

A Desospitalização de Idosos:

Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Geral de Fortaleza

Maria do Socorro Nobre Vitorino e Silva

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas - UECE

Marinina Gruska Benevides

Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC

Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da UECE

Resumo

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida trazem consequências econômicas e sociais. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis é bastante expressiva entre os idosos e tem entre suas consequências, o maior tempo de permanência hospitalar; a recuperação mais lenta; uma maior frequência de reinternações e de invalidez, determinando, assim, custos mais elevados nos tratamentos de saúde deste segmento da população. Este estudo aborda o processo de desospitalização do idoso com doença crônica não transmissível, atendido em um hospital que possui uma unidade do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD). O objetivo da pesquisa empreendida é compreender como o Programa de Atendimento Domiciliar desenvolvido no Hospital Geral de Fortaleza contribui para as Políticas Públicas de Saúde voltadas para desinstitucionalização do idoso. A metodologia empregada constituiu-se de pesquisa documental com análise dos relatórios gerenciais, no período dos anos 2011 e 2012, relativos aos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Os dados foram processados e analisados em programa de base estatística e os resultados foram discutidos de acordo com as referências utilizadas. A principal conclusão a que se chegou foi a de que o Programa de Atendimento Domiciliar é importante para desospitalização do idoso com doença crônica não transmissível, no gerenciamento dos leitos hospitalares, na gestão eficiente de custos e no atendimento aos pacientes, cuidadores e familiares de forma humanizada e, conseqüentemente, na promoção da qualidade na gestão do cuidado. Para esse fim, é necessário um forte controle sobre os resultados, visando um aperfeiçoamento do programa, bem como uma rede integrada da atenção básica, serviço de urgência e hospital de referência, que dê suporte para a manutenção e permanência do paciente no domicílio.

Palavras-chave: Idoso. Programa Atendimento Domiciliar. Doença Crônica Não Transmissível.

Abstract

The aging of the population and the life span growth bring social and economic consequences. The prevalence of non transmittable chronic diseases is very expressive among the elder and has as consequences, a longer hospital stay, a slower recovery; a higher readmission frequency and disablement; therefore determining, higher costs in health treatments for this population segment. This study addresses the deinstitutionalization of the elder with non transmittable chronic diseases, treated in a hospital that possesses an unity of Home Care Program (HCP). The goal of this study is to understand how the Home Care Program developed at Fortaleza General Hospital contributes to the Public Health Policies aimed towards the deinstitutionalization of the elder. The methodology used is documental research with the assessment of management reports between the years of 2011 and 2012, related to elder patients with non transmittable chronic disease admitted at Fortaleza General Hospital. The data was processed and assessed in a statistic based software and the results were discussed according to the references used. The main conclusion reached was that the Home Care Program is important for the deinstitutionalization of the elder with non transmittable chronic disease, in the management of hospital beds, in the efficient management of costs and patient care, family members and caregivers in a humanized way and in promoting quality in the care management. To this end, a strong control over the result is needed, seeking an improvement in the program as well as an integrated network of basic care, urgency service and reference hospitals that provide support for the maintenance and permanency of the patient at home.

Key words: Elder. Home care program. Non transmittable Chronic Disease.

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea. Esse processo decorre de uma mudança na estrutura etária da população, que resulta em uma maior proporção de idosos em relação às demais faixas etárias, tendo como fator principal a redução da fecundidade. O aumento na expectativa de vida provoca também uma mudança no perfil de doenças que acometem a população idosa, evidenciando a substituição de doenças infecciosas agudas pelas doenças crônicas degenerativas não transmissíveis. A prevalência dessas doenças é bastante expressiva no idoso, destacando-se como consequências um maior tempo de hospitalização, uma recuperação mais lenta e uma maior frequência de reinternação e invalidez. Todos esses fatores determinam custos mais elevados no tratamento.

O envelhecimento populacional¹ é um fenômeno natural, irreversível e mundial, fazendo parte da vida de todos que um dia pretendem alcançar a longevidade. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais, sendo justificado pela passagem de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade para uma baixa fecundidade e progressiva baixa mortalidade resultante de fatores como: o processo de industrialização, urbanização e implemento das políticas de atendimento à população, entre outros. Esse fenômeno é mundial, gerando, em países desenvolvidos, taxas de natalidade negativa. A tendência é que, no ano de 2025, as taxas de crescimento populacional no mundo todo estejam negativas (VERAS, 1994).

Papaléo Netto (2002, p. 10), em sua obra “Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada”, elaborou o seguinte conceito de envelhecimento:

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte.

