utilizadas plataformas virtuais para procura de estudos científicos sobre DCNT, tendo como descritores: redes de saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e assistência à saúde.

Terceira etapa: consolidação das informações levantadas e apresentação de uma proposta de intervenção, de elaboração de um protocolo assistencial em conjunto com os setores envolvidos, para melhoria da assistência aos usuários com doenças crônicas, cadastrados no Programa TFD.

Quarta etapa: desenvolvimento da proposta de Intervenção para implantação do protocolo assistencial do TFD, com inclusão da meta no novo Plano Municipal de Saúde.

Método: com base na situação-problema e identificação dos nós críticos foi elaborada uma proposta de intervenção, com ações articuladas e processuais, voltadas para: levantamento das fragilidades e necessidades dos usuários inseridos no TFD; atividades com profissionais de saúde e gestores para discussão dos nós-críticos e elaboração dos fluxos e rotinas do programa; e, por fim, a implantação do protocolo assistencial do programa.

Cenário/local: o local de intervenção será no espaço da sede da Secretaria Municipal de Saúde do município de Penedo/AL.

Atores sociais: usuários inseridos no Programa TFD, profissionais do Serviço Social, gerências de: Transporte, Regulação, Atenção Primária em Saúde, Recursos Humanos, gestor de saúde e Controle social.

Instrumentos pedagógicos: reuniões com os atores sociais envolvidos no projeto, formulários de avaliação TFD, oficinas, instrutivos para elaboração de protocolos e material educativo sobre indicadores de processo e resultado.

Monitoramento: quadrimestral, através de formulários do TFD encaminhados aos usuários.

Avaliação: A avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos será feita, anualmente, no período de elaboração do Relatório de Gestão, por meio de oficinas com participação das equipes técnicas e gestoras de todos os setores envolvidos na implantação do protocolo e operacionalização das ações, bem como representantes do controle social. A referida avaliação terá como referentes: os indicadores pactuados sobre as DCNT, os indicadores específicos do TFD, os resultados dos monitoramentos quadrimestrais realizados com os usuários e os indicadores de processos de trabalhos definidos pela equipe de planejamento em saúde e Serviço Social.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Plano de Intervenção

Esse plano de intervenção aborda como problemática as fragilidades na assistência prestada aos usuários com doenças crônicas, os quais são cadastrados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio no município de Penedo/AL. Para cada nó crítico encontrado, serão apresentadas propostas possíveis de intervenção e o desenho da operação, inclusive, com indicação dos resultados e produtos esperados com a implementação do projeto.

7.2 Público-alvo

104 usuários com doenças crônicas, cadastrados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio-TFD, da Secretaria Municipal de Saúde no município de Penedo/AL.

7.3 Desenho da operação

As ações a serem desenvolvidas neste projeto contarão com a participação das coordenações dos setores da Secretaria Municipal de Saúde de Penedo, os quais estão envolvidos diretamente com a assistência à saúde dos usuários que possuem doença crônica e que são devidamente cadastrados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio, neste caso, a Atenção Primária como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, o Serviço Social que realiza o acompanhamento e o setor de transportes responsável pelo deslocamento até as Unidades hospitalares. Também será envolvido o setor de Regulação, Controle e Avaliação - que informa ao Ministério da Saúde a frequência do usuário em seu tratamento, através dos sistemas de saúde e participa na organização dos fluxos assistenciais, o setor de Recursos Humanos e por fim, o gestor da saúde municipal.

É importante mencionar, que a executora responsável pelo projeto faz parte da equipe técnica do setor de Planejamento em saúde e que a problemática do mesmo tem sido discutida com esses setores e com a população usuária. Um desses momentos se deu nas etapas iniciais de construção do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, realizadas em 08 pré-conferências de saúde, cujas propostas

apresentadas estão voltadas para a problemática que versa sobre a fragilidade no acesso das pessoas que possuem doenças crônicas e que necessitam de uma atenção contínua e integral. Fato que corroborou com as necessidades identificadas e com esta proposta de intervenção. O referido instrumento de gestão, que está em fase final, contempla a formulação de estratégias que viabilizem a ampliação e qualificação do acesso aos serviços especializados, entre outras.

