

# O Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso no Rio de Janeiro

Roberto Santos da Cunha

## 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, nem todas as pessoas atingem a faixa etária acima dos 60 anos, devido às condições de vida e de acesso aos bens e serviços produzidos pela classe trabalhadora em sociedades fundamentalmente neoliberais.

Segundo demonstra o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2014), na Nigéria, país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a faixa etária da população com mais de 65 anos não ultrapassa 0,5%, enquanto na Alemanha, essa população idosa contempla 17,5% do contingente populacional do país. O relatório da ONU intitulado *World Population Prospects 2019* (Prospecções da População Mundial 2019), destaca que o Brasil ocupa atualmente a sexta posição no ranking mundial, em um total de 235 países avaliados, constatando uma tendência de envelhecimento da população brasileira de forma mais intensa do que no restante do mundo.

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, no quarto trimestre de 2019, número que correspondia a 16,2% da população do país (DIEESE, 2020), enquanto em 2010 (IBGE), a ordem era de 18 milhões de idosos, representando 12% da população total.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento 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 estiveram em curso 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 e/ou remunerados.

Para a OMS (2015) a saúde pública deve apresentar como resposta à população idosa, políticas estruturadas de forma que permitam que um maior número de pessoas alcance qualidade de vida no processo de envelhecimento. Já em 2006, a Política Nacional de Saúde da População Idosa (PNSPI, 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. Enfatiza a Atenção Domiciliar (AD), como uma das intervenções em saúde preferenciais e prioritárias ao idoso em tais condições.

A AD vem crescendo no Brasil, devido ao aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e incapacidades ocasionadas pelo aumento da expectativa de vida do idoso 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. Com isso, assiste-se à 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 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.

### **Serviços de Atenção Domiciliar (SAD)**

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).

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), na estrutura como se apresentam, foram estabelecidos pelo PMC, indicando as diretrizes gerais e os requisitos necessários para implantação desses serviços nos municípios, regulamentado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2011 e criado em 2012, que apresenta como objetivo o incentivo pela ampliação da AD no SUS. Atualmente, a portaria em vigor é de nº 825/2016 que define a AD 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, 2016b). A AD é organizada em três tipos:

**a) AD tipo 01:** 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) AD tipo 2:** 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) AD tipo 3:** semelhante à AD2, acrescido da necessidade de uso de procedimentos especiais.

## O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso no município do Rio de Janeiro (PADI/RJ)

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, é 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, 2006f).

Além disso, na cidade existem diferentes bairros, com diferentes estágios de envelhecimento populacional, cujos dados de indicadores socioeconômicos impactam diretamente no processo de envelhecimento entre as classes sociais (ALVES *et al.*, 2016; Bernardo, 2019).

De acordo com o IPP (2017 *apud* Bernardo, 2019, p. 187):

[...] dos vinte bairros com maior número de idosos no município, 12 deles estão na zona sul, seis na zona norte e dois na zona oeste. Se segmentarmos os idosos por idades (entre 60 e 70, e acima de 70 anos), os bairros com maior número de idosos acima de 70 anos são Copacabana e Tijuca. Os idosos mais velhos estão nas áreas mais privilegiadas da cidade, e a expectativa de vida é em média 75 anos. Bairros como Costa Barros, Complexo do Alemão, Santa Cruz, Complexo da Maré, Acari e Cidade de Deus, entre outros, apresentam taxas de expectativa de vida oscilando de 62 a 66 anos de idade. O dado reflete as diferenças sociais territoriais e a associação dos condicionantes sociais à maior longevidade. Não por acaso, os bairros com menor número de idosos são os que têm menor IDS e localizados nas favelas e bairros da Zona Oeste e Norte.

