

O PROGRAMA ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: ACESSO A SAÚDE INTEGRAL DO IDOSO FRÁGIL OU ESTRATÉGIA DE RACIONALIZAÇÃO DE RECURSOS PARA A ATUAL CONJUNTURA DA SAÚDE?

Roberto Santos da Cunha ¹

RESUMO

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades ocasionadas pelo aumento da expectativa de vida do idoso vem exigindo dos serviços, trabalho interdisciplinar, a intersetorialidade, facilitação do acesso e uma escuta especializada como forma de atender à integralidade da atenção, assiste-se a necessidade de rever as políticas públicas, particularmente nos serviços de saúde, com maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar. O artigo trata sobre o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI), no município do Rio de Janeiro. Tem o objetivo de compreender um serviço Atenção Domiciliar (AD), inserido em um contexto de contrarreforma da política pública de saúde, voltado ao idoso com algum grau de dependência ou acamado. Trata-se de um estudo com uma abordagem teórico-metodológica crítica e dialética, com o suporte da abordagem da pesquisa qualitativa e quantitativa, apoiado na literatura científica acerca da temática. A pesquisa quanti-qualitativa se propõe a tratar de uma dimensão da realidade cujas questões levam também a buscar o diálogo e a análise dos elementos estruturais e históricos construídos socialmente, bem como, revelar na análise teórica o que os dados estatísticos e demográficos traduzem a respeito deste segmento. Evidenciou-se uma escassez de serviços de saúde intermediários entre a alta hospitalar e a moradia. o PADI/RJ, considera-se que suas propostas pretendem: contenção de demanda ao SUS; maximizar os resultados sem aumentar o financiamento da Política de Saúde; responsabilizar a família e a comunidade como sujeitos do cuidado em saúde e considerar o domicílio um ponto de cuidado da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Idoso. Política de saúde. Atenção domiciliar

INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento humano (Teixeira, 2008), tem se configurado como um fenômeno mundial sem precedentes, ocorrendo no mundo de forma gradual e célere, consolidando importantes impactos políticos, sociais e econômicos, evidenciando, também, os avanços na ciência e tecnologia que contribuem com o aumento da longevidade humana. Em contraponto, o privilégio da longevidade ainda é restrito a algumas parcelas da população, visto que nem todas as pessoas atingem a faixa etária acima dos 60 anos, devido às condições de vida

¹ Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, betohugors@yahoo.com.br;

e de acesso aos bens e serviços produzidos pela classe trabalhadora em sociedades fundamentalmente neoliberais.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento humano tem se constituído frente a um cenário ultraconservador, em um contexto de redução do Estado e de direitos sociais, com o aumento do desemprego, da violência e da desproteção das famílias, tendo como principais mecanismos: a Emenda Constitucional (EC) 95, de 2016, as contrarreformas da Previdência e trabalhistas, dentre outras medidas que realizados no governo de Jair Bolsonaro, com implicações diretas para a classe trabalhadora.

De acordo com Minayo et al. (FIOCRUZ, 2021), estima-se que no Brasil existam cerca de 5,2 milhões de idosos que necessitam de ajuda para as suas atividades da vida diária. Em, pelo menos, 80% dos casos, o cuidado é prestado por algum familiar, em 20%, este cuidado é prestado por um(a) cuidador(a) remunerado(a), o que inclui os arranjos em que a prestação de cuidados se dá de forma compartilhada entre pessoas contratadas e familiares. Dessa forma, os autores estimam que exista cerca de 4,2 milhões de familiares que cuidam de idosos dependentes e 1 milhão de cuidadores de idosos contratados ou remunerados.

Para a Organização Mundial da Saúde (2015), a saúde pública deve apresentar como resposta à população idosa, políticas estruturadas de forma que permitam que um maior número de pessoas alcance trajetórias positivas do envelhecimento. A Política Nacional de Saúde da População Idosa (BRASIL, 2006) previa serviços especializados em geriatria em nível secundário, destacando o idoso em condição de fragilidade com recomendações de reabilitação, tratamento e cuidados paliativos, intermediadas pelas unidades de saúde e sustentadas pela intersetorialidade.