No entendimento de Beauvoir (1990, p. 20), o envelhecimento “tem uma dimensão existencial, como todas as situações humanas: modifica a relação do homem com o tempo, seu relacionamento com o mundo e com sua própria história”. Dessa forma, deve-se interpretar o efeito biológico (psicológico) juntamente com o efeito sócio cultural.

¹ Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006a).

A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) 2009 mostra que o País contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais idade. Os dados da PNAD 2009 possibilitam traçar um perfil socioeconômico deste segmento populacional, demonstrando que 55,8% são mulheres; 55,4% são brancos e 64,1% ocupam a posição de pessoa de referência no domicílio, ou seja, o principal provedor financeiro da casa. A escolaridade do idoso brasileiro, porém, é ainda considerada baixa, com percentual de 30,7%, com menos de um ano de instrução (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Segundo os dados da projeção da população do IBGE (2008) de 1980-2050, considerando a revisão de 2008, a o percentual de idosos (60 anos ou mais), que cresceu de 6,1% em 1980 para 9,5% em 2008, passaria para 13,7% e 29,8%, em 2020 e 2050, respectivamente. O número de pessoas de 60 anos ou mais aumentaria de 18 milhões, em 2008, para 64 milhões em 2050.

De acordo com a publicação do IBGE (2012), dados da SIS, no Brasil, o índice de envelhecimento se elevou de 31,7%, em 2001, para 51,8%, em 2011. Isto evidencia que há aproximadamente uma pessoa de 60 anos ou de mais idade para duas pessoas de menos 15 anos de idade. No Estado do Ceará, esse índice, em 2001, foi de 27,2% e, em 2011, foi para 41,5%. Na Região Metropolitana de Fortaleza o índice de idosos foi de 38,6% em 2011.

Um outro dado da SIS importante divulgado pelo IBGE (2012) é o indicador de dependência², o qual avalia o processo de envelhecimento de uma população. Esta condição é observada em pessoas idosas que apresentam certo grau de dependência associada às doenças ou limitações funcionais que reduzam sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco. Ao se definir “envelhecimento com dependência”, destaca-se a questão da prevalência de patologias crônicas nesse grupo etário.

Observando-se as modificações na pirâmide populacional, as doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão na sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde. O idoso utiliza mais serviço de saúde, as internações são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicações contínuas e exames periódicos.

Essa alteração da estrutura etária da população, com aumento da participação relativa dos idosos, obviamente implica na necessidade de mudanças nas políticas públicas, no planejamento, na definição das áreas prioritárias para os gastos públicos e para o desenho das políticas de proteção social.

2 O termo dependência está associado a um conceito fundamental na prática geriátrica denominada fragilidade.

Proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida traz vários desafios para a saúde, mobilidade, gestões públicas e familiares, bem como a garantias de direitos, sendo necessárias mudanças na área saúde, mas também mudanças societárias. A medicina preventiva é uma abordagem importante para o diagnóstico precoce e controle das doenças crônicas não transmissível. Especialistas alertam que o principal problema na terceira idade não é a doença crônica, mas as sequelas que podem deixar quando não tratadas adequadamente.

Percebemos que as políticas públicas de saúde destacam que a família é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos e de consultas para avaliação do estado de saúde.

A desospitalização surgiu no final do século XX, como resgate de uma necessidade cultural, de humanização, de biossegurança e econômica. No entanto, o hospital tem sua inquestionável importância no momento da fase aguda da doença, em razão do seu aparato tecnológico e estrutural, funcionando com parte integrante de um sistema nacional de saúde, que compreende a atenção básica e a assistência domiciliar.

O atendimento dos médicos e do pessoal de enfermagem pode ser excelente, mas a separação do idoso de sua vida normal e sua reunião com estranhos redundam em solidão. Elias (2001, p. 86), ressaltando essa ideia, relata que:

Não estou pensando apenas nas necessidades sexuais, que podem ser muito ativas na extrema velhice, particularmente entre homens, mas também na proximidade emocional entre pessoas que gostam de estar juntas, que têm um certo envolvimento mútuo. Relações desse tipo em geral também diminuem com a transferência para um asilo e raramente encontram aí uma substituição. Muitos asilos são, portanto, desertos de solidão.

O Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) tem como objetivos reduzir o tempo médio de internação, minimizar os riscos de infecção, reduzir o custo hospitalar e proporcionar uma melhor qualidade de vida a este paciente junto ao núcleo família. A Atenção Domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde-SUS (integralidade – universalidade – equidade).