As análises realizadas por Alves *et al.* (2016), corroboram com estes dados sobre o envelhecimento e desigualdade, pois demonstraram que no município do Rio de Janeiro existem bairros com diferentes estágios de envelhecimento populacional, onde os bairros que estão em um estágio mais adiantado de envelhecimento populacional são os que detêm os melhores indicadores socioeconômicos, enquanto os bairros com estágio mais atrasado do envelhecimento são os que, em geral, apresentam piores indicadores socioeconômicos:

[...] os bairros caracterizados por favelas apresentaram menor porcentagem de idosos em relação aos bairros vizinhos, como é o caso de Manguinhos (6,03%) em relação a Bonsucesso (20,02%) e Vidigal (8,91%) e Rocinha (5,62%), vizinhos do Leblon (28,15%), Gávea (22,04%) e São Conrado (21,39%), todos componentes do quarto quartil da distribuição dessa variável. Os valores mais elevados concentraram-se nos bairros que compõem a região administrativa de Copacabana, Botafogo e Lagoa, situados na região litorânea que compõem a “Zona Sul”, com destaque para Flamengo (29,19%), Ipanema (28,28%), Leblon (28,15%) e Leme (25,29%). Os bairros do Méier e da Tijuca se destacaram também, com porcentagem de idosos elevada: 25,58% e 24,13%, respectivamente. (Alves *et al.*, 2016, p. 02).

Esses dados refletem as diferenças territoriais e a associação dos condicionantes sociais à maior longevidade. Não por acaso, os bairros com menor número de idosos são os que têm menor IDS e localizados nas favelas e bairros da Zona Oeste e Norte, reforçam nosso debate de que envelhecer não é para todos e nem da mesma forma na sociedade contemporânea capitalista.

Na análise étnico-racial, esses indicadores também inviabilizam a longevidade e o bem-viver, más condições de habitação, qualidade da alimentação, acesso à saúde (prevenção e tratamento), escolaridade baixa, ocupação precária, informal e mal remunerada. Na estimativa feita por Alves (2021 apud OLIVEIRA, 2021), na cidade do Rio, quase dois terços (62,4%) da população de 60 anos ou mais se declararam brancos; pretos e pardos somam 36,9%. Na média geral, brancos são 51,2%, negros 47,9%. Na faixa de 70 a 79 anos, a distância é escancarada: proporção de 71,7% contra 27,8%, respectivamente; de 80 a 89, 74,5% a 25%. Ou seja, para quatro moradores do Rio com mais de 80 anos, três são brancos, apenas um é negro. Idade, cor da pele, gênero, deficiência, endereço, são variáveis determinantes para brasileiros envelhecerem com ou sem dignidade.

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 de orientação para a 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 UPAS, CER e hospitais municipais. Para atendimento 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 PADI enquanto política pública gratuita encontra-se dentro do SUS, na cidade do RJ. O PADI foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com a Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV) e atualmente gerido pela Organização Social IDEAS e destina-se a: “pacientes portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, com dificuldade de acesso à rede assistencial ambulatorial”, regularmente, “pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, com necessidade de reabilitação ou cuidados paliativos, prioritariamente acima de 60 anos, sem restrição de faixa etária”. As equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que realizam as visitas e demais procedimentos necessários aos cuidados no domicílio, e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que prestam supervisão e assessoria às equipes de referências. O acesso ao programa ocorre mediante encaminhamentos dos hospitais pólos com vias à desospitalização ou pela atenção básica através do SISREG.

As equipes do PADI, operacionalizada pela Organização Social IDEAS, estão localizadas nos seguintes hospitais: Hospital Francisco da Silva Telles, em Irajá; Hospital Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca; Hospital Miguel Couto, no Leblon, Hospital Pedro II, em Santa Cruz; Hospital Salgado Filho, no Méier, além de equipes de captação e/ou fluxo de desospitalização nos Hospitais Municipais da Piedade, Ronaldo Gazolla, Souza Aguiar, Álvaro Ramos, Rocha Faria, Rocha Maia, Albert Schweitzer, Jesus e Maternidade Leila Diniz. Apesar de fazer parte do Programa, o PADI Paulino Werneck não é operacionalizado pelo IDEIAS, sendo de gestão e operacionalização exclusivamente municipal.