A AD vem crescendo no Brasil, devido ao aumento das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) e incapacidades ocasionadas pelo aumento da expectativa de vida do idoso que vem exigindo dos serviços o trabalho interdisciplinar, a intersetorialidade, facilitação do acesso e uma escuta especializada como forma de atender às múltiplas necessidades de saúde desse segmento, correspondente à integralidade da atenção; assiste-se a necessidade de rever as políticas públicas, particularmente nos serviços de saúde, com maiores investimentos em programas de saúde preventivos e de base domiciliar (THUMÉ, 2010).

Hoje, fala-se menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, desospitalização, assistência domiciliar, cuidador domiciliar, assim como em programas de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação e convivência. Dessa forma, o presente artigo, fruto de pesquisa para a dissertação de mestrado, visa uma aproximação com o debate acerca da assistência à saúde do idoso, especialmente, no que se refere às ações em saúde no

domicílio deste grupo populacional, buscando refletir se este modelo tem sido capaz de responder às atuais demandas postas pelo envelhecimento humano da classe trabalhadora.

Para tanto, reflete-se a partir do referencial teórico-metodológico crítico-dialético, através de pesquisa bibliográfica e documental, dialogando com os autores, principalmente do campo marxista, como as obras Teixeira (2008) e Bernardo (2019), como representativas de uma vertente mais alinhada com a gerontologia social crítica, que contesta a generalização das abordagens e a incipiência de análises sobre a velhice na sociedade capitalista.

Portanto, reverbera como um esforço no cotidiano da prática do assistente social, visto a escassez das produções teóricas e frente as expressões da questão social. A prática reflexiva no âmbito da saúde faz parte do escopo da atenção integral a pessoa idosa, em face ao processo do envelhecimento humano da classe trabalhadora dependente, e orientações sobre o exercício dos direitos da pessoa idosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, desde 2011, o Ministério da Saúde (MS) tem fomentado a expansão e consolidação da atenção domiciliar, como modalidade de assistência à saúde humanizadora e estratégica à redução da demanda por leitos hospitalares e cuidados de natureza ambulatorial e após revisões do conjunto de legislações e normativas que orientavam a AD no Brasil, foi instituída a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), pela Portaria nº 2011, que criou o Programa Melhor em Casa (PMC), como subsídio à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pelos municípios (BRASIL, 2011).

Atualmente, a portaria em vigor é de nº 825/2016, que define a atenção domiciliar no SUS, como uma modalidade de “atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RASs), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidado” (BRASIL, 2016). A atenção domiciliar é organizada em três tipos:

a) Atenção domiciliar tipo 1 (AD1): dirigida para usuários com problemas de saúde controlados/compensados, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessita de cuidados de menor complexidade. A frequência de visitas é decidida pela avaliação clínica, dentro da capacidade de atendimento das unidades básicas de saúde; b) Atenção domiciliar tipo 2 (AD2): indicada para usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. Necessita de maior

frequência de cuidados e acompanhamento contínuo; c) Atenção domiciliar tipo 3 (AD3): semelhante à AD2, acrescido da necessidade de uso de procedimentos especiais

O município do Rio de Janeiro, cenário deste estudo, é uma das 20 cidades mais populosas do mundo e com a proporção de idosos, atingindo 14,9%, num total de 940.851 idosos (IPP, 2017; RJ/PMAS, 2018 apud BERNARDO, 2019). Verificamos que muitos desses idosos com idades mais avançadas, são segmento prioritário para o atendimento especializado e multiprofissional, em face de maior probabilidade de déficits funcionais e cognitivos a partir dos 75 anos, como previsto pela PNSPI (BRASIL, 2006). Além disso, na cidade existem diferentes bairros, com diferentes estágios de envelhecimento humano, onde, dependendo dos dados de indicadores socioeconômicos, impactam diretamente no processo de envelhecimento entre as classes sociais de acordo com o IPP (2017 apud BERNARDO, 2019, p. 187):