Este estudo aborda o processo de desospitalização do idoso com doença crônica não transmissível, atendido em um hospital que possui uma unidade do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD). O objetivo da pesquisa empreendida é compreender como o Programa de Atendimento Domiciliar desenvolvido no Hospital Geral de Fortaleza contribui para as Políticas Públicas de Saúde voltadas para desinstitucionalização do idoso.

A metodologia empregada constituiu-se de pesquisa documental com análise dos relatórios gerenciais, no período dos anos 2011 e 2012, relativos aos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis internados no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Os dados foram processados e analisados em programa de base estatística e os resultados foram discutidos de acordo com as referências utilizadas.

Para tanto, foram analisados os dados de incidência das doenças crônicas não transmissíveis, as legislações que envolvem as políticas públicas do PAD, bem como relacionaremos os conceitos com os documentos e relatórios.

1 Programa de Atendimento Domiciliar

A Assistência Domiciliar à Saúde corresponde a uma sequência de serviços oferecidos, depois que o indivíduo recebeu atendimento hospitalar prévio, representando uma estratégia na desospitalização do idoso acometido de doença crônica não transmissível, resultando na necessidade de cuidados em seu próprio contexto familiar.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que ela não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) disserta as diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja: designa um conjunto de ações que podem ser realizadas pela internação domiciliar como os procedimentos terapêuticos, a educação sanitária, os cuidados paliativos e as visitas de monitoramento, pautando-se pelo cuidado integral, por ações inter e transdisciplinares, devendo ser consideradas as condições locais, as questões habitacionais, sociais, culturais, a formação de equipes, a rede básica e a decisão do gestor local de saúde.

O caderno de atenção domiciliar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) contém as diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica (AB) no SUS, com o objetivo de orientar a organização dos serviços da Atenção Domiciliar na AB no Brasil, já que ela é atividade inerente ao trabalho das equipes de AB.

O Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) tem como objetivos reduzir o tempo médio de internação, minimizar os riscos de infecção, reduzir o custo hospitalar e proporcionar uma melhor qualidade de vida a este paciente junto ao núcleo família. A Atenção Domiciliar

ciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade).

O Atendimento Domiciliar, com foco na gerontologia, surgiu como uma alternativa que beneficia especialmente a população idosa comprometida em sua independência, decorrente das doenças crônicas não transmissíveis, o que resulta na necessidade de cuidados em seu próprio contexto familiar. Objetiva a educação do paciente e de sua família para alcançar a promoção de saúde, possibilitando as condições para reintegração do paciente em seu núcleo familiar ou de apoio, proporcionando assistência humanizada e integral, melhorando assim a qualidade de vida do paciente.

O Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) está presente na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais, tais como a Portaria 2.416³, Lei 10.424⁴ e a RDC 11⁵ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a atenção domiciliar como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde.

Diante das particularidades da população idosa, surgiram importantes direcionamentos das esferas federal, estadual e municipal. Assim, o Ministério da Saúde e outros órgãos buscaram regulamentar essa forma de atendimento. A Constituição Federal (Capítulo VII, artigo 230, parágrafo 1º) explicita que os programas de amparo aos idosos serão realizados preferencialmente em seus lares. Neste sentido, juntam-se aos itens a serem amplamente discutidos na assistência domiciliar como a família: o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (BRASIL, 1988).

Em 1994 surgiu a Política Nacional do Idoso, preconizando a articulação da sociedade com o Estado, enfatizando o papel da família como responsável pelos os cuidados e atendimento às necessidades dos idosos no domicílio (BRASIL, 1998), e reafirmando o disposto na Constituição de 1988 no que corresponde aos direitos de cidadania.

O Estatuto do Idoso trouxe valiosas contribuições nesse campo. Na busca da construção de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS, com atenção espe-

3 A Portaria no 2.416, de 23 de março de 1998, estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realizações de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).

4 Lei no 10.424, de 15 de abril de 2002, Acrescenta capítulo e artigo à lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

5 RDC no 11, de 26 de janeiro de 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar (BRASIL, 2006a).

cial às doenças que afetam preferencialmente essa faixa etária, com enfoque na prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Com a intervenção terapêutica assegurada, surgem normas para o funcionamento da atenção domiciliar incluindo as modalidades de assistência e internação domiciliar.

Os potenciais benefícios do AD dizem respeito à manutenção do idoso no núcleo familiar e ao aumento da qualidade de vida dele e de seus familiares. Sabe-se que o domicílio pode oferecer ao idoso um sistema de segurança, protegendo-o do meio, isto é, evitando a institucionalização, tanto em nível hospitalar como asilar.