A gestão da saúde, por sua vez, vem viabilizando o diálogo sobre formas de sanar as dificuldades no acesso da população aos serviços de saúde, na expansão da rede e a descentralização dos serviços.

O desenho das operações está detalhado nos quadros que seguem.

QUADRO 1 – Desenho de Operações sobre o “nó crítico 1” para enfrentar a situação-problema “Insuficiência de mecanismos e ações no TFD que garantam acompanhamento contínuo, assistência humanizada e ampliação do acesso para população beneficiária”.

Nó crítico 1	Ausência de Protocolo assistencial no TFD.
Operação	Fazer o consolidado das informações levantadas sobre as necessidades dos usuários do TFD e implantar o protocolo assistencial.
Projeto	Mobilizar diversos atores sociais e implantar protocolo para melhorar acesso e qualidade no TFD
Resultados esperados	Melhorar da assistência à saúde dos usuários com doenças crônicas, cadastrados no Programa TFD Alcançar um percentual de 95% dos usuários que fazem tratamento fora de domicílio atendidos em suas necessidades de saúde.
Produtos esperados	Protocolo implantado, com fluxos e rotinas definidos e em execução.
Atores sociais	Coordenações dos setores da Secretaria Municipal de Saúde (Planejamento, regulação, AP, Transporte, RH) e gestor da SMS>
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: Setores da Secretaria Municipal de Saúde
	Cognitivo: profissional da área do planejamento em saúde que direcione as discussões com foco na assistência aos usuários do Programa TFD.
	Financeiro: não se aplica
	Político: articulação com a gestão e coordenações de atenção à saúde
Recursos críticos	Político: adesão da gestão e participação de outros setores
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: gestor da saúde
	Motivação: ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do TFD.
Ação estratégica de motivação	Reuniões técnicas com profissionais e gestores para apresentar o consolidado das informações obtidas com os usuários do Programa TFD, referente as fragilidades no acesso aos serviços e, também, o protocolo como ferramenta de gestão para qualificar o programa.
Responsáveis:	Técnica do Planejamento em Saúde e Serviço Social.
Cronograma / Prazo	Previsão para o início da implantação das ações, fevereiro de 2022.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Após implantação do protocolo assistencial, o acompanhamento será realizado quadrimestralmente, através de formulários do TFD, encaminhados aos usuários para identificação de ajustes e visualização dos resultados. A sistematização dos resultados servirá de subsídio para as equipes gestoras na tomada de decisão sobre o TFD. A avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos será feita, anualmente, no período de elaboração do Relatório de Gestão, tendo como referentes indicadores pactuados, os resultados dos monitoramentos quadrimestrais realizados e a percepção das equipes envolvidas.

QUADRO 2 – Desenho de Operações sobre o “nó crítico 2” para enfrentar a situação-problema “ Insuficiência de mecanismos e ações no TFD que garantam acompanhamento contínuo, assistência humanizada e ampliação do acesso para população beneficiária”.

Nó crítico 2	Insuficiente compreensão dos profissionais de saúde e equipes gestoras para adoção contínua de práticas de atenção humanizada as pessoas atendidas pelo TFD.
Operação	Realizar diálogos e planejamentos compartilhados com os profissionais de saúde e gestores que atuam no TFD sobre acolhimento e atenção humanizada.
Projeto	Educação permanente para implantar protocolo no TFD.
Resultados esperados	Profissionais qualificados, assumindo uma postura capaz de acolher, compartilhar, escutar e dar respostas adequadas aos usuários do TFD.
Produtos esperados	Estrutura organizada com práticas humanizadas no atendimento aos usuários do serviço.
Atores sociais/ responsabilidades	Coordenações dos setores da Secretaria Municipal de Saúde envolvidos
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: sala, equipamento de mídia, cartilhas
	Cognitivo: profissional da área do planejamento em saúde que direcione os diálogos sobre práticas de atenção humanizada.
	Financeiro: não se aplica
	Político: articulação com a gestão e coordenações de atenção à saúde
Recursos críticos	Financeiro: não se aplica
	Político: adesão da gestão e participação dos profissionais dos setores
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: gestor da saúde
	Motivação: ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do TFD.
Ação estratégica de motivação	Rodas de conversas, reuniões e oficinas sobre os dispositivos da PHN, destacando experiências exitosas de humanização que impactaram na melhoria da qualidade da assistência.
Responsáveis:	Técnica do Planejamento em Saúde, Serviço Social e Recursos Humanos.
Cronograma / Prazo	Previsão para o início da implantação das ações, fevereiro de 2022.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento será realizado quadrimestralmente, por meio de reuniões com as equipes, para identificação de ajustes, visualização dos resultados e aprimoramento das práticas interprofissionais.
	A avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos será feita, anualmente, no período de elaboração do Relatório de Gestão, com base nos indicadores qualitativos e quantitativos do TFD e dos processos de trabalho das equipes.