## **Perfil dos usuários**

Este perfil foi construído com base e 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; Costa; Ribeiro, 2017). O que reforça os dados nacionais sobre a AD. 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).

## **Perfil dos familiares cuidadores**

Na AD, percebe-se a importância do cuidador familiar para a qualidade do cuidado domiciliar, bem como o ônus do desempenho desta função, mencionados em estudos relacionados à sobrecarga e estratégias de apoio aos cuidadores familiares. O processo de transição do cuidado dispensado do hospital para o domicílio altera a dinâmica e as relações familiares, sendo que a gestão do cuidado é parcial ou integralmente transferida para a família, ocasionando a sua sobrecarga física e emocional.

Quanto ao perfil dos familiares cuidadores levantados na literatura, os dados da pesquisa corrobora com os achados de outros estudos brasileiros que tratam da saúde dos idosos, em que se destacam o predomínio do sexo feminino, refletindo a maior longevidade das mulheres em relação aos homens, apontam para principalmente as mulheres, casadas com o paciente, ou familiar solteira, idosa, aposentada ou desempregada, muitas vezes, portadora de doenças crônicas (Bernardo, 2019; Rajão; Martins, 2020).

Vimos nos relatos que o cuidado não é realizado naturalmente pela mulher. É imperativo e determinado por aspectos relativos à sobrevivência do núcleo familiar, que impõe às mulheres uma dedicação, senão total, ao menos parcial de suas vidas. O discurso em torno dessa “pseudopredisposição” naturaliza o trabalho feminino nos cuidados, encobrendo despesas sociais não repassadas para o Estado, constituindo em trabalho não pago (Alencar, 2009) e reforça a desqualificação dessa atividade doméstica como trabalho, colaborando também para o desprestígio daqueles que já atuam profissionalmente no ramo (Hirata, 2010; Bernardo, 2019, p. 159).

Destacamos ainda o fato de os cuidadores informais não serem assistidos pelas políticas públicas de saúde e de assistência social, apesar de desenvolverem tarefas de grande relevância para a sociedade.

## **Dificuldade de encaminhamento para rede socioassistencial e a baixa cobertura da ESF**

Dadas as especificidades de um SAD no contexto da RAS, que tem como centro primário de referência a APS, a ausência da ESF no território dificulta o trabalho conjunto

com as equipes multiprofissionais do SAD e, por vezes, os usuários e suas famílias sentem-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. 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 SUS, 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; 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** cresceu 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 *et al.*, 2017, p. 63, grifos nossos).

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.”* (Bernardo, 2019, p. 200), quanto à 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).

Assim, concordamos com Bernardo (2019), pois o fato é que o programa disponível no município, 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 serviço do 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, tem baixa cobertura populacional.” (Bernardo, 2019, p. 200).

Rajão e Martins (2020) afirmam que no campo da organização e coordenação da AD 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 (2006), além da redução de leitos para internação ou a sua oferta via iniciativa privada.

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 geralmente 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).

Vale lembrar que em nível nacional, um ponto determinante para as mudanças que vêm sendo promovidas na APS nos últimos anos diz respeito à revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, a qual impulsionaram mudanças na configuração da rede de atenção primária assim como para assistência à saúde para o idoso no município do Rio de Janeiro. Ela foi produzida mantendo sua discussão em espaços restritos, sem participação popular efetiva, em um contexto de crise econômica e política pós-impeachment. Um ano antes havia sido promulgada a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do “Teto dos gastos”, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e tem impacto no financiamento de diversas políticas, inclusive do SUS, tendo em vista o contexto mencionado.

Bernardo (2019) destaca que as mudanças na PNAB terão efeitos na atenção básica em saúde, já que causaram impacto sobre seu financiamento, a cobertura populacional, a recomposição das equipes e dos processos de trabalho, deixando a cobertura de ter como parâmetro 100% da população adscrita no território para destinar-se às áreas de maior risco. Tal tendência afeta os serviços prestados, a lógica de integralidade e interprofissionalidade, segmenta o acesso da população e fragmenta a atenção em saúde.