Dentre os serviços ou programas, voltados ao atendimento específico para o idoso ou que tem a população idosa como a maioria de sua demanda, temos aqueles que seguem as orientações da PNSPI (BRASIL, 2006) e os demais documentos da área do envelhecimento publicado pelo MS (BRASIL, 2014; 2019), que propõem uma rede de atenção pautada numa linha de cuidados, tendo a atenção básica, responsáveis pelo atendimento de pacientes em Nível AD1, como a organizadora e mediadora dos fluxos assistenciais, facilitando e garantindo o acesso do idoso a todos os níveis de atenção. A atenção especializada é dirigida para idosos em situação de fragilidade e maior dependência, através das policlínicas e hospitais da rede. Para as situações de urgência e emergência, têm-se as Unidades de Pronto Atendimento, Centro Emergência Regional e hospitais municipais. Para atenção domiciliar, tem-se, desde 2010, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que atende pacientes em nível AD2 e AD3 (BERNARDO, 2019).

Segundo o site da prefeitura (RIO DE JANEIRO, [s.d.]), o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso, enquanto política pública gratuita, encontra-se dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, na cidade do Rio de Janeiro e atualmente é gerido pela Organização Social Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS). O acesso ao programa ocorre mediante encaminhamentos dos hospitais pólos com vias a desospitalização ou pela atenção básica através do sistema de regulação (SISREG). Há dois critérios de inserção que merecem reflexão: “ter um responsável que assume a função de cuidador, familiar ou não (e) o domicílio precisa ter recursos mínimos de infraestrutura, saneamento básico e ventilação”. (RJ/SMS/2016 apud BERNARDO, 2019).

Para construir o perfil dos usuários desta política foi realizado a análise dos relatórios da OS IDEAS e de resumos de trabalho produzidos pelas equipes multiprofissional do

PADI/RJ, nas revistas dos Congressos Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar (CIAD), com isso, podemos afirmar que o perfil dos pacientes atendidos (produzidos pelas equipes) no PADI/RJ, em sua maioria são idosos: “o perfil dos pacientes atendidos no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – Pedro II. (...) Resultado: Após análise, observamos que a maioria dos pacientes tinha idade acima de 60 anos, com média de 67 anos; 62,3% eram do sexo feminino.” (BASTOS e COSTA e RIBEIRO, 2017).

O que reforça os dados nacionais sobre a AD. Pois, segundo dados do MS em 2016, 67,4% das pessoas atendidas pelo programa melhor em casa eram idosos, tendo 30% dos pacientes com mais de 80 anos. As crianças menores de um ano representavam 10% dos atendimentos domiciliares (BRASIL, 2016).

Em ambas as modalidades de AD, não houve diferença significativa entre os sexos. Sendo ligeiramente maior a utilização dos serviços por mulheres (...). Igualmente, o aumento do volume de utilização de AD foi proporcional ao avançar das idades (...). A partir dos 50 anos, nas duas modalidades, é percebido o aumento da utilização pelos serviços. A utilização por indivíduos a partir de 60 anos correspondeu a mais da metade de todos os serviços e procedimentos utilizados. Informação essa que vai ao encontro do destaque dado pela literatura a esta faixa, quando abordado os objetivos e a quem se destina a AD. A faixa etária, comparativamente, que mais utilizou a AD foi a de 70 a 79 anos, correspondendo a 20,5% das internações domiciliares, e 22,4% dos procedimentos domiciliares ambulatoriais. (RAJÃO e MARTINS, 2020, p. 1871).

Também foram identificadas dificuldades de encaminhamento para a rede socioassistencial, além da baixa cobertura da APS (Atenção Primária à Saúde), a ausência da ESF (Estratégia Saúde da Família) no território dificultando o trabalho conjunto com as equipes multiprofissionais do SAD que, por vezes, fazem os usuários e suas famílias sentirem-se “desprotegidos”, por não terem uma Unidade de Saúde de referência próxima a seu domicílio à qual possam recorrer para obter apoio ao cuidado domiciliar (NEVES e CASTRO e COSTA, 2016). Diante disso, entendemos que estes usuários estão privados da possibilidade de receberem visitas domiciliares (VD) e receberem acompanhamento, concomitantemente, por profissionais da APS.