Na atenção domiciliar, é importante que a equipe respeite o espaço familiar, sendo capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

A família é o principal suporte na assistência, bem como referencial para o idoso, apesar de todas as dificuldades vivenciadas com a contemporaneidade. A atenção domiciliar exige a participação da família/cuidador no processo de cuidar, exigindo um pacto entre todos envolvidos no processo terapêutico. Portanto, a família, o paciente e a equipe de saúde, tornam-se uma relação complexa, subjetiva e sofrem transformações constantes. Todos esses integrantes estão envolvidos no processo de assistência que tem objetivos comuns que é o cuidado e a promoção da saúde do indivíduo.

A análise dos gastos públicos com atenção à saúde revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade, sendo atribuído o peso da elevação dos custos hospitalares e as altas taxas internações, respaldadas na hegemonia dos gastos decorrentes do modelo hospitalocêntrico⁶, e com o uso crescente de alta tecnologia. Mendes (2001, p. 56) afirma que “é necessário ir construindo, na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica”.

“O crescimento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares apresenta um desafio para as autoridades sanitárias, especialmente no que tange à implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados” (VERAS, 2000, p. 45).

A implantação da atenção domiciliar foi precedida por decisão político-institucional tanto com orientação racionalizadora, buscando a diminuição de custos, quanto voltada à reordenação tecnoassistencial das redes de cuidados na atenção básica e hospitalar.

6 O modelo hospitalocêntrico é baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária (DICIONÁRIO INFORMAL, 2014).

2 Gestão do Programa de Atendimento Domiciliar

Considerando o cenário brasileiro de grande diversidade e diferenças socioeconômicas, é necessário criar estratégia que proporcione e assegure ao usuário a garantia da efetividade, eficiências, qualidade e equidade. Na atenção domiciliar, é importante, portanto, desenvolver um mecanismo de articulação entre os pontos de atenção à saúde, potencializando a rede de atenção básica a partir de cuidados compartilhados, isto é, responsabilização dos casos pelas equipes de saúde, envolvendo desde as equipes de atenção básica, equipes dos hospitais e unidades de pronto-atendimento e equipes ambulatoriais especializadas.

A produção do cuidado de modo compartilhado exige uma transformação dos atores interessados na capacidade analítica da situação e novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecnoassistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados (MERHY *et al.*, 2003). É importante que as equipes que prestam cuidados domiciliares conheçam as necessidades de cada usuário, além de compartilharem o cuidado com o cuidador/familiares.

O coordenador responsável pela implantação do Programa de Atendimento Domiciliar deve agregar a complexa tarefa de lidar com variáveis que vão desde as diferentes formas como cada equipe (e cada trabalhador) entende e produz seu processo de trabalho até o deslocamento das equipes (relacionado com a situação do trânsito, agendamento de visitas nas diversas localidades, seleção de materiais necessários, entre outros) e as diferentes culturas, dinâmicas familiares e tipos de moradias.

Em suma: coordenar um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) implica lidar com especificidades bastante diferentes de coordenar qualquer outro serviço de saúde. De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2012b), é importante destacar que, dentre as atribuições do coordenador do PAD, há ações de planejamento, acompanhamento e avaliação de atividades e processos de trabalhos que envolvam a estruturação da atenção domiciliar de acordo com as diretrizes instituídas na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b). Também é importante garantir a discussão periódica dos casos clínicos/situações mais complexas e relevantes para análise do processo de trabalho das equipes e organização do SAD.

Outro ponto importante no planejamento é a pactuação dos protocolos assistenciais (admissão, encaminhamentos, condutas clínicas, alta/desligamentos e óbitos), sendo fundamental para que as condutas sejam uniformizadas, além de facilitar a avaliação do processo de funcionamento em rede e de eventual necessidade de realizar novas estratégias.

A logística também é importante no planejamento da locomoção da equipe, transporte de medicamentos e insumos necessários para o atendimento domiciliar. Esse trans-

porte é realizado da sede do serviço para o domicílio do paciente, devendo estar disponível todos os dias da semana. A remoção de pacientes, quando necessária nas urgências, deve ocorrer por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou transporte de urgência similar. Relacionado aos exames eletivos (que não podem ser executados no domicílio) e para avaliação de especialidades, o transporte deve ocorrer por meio de viaturas agendadas previamente (transporte sanitário).

O PAD proporciona como ferramenta de gestão, um levantamento de informações, como quantidade de internações, reinternações hospitalares e domiciliares, alta para atenção básica, óbitos e outros dados relevantes para gestão como o perfil de cada paciente tratado no seu domicílio.