O SUS, constantemente atacado em seus princípios fundamentais, persiste instável e fragmentado. A ESF, gerida por instituições privadas de interesse público, reforça a produtividade e a focalização das ações em saúde para os grupos considerados de risco. O aumento numérico da cobertura populacional pela ESF, ocorrido entre os anos de 2012 e 2016, não representou mudanças qualitativas na assistência prestada, muito menos a capacidade de coordenação do projeto “terapêutico”, como indicado pelos documentos norteadores da área. A tendência no Rio de Janeiro, na gestão do prefeito Marcelo Crivella

foi de focalizar nos segmentos mais vulnerabilizados e interromper a ampliação territorial com o argumento de redução de custos, tendo, a atual gestão municipal, tentado retomar novamente o aumento da cobertura, via OSs. Isso quer dizer que nem todos os idosos, demandantes de cuidados, terão acesso à atenção básica. Confirmando “*a predominância da racionalidade privada ocupando o espaço público com o objetivo de sua mercantilização*”. (Bernardo, 2019, p. 225).

Assim é possível observar como a contrarreforma possibilita ao capital a sua inserção na gestão pública de atenção à saúde, atuando por meio de novos modelos de gestão e introduzindo a racionalidade burguesa na área pública, com metas de produtividade e precarização dos processos de trabalho. Aqui, cabe retomar o debate e as reflexões feitas por Bravo e Matos (2009), pois mesmo com os avanços conquistados com o SUS, no que diz respeito ao acesso a ações e serviços de saúde, e com a expressiva ampliação da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital, no saber médico, é fragmentado, biologicista e mecanicista. Este modelo, conceituado como hospitalocêntrico, é ineficiente, dado o aumento dos custos com decrescentes resultados gerados pela incorporação acrítica de tecnologias e incapacidade de enfrentar problemas de saúde (Brasil, 2015). Há, portanto, a iminente necessidade de melhorar a qualidade, a eficácia e a integralidade da assistência no cenário de saúde atual. (Antunes *et al.*, 2018).

## **Critérios de inclusão no PADI**

Bernardo (2019) chama a atenção para o fato de que os critérios, embora descritos pelo PADI/RJ, parecem depender de outros indicadores, que não são suficientemente transparentes para a rede, nem para as famílias. Há dois critérios de inserção que merecem nossa atenção: 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).

Em estudos, como o de Bernardo (2019); Nascimento (2016); Rajão e Martins (2020); Neves *et al.* (2019), que foram realizados o mapeamento da AD, foi possível perceber a existência de grandes diferenças regionais, tanto em relação ao volume de serviços e procedimentos, quanto em relação à variação das modalidades. Os estudos citados apontam para uma diversificação dos bairros de moradia, reafirmando que há concentração de serviços especializados, caracterizando uma marcante desigualdade em determinadas regiões, fazendo com que a população precise se transportar de bairros distantes para o acesso ao atendimento. Como identifica Bernardo:

[...] essa distância entre a unidade de saúde especializada e os bairros gera deslocamentos dos usuários, implicando na acessibilidade da cidade, na qualidade do transporte público e em custos assumidos para o transporte particular. Resulta também em maiores dificuldades na articulação com a rede de atenção básica, geralmente circunscrita ao território mais próximo de moradia. (2019, p. 202).

A despeito das justificativas técnicas para o estabelecimento de tais condições de acesso ao PADI, idosos e famílias são excluídos, por não apresentarem as condições satisfatórias estabelecidas. Isso significa não somente o reforço da **familiarização do cuidado** (Esping Andersen, 2000), como o cerceamento da população mais precarizada ao direito à assistência domiciliar, sem que haja propostas alternativas de acompanhamento.

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 outro 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).

## **Discurso do Custo-efetividade da SAD**

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 proporciona 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).