7.4 Resultados Esperados

7.4.1 Resultados da intervenção em relação aos objetivos propostos

Por meio das ações a serem desenvolvidas na intervenção, almeja-se obter informações qualitativas e quantitativas sistematizadas acerca das necessidades de saúde e dificuldades dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde no SUS e, sobretudo, aprimorar a organização dos serviços com implantação de instrumento gerencial, para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da assistência à saúde dos usuários acompanhados pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio.

7.4.2 Resultados do Trabalho Interprofissional

Com a realização da intervenção espera-se o interesse e o engajamento dos técnicos que estão na gerência dos setores de atenção à saúde, para dialogar sobre as possibilidades de melhorias na qualidade do acesso das pessoas que enfrentam condições crônicas de saúde e que necessitam de atenção contínua e integral durante o tratamento fora de domicílio e construir, de forma coletiva, com embasamento técnico, teórico e ético, esse importante instrumento de gerenciamento em saúde (protocolo).

Espera-se, também, fortalecer as práticas interprofissionais e colaborativas no trabalho em saúde, bem como o princípio do cuidado centrado no paciente, tendo em vista que as necessidades de saúde da população e a proposta de implantação do protocolo vêm sendo realizadas de forma compartilhada, com os setores da Secretaria, gestão do SUS e os próprios usuários do TFD.

7.5 Viabilidade

Este projeto possui viabilidade política e técnica em sua execução, visto que não demandará recursos financeiros ou materiais, além de que se encontra previsto no Plano Municipal de Saúde a criação de mecanismos que melhorem a qualidade do acesso das pessoas com doenças crônicas aos serviços de saúde.

7.6 Orçamento Estimado

Este projeto não demandará gastos em sua execução, por ter como objeto a construção de um instrumento para estabelecer fluxos e rotinas no serviço de saúde em questão.

7.7 Financiamento

Não será necessário. Apenas uma reorganização dos serviços e recursos existentes.

7.8 Parcerias Estabelecidas/Responsáveis

Para a construção deste Projeto foi necessária a parceria do Serviço Social que realiza o acompanhamento aos usuários do TFD, no sentido de fornecer as informações acerca das pessoas ativas no Programa, e na execução, espera-se, além desta, a parceria dos responsáveis pela Atenção Primária, Regulação, Controle e Avaliação, Recursos Humanos, Gestão da Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

7.9 Recursos Necessários

Para a execução deste o Projeto serão necessários os profissionais que ocupam o cargo de gerência dos setores envolvidos e seus subordinados, os quais serão qualificados acerca das práticas de atenção humanizada com foco aos usuários do Programa TFD, direcionada pela técnica do Planejamento em Saúde, com o apoio do Serviço Social e Recursos Humanos.

7.9 Cronograma de execução

Discriminação	Meses							
	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.
Fase 1: Levantamento da situação dos usuários do Programa TFD								
Fase 2: Consolidação das informações								

Fase 3: Apresentação da proposta de construção do Protocolo Assistencial								
Fase 4: Diálogo com os gestores e profissionais								
Fase 5: Construção do Protocolo								
Fase 6: Qualificação dos profissionais sobre atenção humanizada e apresentação do protocolo								
Fase 7: Implantação do Protocolo								
Fase 8: Monitoramento e Avaliação								