3 Programa de Atendimento Domiciliar do Hospital Geral de Fortaleza

O Programa de Atendimento Domiciliar tem como principal missão dar continuidade ao tratamento após alta hospitalar, de forma humanizada, dentro dos princípios do SUS, através de um acompanhamento interdisciplinar, que visa promover a estabilidade do quadro clínico do doente, treinando cuidadores para melhor assisti-lo, tendo em vista seu bem estar e a melhoria de sua qualidade de vida. O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) vem desenvolvendo a cultura da desospitalização progressiva através do PAD. Por ser um hospital complexo, de pacientes graves e vários leitos de Terapia Intensiva, tratando muitos pacientes com doenças crônicas, como câncer e doença cerebrovascular, o hospital avalia que alguns desses pacientes podem ter a continuidade do tratamento em seus domicílios, sob a assistência dos profissionais do HGF, com visitas programadas.

A captação dos pacientes ocorre através das unidades de emergência e internação do HGF, onde a demanda de pacientes admitidos é muito alta em relação à capacidade estrutural, principalmente do setor de emergência, tornando difícil o controle e a estabilização dos pacientes na sua fase aguda.

Os familiares são treinados para serem bons cuidadores, e o paciente pode ficar menos exposto a infecções e mais próximo dos familiares, o que minimiza o trauma da doença. A permanência em casa traz melhoria do estado psicológico e a redução dos riscos a que estaria submetido em uma internação hospitalar, proporcionando uma recuperação mais rápida do paciente.

O PAD possibilita otimizar os leitos hospitalares, aumentando a rotatividade, o que é fundamental hoje, quando a demanda por leitos é muito grande na rede pública de saúde do

Estado. Além disso, há redução nos custos com o paciente que recebe acompanhamento em casa.

O Programa funciona com equipe multidisciplinar e com práticas interdisciplinares, distribuídas em equipe captação, tendo como membros: um médico, uma enfermeira; e outra equipe visitadora com os seguintes membros: dois médicos, duas enfermeiras, um fisioterapeuta, um nutricionista, uma assistente social e a secretária para demanda burocrática. Este quadro é insuficiente para dar abrangência e a demanda ofertada. As competências e atribuições dos profissionais são descritas no manual de cargos, funções e rotinas administrativas dos serviços. No manual, é perceptível a possibilidade do entrecruzamento das práticas profissionais, para que haja uma intervenção mais produtiva no contexto do ambiente de trabalho. A equipe do programa do HGF é composta pelos seguintes profissionais: um Coordenador Médico, um Enfermeiro Coordenador, Médicos, Enfermeiros Visitadores, Técnicos de Enfermagem, um Nutricionista, um Assistente Social, um Fisioterapeuta e por um Secretário do PAD, cada membro da equipe tem suas competências e atribuições.

Dentre os requisitos exigidos para a participação no PAD do HGF está o perfil do paciente, que deve morar ou estar hospedado em Fortaleza; ser portador de doenças crônicas não transmissíveis agudas, de patologias que necessitem de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente; que tenham um cuidador, que será treinado para esta função. Além disso, é imprescindível que o paciente esteja internado no Hospital Geral de Fortaleza por no mínimo um período de 04 (quatro) dias e também que esteja clinicamente estável. O processo de admissão no programa, alta e encaminhamento⁷ é feito através do preenchimento formulários próprio do serviço.

4 Resultados

No Programa de Assistência Domiciliar (PAD) do Hospital Geral de Fortaleza, 80% dos pacientes atendidos pelo PAD, no período correspondente aos anos de 2011 e 2012, são idosos que possuem patologias crônicas não transmissíveis, comuns nessa faixa etária.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009, p. 84), “descritos nos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, em 2009, sobre Doenças Crônicas, 29% da população brasileira reportou ser portadora de pelo menos uma doença crônica”. Veras e Parahyba (2007) complementam enfatizando que as doenças

⁷ Os formulários de admissão, alta e encaminhamentos utilizados no HGF são: formulário de encaminhamento ao PAD e o relatório do médico assistente; Termo de compromisso assinado pela família; Termo de

crônicas crescem de uma forma muito relevante com o passar dos anos. Entre 0 e 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas, entre os idosos, este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 63% entre os homens e 80,2% entre as mulheres.

O perfil social, familiar e clínico do usuário do Programa de Atendimento Domiciliar do Hospital Geral de Fortaleza traduz a situação da população idosa que é atendida pelo SUS, caracterizada principalmente por: baixa escolaridade e renda, em geral mulheres, dificuldade de locomoção, problemas de saúde crônicos não transmissíveis, dependência para Atividades da Vida Diária (AVD) que demandam cuidados no domicílio por parte da família.