Na revisão da literatura, conseguimos identificar quanto que a relação ao custo-efetividade da AD, há processo de transferência dos custos do serviço de saúde para as famílias, principalmente relacionados à hotelaria, que inclui alimentação, rouparia e limpeza, tudo somado à disponibilidade de tempo e mão de obra não remunerada do familiar cuidador. Ou seja, o custo mensal total da assistência familiar é elevado, com destaque para o intangível, com alta carga de cuidados e estresse financeiro, sendo que as mulheres expressam uma carga relativamente maior que os homens.

Pensando na lógica do processo de trabalho, a atividade doméstica ou de cuidados requer atuação sobre determinado objeto e aprimoramento de habilidades e conhecimentos específicos. A atividade não remunerada cria valor de uso, todavia não se insere na órbita do mercado, em razão de não haver produção de valores de troca. Participa do circuito de valor ao localizar-se na reprodução da força de trabalho e, por conseguinte, da produtividade, mascarando despesas sociais não absorvidas pelo capital e pelo Estado. A família e a mulher cumprem esse papel, arcando com os custos privados de reprodução, que o trabalho reprodutivo, enquanto trabalho socialmente necessário, inclui o trabalho doméstico feminino não remunerado. Nesse caso, a noção de exploração da mais-valia se amplia para a noção de apropriação. Não há produção direta de valor, mas uma infinidade de serviços sem a devida mensuração como carga de trabalho realizado. “*A apropriação se expressa tanto no tempo despendido quanto no uso do corpo como máquina de trabalho*”. (Bernardo, 2019, p. 134).

Por certo, é impreterível que a análise a respeito do trabalho avance das suas dimensões constitutivas para o aprofundamento das implicações sociais e as determinações históricas do trabalho doméstico e dos cuidados na sociedade capitalista. Posto isso, podemos definir genericamente o trabalho familiar como o conjunto de atividades fora da produção, mas necessárias à reprodução social do trabalho, a saber, alimentação, vestuário, higiene etc. “*O trabalho familiar é atividade localizada no espaço da vida doméstica, desempenhada, em geral, pelas mulheres gratuitamente, englobando tanto as atividades rotineiras de uma casa como, os cuidados diretamente voltados às pessoas*”. (Bernardo, 2019, p. 112).

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 há uma transferência da compra de equipamentos e materiais de saúde para usuários do SAD e sua família, levando a um aumento substancial dos gastos da família com o item saúde, alterando o orçamento familiar e, conseqüentemente, o aumento da sobrecarga. Logo, os custos e os gastos elevados com serviços de AD podem ameaçar a economia da família e o bem-estar do usuário, levando à precarização do cuidado, assim como, potencializando os riscos de adoecimento do cuidador e da família como um todo.

Assim, concordamos com Bernardo (2019) que a AD atende apenas parcialmente às demandas e necessidades de saúde dos usuários e de suas famílias. Para que tais demandas e necessidades de saúde sejam atendidas, torna-se imprescindível o acesso às tecnologias de saúde — leves, leve-duras e duras (Merhy; Feuerwerker, 2009). Há um repasse de custos e gastos, cujos usuários e famílias assumem, - além de custos intangíveis, como o isolamento social -, os custos diretos, como a compra de insumos, medicamentos e dieta, e os custos indiretos, como a contratação de um cuidador. (Silva *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2017; Faller *et al.*, 2012).

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. Embora a atenção domiciliar do ponto de vista conceitual esteja relacionada às ideias da integralidade e do direito ao acesso à saúde, seu debate também se dá em contexto de aprofundamento de contrarreforma do Estado, logo, passa a ser uma modalidade assistencial defendida pelo viés de redução de custos e repasse de responsabilidades para as famílias.

## Considerações finais

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 à 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 ambas estariam presentes, expressas nas diretrizes de organização dos programas e nas práticas instituídas pelas equipes (Brasil, 2012). Mas, com base no que apresentamos neste artigo 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 então 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.