Este trabalho tem o objetivo de analisar o tempo médio de permanência dos indivíduos atendidos pelas equipes do PADI no período de 2013 a 2015 (...) Observa-se um aumento progressivo do tempo médio de permanência, que variou de uma média geral de 163 dias em 2013, 239 em 2014 e 245 em 2015, com desvio-padrão em torno de 20 dias.(...) O tempo de permanência é superior ao pactuado (120 dias), provavelmente devido à dificuldade de encaminhar essas pessoas para a atenção primária, suposição reforçada pelo fato de as bases responsáveis pelas áreas com maior cobertura de saúde da família apresentarem os menores tempos de permanência. (FERREIRA et al., 2017, p. 50).

Rajão e Martins (2020), ao analisarem a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde, identificando as modalidades de cuidado e desigualdades no seu uso, trouxeram, entre outras informações, uma que ajudou a caracterizar o perfil de uso desses serviços. Os autores concluem que:

Referente aos atendimentos domiciliares ambulatoriais, o encaminhamento à AD1, modalidade de cuidado de menor complexidade executada pelas equipes de Atenção Básica, ocorreu em 2,3% dos casos. Foi possível, também, observar que a maior parte dos atendimentos (93,3%) foi executado pelas EMAD, e apenas 6,7% executados pelas EMAP. E, ainda, que 63,3% das residências não eram cobertas por Estratégia Saúde da Família (ESF). Quanto à origem do paciente, 54,5% dos pacientes atendidos foram originados da Atenção Básica (AB), 23,8% egressos de internação hospitalar, e apenas 5,7% de serviços de urgência. (RAJÃO e MARTINS, 2020, p. 1872).

Aqui, tanto nos dados nacionais, quanto nos estudos municipais, fica clara a dificuldade de encaminhamento para rede socioassistencial porém, não dá para identificar se destes 93,3% de usuários de AD2, quantos teriam perfil de permanecer na AD1, já que temos uma baixa cobertura da ESF e quantos tiveram uma alta precoce, contribuindo para a rotatividade de leitos exigidos pela lógica produtivista instalada na saúde.

Resultados: Em 2010, o PADI contava com três bases situadas em três hospitais municipais do Rio de Janeiro, passando para cinco bases em 2015. A média de pacientes atendidos por base variou de 91 em 2010 a 200 em 2016. Desde que foi inaugurado até agosto de 2016, o PADI atendeu a 8.022 pacientes em todo o município do Rio de Janeiro. A busca ativa de pacientes pela captação cresceu de 3.227 em 2010 para 18.026 em 2016, destacando-se o ano de 2013, quando 23.120 pacientes foram avaliados. Até 2016, o PADI foi responsável pela desospitalização de 5.888 pacientes. A porcentagem de altas recuperadas cresceram de 1,6% em 2010 para 53,4% em 2016. (...) Os indicadores mostram o aumento da sua efetividade na desospitalização e na recuperação dos pacientes acompanhados. (COELHO e GONÇALVES e UCHINO, 2017, p. 63, grifos nossos).

Assim como os relatórios IDEAS também reconhecem essa lacuna, claro que pelo viés de produtividade, considerando o aumento gradual do perfil de nível de complexidade do programa, sugere-se a revisão da meta contratual, a fim de melhorar a qualidade da assistência e permitir o aumento da desospitalização de pacientes de maior nível de complexidade.” (RJ/SMS/2016 apud BERNARDO, 2019, p. 200). Observamos essa mesma lógica no relatório de 11/2020 do IDEIAS, quando relatam como meta não atingida o tempo médio de permanência total do PADI, que foi de 192,64 dias, buscando prover a transição de cuidados de média complexidade para a baixa complexidade sendo encaminhado, por fim, para a ESF. Cabe ressaltar a dificuldade de alta dos pacientes em situação de restrição ao leito ou ao lar que residem em áreas não cobertas pela ESF. (IDEIAS, 2020, online).