7.10 Gestão, acompanhamento e avaliação

A partir da implantação do protocolo assistencial, o monitoramento e a avaliação serão realizados quadrimestral e anualmente, respectivamente, acompanhando a dinâmica da Política de Saúde, no tocante aos instrumentos de planejamento do SUS - Relatórios de Gestão. Para isto, serão utilizados como instrumento de escuta dos usuários de formulários do TFD, para identificação de ajustes e visualização dos resultados. Com os profissionais de saúde do programa, equipes técnicas e gestoras da SMS serão organizados momentos para discussão dos indicadores de resultados, qualitativos e quantitativos, com registros e sistematizações num instrumento técnico, que servirá de subsídio para retroalimentar novas reflexões sobre os fluxos, rotinas, impactos e limites do TFD, bem como para a tomada de decisão pelas equipes gestoras do programa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, a partir do desenvolvimento das ações propostas nesse Projeto de Intervenção será possível vislumbrar as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e a uma atenção de qualidade às pessoas com doenças crônicas, que realizam tratamento fora de seu município de origem, contribuindo assim para fomentar estratégias de priorização e organização dos serviços, a fim de que o cuidado integral seja garantido ao usuário, como a implantação de um protocolo assistencial, foco deste trabalho.

A presente proposta contempla ainda as práticas interprofissionais e colaborativas no trabalho em saúde, tendo em vista que as necessidades de saúde da população e a proposta de implantação do protocolo vêm sendo realizadas de forma compartilhada, com os setores da Secretaria, gestão do SUS e os próprios usuários do Programa de Tratamento Fora de Domicílio-TFD, bem como ações de educação permanente, para a qualificação da gestão e da melhoria da atenção humanizada no SUS.

Por fim, espera-se o contínuo aperfeiçoamento das ações, a percepção crítica dos cenários/mudanças e ampliação da capacidade de intervenção, através de outros estudos nessa área, que traga o conhecimento profundo da população com doenças crônicas e de suas reais necessidades de saúde, com vistas à organização dos serviços e aprimoramento dessa linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Participação Social. **Plano Diretor de Regionalização**, 2011. Maceió-Alagoas. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Diretor-Regionalizacao-2011.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2021.

BARBOSA H.H.M. *et al.* **Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio**. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 2010; 1(3):43-47. Disponível em: <http://revista@iec.pa.gov.br>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro **PORTARIA Nº 55, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL: MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília-DF, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p-blica.pdf>. Acesso em 21 out. 2021.

BRASÍLIA: MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal 2019**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude>. Acesso em: 07 out. 2021.

IBGE –INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://tinyurl.com/yx9re6wc>. Acesso em: 29 jan. 2021.

_____. **Estimativa Populacional 2020**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 29 jan. 2021.

MALTA D.C; SILVA J. J.B. **Epidemiologia das Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil**. In: Rouquayrol M. Z, Gurgel, M (Org.). **Epidemiologia & Saúde**, 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. Acesso em 21 out. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BRASÍLIA: Organização Pan-Americana da Saúde. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.**, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNES NET**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em 07 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema E-SUS Atenção Básica**. Disponível em: <http://187.92.206.250:8080/>. Acesso restrito em: Acesso em 07 fev. 2021.

PENEDO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. **Análise da Situação de Saúde**. In: Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Penedo-Alagoas, 2017. p.86-102.

ANEXO 1 – Declaração de Anuência



MUNICÍPIO DE PENEDO
ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado "A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRESTADA AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS, INSERIDOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE PENEDO/AL", realizado por LILIAN BARBOSA DA FÉ LIMA, sob a orientação da PROF.ª MESTRA QUITÉRIA MARIA FERREIRA DA SILVA, a ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (NUSP/FAMED/UFAL).

Destaco que o Projeto de Intervenção proposto têm relevância institucional, e que a instituição participará da elaboração e execução do mesmo.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde que os envolvidos/as comprometam-se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para construção do Projeto de Intervenção.

Penedo/AL, 25 de Outubro de 2021.


GUILHERME RESSURREIÇÃO LOPES
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
SEMS

ANEXO 2- Termo de Aceite e Compromisso de Orientação

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, Quitéria Maria Ferreira da Silva, RG nº 742.776 SSP/AL, declaro que aceito o compromisso de orientar o Projeto de Intervenção à ser desenvolvido pelo(a) profissional especializando/a Lilian Barbosa da Fé Lima como Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (NUSP/FAMED/UFAL), no período 2020-2021.

Maceió, 18 de Agosto de 2021.

Nome e assinatura do orientador

Nome e assinatura do Discente