Assim apontamos os seguintes resultados: Existe uma escassez de serviços de saúde intermediários entre a alta hospitalar e a moradia, como sinalizado pela PNSPI. Esquadrinhando o PADI/RJ, considera-se que suas propostas pretendem: contenção de demanda ao Sistema Único de Saúde; 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. Os idosos constituem a maioria da demanda, apresentam dificuldade de encaminhamento para rede socioassistencial e uma baixa cobertura da ESF. Fica clara a questão da lógica produtivista no programa; evidenciou-se a lógica da rotatividade dos leitos, em consonância com alta “forçada”; o programa não consegue atender à demanda efetiva.

Com relação ao custo-efetividade, constatou-se uma transferência de funções e responsabilidades para a família, além de custos e gastos, necessários para o provimento e a manutenção do cuidado domiciliar. Os cuidadores são, principalmente, familiares, igualmente idosos, sendo filhos(as) ou esposos(as), com baixa escolaridade, em condições de aposentados ou do lar e dedicados, quase exclusivamente, ao cuidado do familiar em domicílio. O programa apresenta uma natureza contraditória, pois, embora ele possa fomentar a humanização e a desinstitucionalização do cuidado, ele também pode ser instrumento da contrarreforma na saúde para a contenção de gastos e repasse de responsabilidades do Estado para as famílias, obstaculizando a materialização do Projeto de Reforma Sanitária.

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.

Para Feuerwerker e Merhy (2008), a atenção domiciliar tem potencial para tornar-se serviço substituto do cuidado hospitalar, desde que admita seu lugar na rede socioassistencial e incorpore mais tecnologias leves no processo de trabalho. Para Merhy (2002), a atenção domiciliar possibilita acionar novas tecnologias em saúde pautadas na relação humanizada e acolhedora entre equipes de saúde e usuários, “valorizando princípios como a escuta qualificada, compartilhamento de saberes, entendimento dos condicionantes do processo saúde-doença e respeito ao universo cultural dos segmentos populacionais”. (Bernardo, 2019, p. 110).

Assim, é necessário que a opção pelo atendimento domiciliar extrapole o discurso de redução de custos, uma vez que o leito hospitalar, ao ser desocupado pela possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro paciente, que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Portanto, pode-se afirmar que é feita uma otimização dos leitos, ou seja, um adequado gerenciamento dos recursos disponíveis, mas também se busca oferecer um cuidado com qualidade, centrado no paciente e em suas demandas subjetivas (Brasil, 2012).

Portanto, a AD, se realizada pela APS universal, poderá contribuir para gerar assistência mais humanizada e resolutiva, além de a diminuição dos custos hospitalares e das internações 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.

BRASIL. Portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011. Revogada pela PRT GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011. **Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BRASIL. 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**.

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

BRASIL. 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**. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 26 abr. 2016. Seção 1, p.33-38. 2016.

BRASIL. 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.

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

BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRASIL. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010. 296p.

CAMARANO, A. A. IPEA. **Nota Técnica**. Cuidados para a População idosa e seus cuidadores: demandas e alternativas. n. 64. Abril de 2020. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9934/1/NT\\_64\\_Disoc\\_Cuidados%20para%20a%20populacao%20idosa%20e%20seus%20cuidadores.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9934/1/NT_64_Disoc_Cuidados%20para%20a%20populacao%20idosa%20e%20seus%20cuidadores.pdf) . Acesso em: 15 jan. 2021.

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.

DIEESE. Boletim Especial. **Quem são os idosos brasileiros**. n. 01, abr. 2020.

FALLER, J. W. et al. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de pacientes com doença crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 181-9. jan./mar. 2012.

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.

FEUERWERKER, L. C. M., MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação das práticas. **Rev. Panamá Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 3. p. 180-188, 2008.

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. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Prospecções da população mundial 2019. **United Nations, Department of Economic and Social Affairs**, Population Division, 2019.

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

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. New York, 2014.

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. \_BRASIL. 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. **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.

VERAS, R. Veras; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, 2013.

SILVA, K. L. et al. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/ racionalização de gastos. **Rev. Enferm**, UFPE online, Recife, v. 8, n. 6, p.1561-7, jun. 2014.

SILVA, K. L. et al. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2017.