Rajão e Martins (2020) afirmam que no campo da organização e coordenação da atenção domiciliar no contexto brasileiro, não é notória, na prática, que haja a articulação formal e contínua entre os SAD com os demais serviços de saúde.

Essa reiterada desarticulação se manifesta ainda na escassez de serviços de saúde intermediários entre a alta hospitalar e a moradia, como sinalizado pela PNSPI (BRASIL, 2006), além da redução de leitos para internação ou a sua oferta via iniciativa. A eventual necessidade de internação do idoso requisita um acompanhamento hospitalar diferenciado. O preparo para a alta converte-se em um trabalho árduo na medida em que há barreiras para a estruturação da continuidade do acompanhamento em saúde, evitando, assim, reinternação ou complicações. Veras et al. (2013) alertam que essa fragmentação sobrecarrega pontos da rede, sendo em via de regra o hospital ou as grandes emergências as principais portas de entrada para o sistema, diferente do que é apregoado pela política atual que indica a atenção básica como organizadora do fluxo institucional. (BERNARDO, 2019, p. 204).

Assim, concordamos com Bernardo (2019), pois o fato é que o programa disponível no município (PADI) não consegue atender à demanda efetiva, elevando as responsabilidades do nível primário que necessita cobrir a população de seu território na atenção domiciliar prevista na ESF. O relatório demonstrativo da Prefeitura ratifica esse dado quando diz que o PADI “cuja relevância social e capacidade de responder às necessidades da população são comprovadas, é ferramenta fundamental para aumentar a eficiência dos leitos hospitalares, entretanto, hoje, tem baixa cobertura populacional.” (RJ/SMS/2016 apud BERNARDO, 2019, p. 200).

Em nosso levantamento, identificamos poucos estudos que evidenciam de fato o custo-efetividade da AD, havendo, de um lado, a perspectiva de que a AD proporcionaria benefícios à rotatividade dos leitos hospitalares existentes, por meio da alta precoce, redução da procura pelas portas de entrada das emergências, redução das reinternações e utilização mais eficiente dos recursos de saúde (SILVA et al., 2014). Quanto ao discurso principal sobre os benefícios, a rotatividade dos leitos hospitalares existentes, exigidos pela lógica produtivista instalada na saúde, que o PADI/RJ proporcionaria, já apresentamos até aqui algumas reflexões que desconstruem esse discurso.

O estudo de Neves et al. (2019), analisou o perfil assistencial de um SAD vinculado a um hospital público de ensino do município do Rio de Janeiro e verificou as associações e correlações entre as variáveis sociodemográficas e de saúde dos usuários assistidos por esse serviço. Os usuários do SAD demandam, em média, 7,46 equipamentos e materiais médico-hospitalares para a continuidade do seu cuidado domiciliar, sendo que 70% dos gastos relativos a esses equipamentos e materiais eram assumidos pelo usuário e sua família; 10% de forma compartilhada entre o SAD, o usuário e sua família; 9% pelo SAD; 5% por meio de doações e 6% pelo SUS. Do total de procedimentos de enfermagem, 52% eram realizados pelo próprio

cuidador, 23% pelos profissionais da equipe multiprofissional, 13% realizados de forma compartilhada entre o SAD e o cuidador, 10% realizados de forma conjunta entre o cuidador e o próprio usuário, e 1% pelo serviço privado e o SAD.

Em conformidade com a transferência de custos e gastos para o usuário e sua família, a pesquisa desenvolvida por Pires et al. (2013) verificou a falta de equipamentos de saúde para o cuidado domiciliar, como materiais para curativos (58,3%), cama hospitalar (53,5%), colchão casca de ovo (51,2%), andador (44,4%), cadeira de higiene (32,8%), cadeira de rodas (31,7%) e bengala (31,25%). Segundo os achados desta pesquisa, os usuários do SAD demandavam, em média, 6,78 procedimentos de enfermagem, sendo eles: sinais vitais (97,8%); administração de medicamentos (93,5%); troca de fraldas (71,7%); transferências (63%); administração de dieta por via oral (60,9%); banho de aspersão (58,7%); curativo de lesões (47,8%); coleta de exames (47,8%); mudança de decúbito (37%); e banho no leito (28,3%).