O processo de admissão do paciente tem início com o preenchimento do Formulário de Encaminhamento de Pacientes ao PAD feito pelo médico assistente e encaminhado à coordenação do PAD. Em seguida, o paciente é avaliado pela equipe do PAD/HGF, responsável pelo serviço de atendimento domiciliar, e a equipe multidisciplinar emite um parecer para área solicitante, sendo este classificado conforme modalidade de atenção domiciliar.

O Gráfico 1 está relacionado ao quantitativo de pacientes atendidos no PAD do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), por classificação de idade e sexo. Neste gráfico, constata-se um aumento de idosos do sexo feminino atendidos pelo programa. Isso pode ser justificado pela maior proporção de idosos do sexo feminino em relação aos do sexo masculino na cidade de Fortaleza. De acordo com Indicadores e Dados Básicos (IDB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), em seus indicadores demográficos, a proporção de idosos na população de Fortaleza correspondente ao sexo feminino, nos anos de 2011 e 2012, foi de 11,1% em relação ao sexo masculino que foi de 8,1%.

Nesse contexto foi constatado que 19 pacientes idosos de 2011 continuaram o tratamento em 2012 e 36 novos pacientes idosos foram admitidos em 2012. Conclui-se, então, que muitos pacientes que iniciaram o tratamento em 2011 continuam fazendo parte das estatísticas do PAD em 2012 aumentando os números do ano seguinte, com uma maior proporção do sexo feminino.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes atendidos por classificação de idade e sexo nos anos de 2011 e 2012. Fortaleza, Ceará, 2014



Fonte: PAD – HGF – 2011 a 2012.

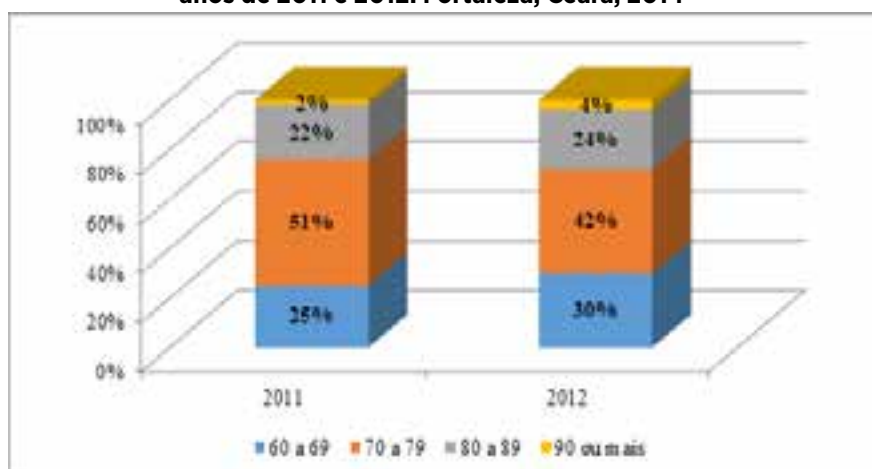
desligamento e Encaminhamento para atenção básica preenchido pela equipe do PAD.

O Gráfico 2 retrata a porcentagem de idosos atendidos segundo a faixa etária no período 2011 e 2012. A estatística revela que a faixa predominante se estabelece entre 70 e 79 anos em relação às demais, o que representou 51% em 2011 e 42% em 2012.

É importante ressaltar que os Gráficos 2 e 3 refletem o período em que o serviço ainda estava na fase de reestruturação de pessoal, logística e captação de pacientes internados no HGF.

Dentre as dificuldades encontradas para uma maior consolidação do PAD, podemos citar a indisponibilidade de transporte nos dias preestabelecidos de atendimento domiciliar, a precariedade no atendimento na emergência, a dificuldade na marcação de consultas com médicos e exames especializados, o desconhecimento dos profissionais do HGF quanto à existência do próprio PAD, as falhas de integração dos profissionais que atuam no PAD com os outros que prestam serviços no hospital, o não fornecimento de gás medicinal⁸ e a não oficialização junto à Secretaria Municipal de Saúde para a continuidade do tratamento na rede básica.

Gráfico 2 – Distribuição das porcentagens de idosos atendidos segundo faixa etária, nos anos de 2011 e 2012. Fortaleza, Ceará, 2014



Fonte: PAD - HGF - 2011 a 2012.

O Gráfico 3 demonstra a distribuição dos pacientes atendidos no PAD, observando a classificação de idade e o status que obedece aos seguintes critérios: ativos, correspondendo aos pacientes que permanecem no programa, que foram admitidos ou reinternados; altas, os pacientes que concluíram seu tratamento domiciliar e são encaminhados para a atenção básica e óbitos, que são pacientes dos quais o médico constatou óbito no domicílio ou na unidade hospitalar e para os quais houve a emissão da Declaração de Óbito (DO).