Tal achado nos permitiu afirmar que AD está relacionada à transferência dos custos do serviço de saúde para as famílias, somado à disponibilidade de tempo e mão de obra não remunerada do familiar cuidador levando a um aumento substancial dos gastos da família com o item saúde, levando à alteração do orçamento familiar e, conseqüentemente, o aumento da sobrecarga e os custos familiares, uma vez que assumem diretamente a responsabilidade pela prestação de cuidados durante a maior parte do dia e passam a ser os provedores para a aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos necessários. Isso significa o reforço da familiarização do cuidado (ESPING ANDERSEN, 2000).

Em documento mais recente publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), no item sobre atenção ao cuidador, não constatamos qualquer nota ou comentário sobre as desigualdades, muito menos críticas às políticas familistas. A ênfase repousa sobre o apoio ao cuidador por meio de orientações sobre os cuidados e apoio psicossocial para minimizar situações de sobrecarga e estresse. Não há reflexão no sentido de ampliar as políticas nem o cuidado como direito. Ao contrário, há o reforço das funções familiares. Esse documento dá continuidade a um documento publicado em 2014. Em nossa pesquisa, percebemos que o documento de 2014, embora familista, ponderava sobre os novos arranjos familiares e a necessidade de políticas intersetoriais de apoio às famílias. Esse texto não aparece mais em 2019, o que nos leva a ponderar que houve retrocesso na abordagem com recrudescimento de uma visão mais conservadora. (BERNARDO, 2019, p. 244).

Por fim, lembramos que no Brasil vivemos o processo de envelhecimento da classe trabalhadora em um contexto bastante desigual e com reduzida proteção social. Assim, é importante pontuar que o debate sobre assistência em domicílio à saúde do idoso frágil, apresenta muitos desafios a serem enfrentados, envolvendo a rediscussão dos modelos de

gestão, o lugar da atenção básica na rede, o sistema de regulação, a intersetorialidade e os programas de atenção domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AD é atrativa para os gestores em saúde nas decisões político-institucionais por dois motivos principais: o primeiro se dá em uma perspectiva racionalizadora, na qual a AD visa a redução de custos pela substituição ou abreviação da internação hospitalar, enquanto o segundo motivo decorre de uma reorientação do modelo tecnoassistencial, tendo a AD espaço potente na criação de novas formas de cuidar mais humanizada e contextualizada de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias. Não sendo excludentes, pois ambos estariam presentes, expressas nas diretrizes de organização dos programas e nas práticas instituídas pelas equipes (BRASIL, 2012). Mas, com base no que identificamos na pesquisa, podemos corroborar com a afirmação de Braga et al (2017), que há um descompasso na AD entre a lógica sob a qual se organiza a oferta (visando a racionalização de custos e não a melhor alocação dos recursos disponíveis) e o atendimento das reais demandas e necessidades de saúde da população idosa, prevalecendo a vertente racionalizadora.

Depreende-se que, enquanto estratégia de contenção de demanda ao SUS (NASCIMENTO, 2016), o PADI/RJ obstaculiza a materialização do Projeto de Reforma Sanitária e gera novas determinações à força de trabalho em saúde. Ou seja, o controle social, a concepção ampliada de saúde e a integralidade de atenção à saúde, vêm sendo questionados por abordagens tecnicistas, pragmáticas, que legitimam a privatização da gestão do SUS e transferem mais responsabilidades à família e à comunidade, sem levar em conta muitos dos aspectos socioculturais e econômicos dos envolvidos nos arranjos familiares e no processo de envelhecimento.

A proposta de humanização do atendimento pela política de saúde não pode ser restrita somente ao aumento da carga de cuidados no domicílio ou auxiliar a retirar o papel do Estado na prevenção, promoção e recuperação da saúde do idoso. A mesma precisa fortalecer a efetividade de um serviço de saúde que contribua para o enfrentamento das necessidades do envelhecimento, especialmente daquele idoso frágil. É preciso frisar que a atenção domiciliar deve representar um direito capaz de contribuir para a melhoria das condições de saúde do idoso.