8 Gás Medicinal, o oxigênio, é um gás indispensável à presença de vida aeróbica. O ar atmosférico contém cerca de 20,8% de oxigênio, trata-se de um gás incolor, inodoro e altamente oxidante. O oxigênio medicinal é utilizado em hospitais, clínicas e residências, sendo classificado como medicamento pela ANVISA (GASMED, 2014).

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes atendidos segundo classificação de idade e status nos anos de 2011 e 2012. Fortaleza, Ceará, 2014



Fonte: PAD – HGF – 2011 a 2012.

A partir da análise dos resultados do programa, entre os anos de 2011 e 2012, é possível perceber que o número de pacientes ativos teve um aumento de 20%, o número de altas caiu 41% e houve um aumento de 50% no número de óbitos.

O aumento de pacientes ativos no período de 2011 para 2012 é justificado pelas captações de pacientes internados provenientes de reinternações, por conta das complicações da própria doença de base ou por circunstâncias relacionadas às condições socioeconômicas do paciente. Essa pressuposição é corroborada com a análise dos dados do IBGE – IDB 2012, pois, nos Indicadores Socioeconômicos, a renda média domiciliar per capita em Fortaleza, nos anos de 2011 e 2012, foi de R\$ 672,71 e 695,55, respectivamente (BRASIL, 2012a).

Outra relevante causa desse aumento pode ser explicada pelo próprio Hospital Geral de Fortaleza (HGF), que, sendo um hospital de nível terciário, de alta complexidade e referência no estado do Ceará para o tratamento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), contribui para o aumento de admissões no programa.

A alta da atenção domiciliar segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006) é o “ato que determina o encerramento da prestação de serviço da atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito”.

Nos casos da redução do percentual de altas no programa, foram atribuídos alguns critérios, entre os principais está a falta de continuidade no tratamento para a atenção básica, isto é, o seguimento no Programa Saúde da Família (PSF), pois, quando são encaminhados os formulários de solicitação a Unidade Básica de Saúde (USB), o retorno é demorado e, muitas vezes, vem com a negativa para a aceitação do paciente, justificado pelo número reduzido de equipes para continuidade do tratamento.

Outro dado determinante para a redução desse relevante status é a inexistência de uma política que dê seguimento às dietas enterais para pacientes sondados e outras necessidades que estão na condição da alta domiciliar, sendo necessário que as famílias entrem com solicitação na Procuradoria Pública para o fornecimento desses insumos, levando, inevitavelmente, à permanência no programa.

O número elevado de óbitos de 2011 para 2012 deve-se principalmente às características dos pacientes internados no período que foram originados das Unidades de Emergência e da Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do Hospital Geral de Fortaleza, os quais são pacientes com características de cuidados paliativos⁹. A baixa condição socioeconômica foi constatada como fator preponderante ao aumento do índice de óbitos, haja vista que em muitos casos as famílias não têm condições para manter um paciente em cuidado integral.

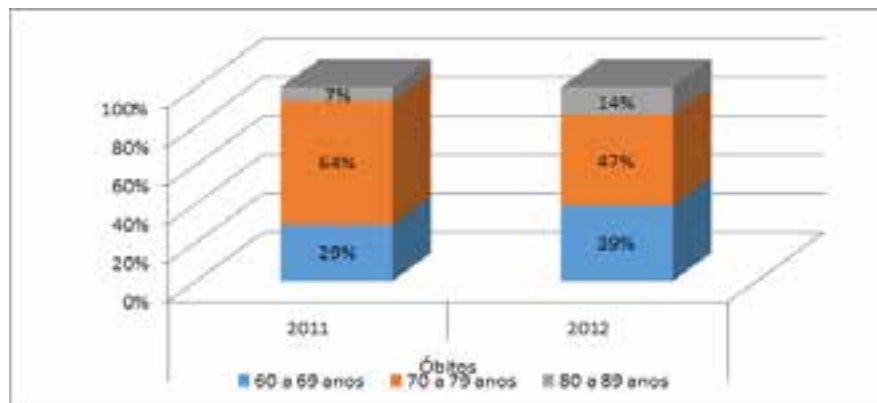
Deve-se ressaltar que o Programa de Atendimento Domiciliar tem como um de seus propósitos a integração do serviço de atendimento domiciliar à rede de atenção básica, isto é, a equipe do Programa Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

O Gráfico 4 demonstra, no que tange à distribuição de óbitos por faixa etária de idosos, um aumento de 10 pontos percentuais de 2011 para 2012, na faixa etária de 60 a 69 anos, sendo atribuído ao estado geral do paciente quando chega à emergência de um hospital terciário, onde predomina a falta de prevenção para com as doenças crônicas não transmissíveis no momento em que começam a se manifestar, bem como à falta de acompanhamento da atenção básica, não existindo um dossiê de sua doença de base. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente, se não houver acompanhamento médico.