Portanto, a AD, se realizada pela atenção primária universal, poderá contribuir para gerar assistência mais humanizada e resolutiva, além da diminuição dos custos hospitalares e

das interações desnecessárias. Tornando-se uma ferramenta essencial para o cumprimento de princípios, por exemplo, a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado (DIAS et al., 2015), assim como no alcance de atributos essenciais da APS, tal qual, a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. Dessa maneira, potencialmente minimizaria a fragmentação do cuidado, quando é inserida nas linhas de cuidado, fundamentadas nas necessidades da pessoa e das famílias com assistência adequada e o controle dos agravos à saúde.

Considera-se de extrema relevância a revisão da PNAD à luz dos achados desta e de outras pesquisas, assim como a realização de estudos que procurem dar conta de outros aspectos e cenários, que apontam para a sobrecarga gerada pela transferência de custos e de cuidados técnicos para o cuidador familiar de usuários em atendimento domiciliar, sobretudo no âmbito do SUS. Assim, torna-se necessário o investimento governamental na ampliação, aprimoramento e fortalecimento da AD como modelo substitutivo e complementar de cuidado, pelos benefícios já constatados. Dessa forma, será possível às equipes prestar um atendimento integral ao usuário, mas também aos demais participantes do processo de cuidar, em especial aos cuidadores familiares, diminuindo a sobrecarga física, emocional, financeira e social dessas famílias

REFERÊNCIAS

BASTOS, G; COSTA, L A; RIBEIRO, APS. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar**. 2017, São Paulo. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI. Holambra: Ed. Setembro, São Paulo, n. III, 2017, p. 70.

BERNARDO, M. H. J. **Envelhecimento da classe trabalhadora, dependência e cuidados familiares: desafios para a proteção social no município do Rio de Janeiro**. 2019. 300 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006.

_____. **Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2012**. Revogada pela PRT GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS**: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

_____. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar, Brasília (DF)**, v. 1, 2012.

CAMARANO, A. A. IPEA. **Nota Técnica**. Cuidados para a População idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. n. 64. Abril de 2020.

COELHO, L. P.; GONÇALVES, V. F.; UCHINO, M. S. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso: um panorama após seis anos de implantação no Rio de Janeiro. **Rev. Brasileira de Atenção Domiciliar**. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI, São Paulo, v. 1, n. III. Holambra: Editora Setembro, 2017.

DIAS, M. B. et al. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Brasil, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona, Ariel, 2000.

FERREIRA, A. R. et al. Análise do tempo de permanência no atendimento do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro - 2013 a 2015. **Rev. Brasileira de Atenção Domiciliar**. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI, São Paulo, v. 1, n. III, Holambra: Editora Setembro, 2017.

FIOCRUZ. **Nota técnica do comitê de saúde da pessoa idosa-FIOCRUZ**: acesso prioritário à vacinação contra a covid-19 para as pessoas idosas com limitações funcionais e seus cuidadores(as). FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2021.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Brasília: IBGE, 2009. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 07 jun. 2021.

NASCIMENTO, M. B. Idosos assistidos no serviço de atenção domiciliar: integralidade das ações em saúde. 2016. 81 p. **Dissertação (Mestrado em Gerontologia)** – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2016.

NEVES, A. C. O.; SEIXAS, C. T.; ANDRADE, A. M.; CASTRO, E. A. B. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 214, 2019.

OMS. ONU. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

PIRES, M. R. G. et al. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. da Escola de Enferm. da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648- 656, jun. 2013.

RAJÃO, F. L; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 1863-1876, 2020.

RIO DE JANEIRO. SMS/RJ. _____. **Diário Oficial do Rio de Janeiro**. Secretaria de Saúde. Despachos da secretaria. 2019
<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9019443/4247845/HomologacaoPADI.pdf>.

TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

THUMÉ, E. **Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica**. 2010. 212 p. Tese (Doutorado em ciências) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2010.