Já na faixa etária de 70 a 79 anos observa-se uma diminuição de óbitos que pode ser explicada pela predominância dessa faixa etária no programa, como pode ser observado no Gráfico 4, a seguir. Esses pacientes possuem um histórico de sua doença de base, sofrem de alguma sequela decorrente de sua patologia. Assim, seus cuidadores já estão treinados em relação ao cuidado prestado.

Gráfico 4 – Distribuição de percentuais dos óbitos por faixa etária dos idosos nos anos de 2011 e 2012. Fortaleza, Ceará, 2014

⁹ A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta uma definição clara e muito abrangente do que se define por “Cuidados Paliativos” como **“o cuidado total e ativo de pacientes cuja a doença não é mais responsiva a tratamento curativo**. O controle da dor e dos problemas psicológicos, sociais e espirituais são a base do tratamento. A meta do cuidado paliativo é fazer com que o paciente a melhor qualidade de vida possível para si próprio e seus familiares”. Disponível em: <www.saude.hsw.uol.com.br>. Acesso em: 05 abr. 2014.

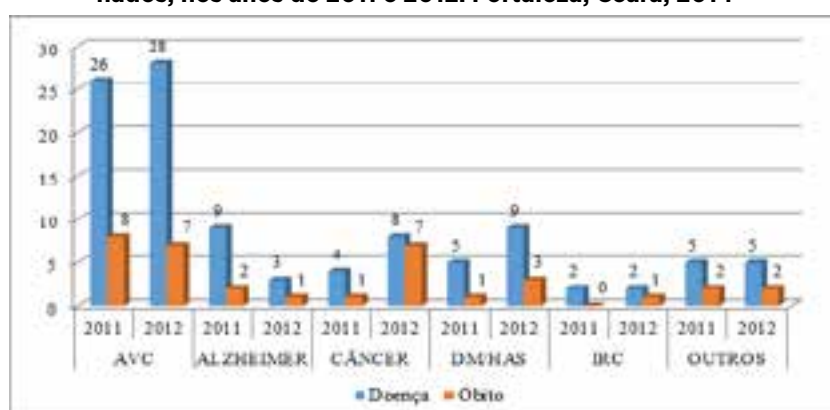


Fonte: PAD - HGF - 2011 a 2012.

O Gráfico 5 demonstra a distribuição comparativa das principais doenças registradas e óbitos relacionados. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o Acidente Vascular Cerebral - AVC¹⁰ é a que mais se destaca entre as demais doenças cadastradas. Essa demanda atribui-se ao perfil do hospital, pois o HGF é referência no tratamento agudo da doença e funciona com serviços de emergência neurológica 24hs.

O perfil destes pacientes captados pelo PAD foi de pacientes idosos, com múltiplos AVC e com sequelas neurológicas, com diagnóstico tardio, apresentando estado geral comprometido e, conseqüentemente, com a permanência hospitalar elevada. Esses fatores comprometem a continuidade do tratamento no domicílio, pois são pacientes que demandam cuidados durante e depois da alta domiciliar.

Gráfico 5 - Distribuição comparativa das principais doenças registradas e óbitos relacionados, nos anos de 2011 e 2012. Fortaleza, Ceará, 2014



Fonte: PAD - HGF - 2011 a 2012.

10 O Acidente Vascular Cerebral - AVC é uma urgência neurológica, segundo estatísticas mostram que no Brasil o AVC é a primeira causa de óbito. Em suas diversas formas de apresentação, os AVC constituem uma emergência neurológica, a perda de tempo para a abordagem destes pacientes significa uma pior evolução. Disponível em: <www.projetosdiretrizes.org.br>. Acesso em: 02 abr. 2014.

Conforme a publicação no Portal Saúde – SUS¹¹, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Assim, o Departamento de Atenção Básica vem trabalhando, em parceria com outros departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde e com outras Secretarias do MS, para a melhoria do cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Diante do desafio de ampliar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, o MS elaborou, entre outras ações, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, para o período de 2011 a 2022.

5 Considerações Finais

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, sendo um proeminente fenômeno mundial representado pelo crescimento elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários, provocando mudanças na sociedade, caracterizadas por uma transição epidemiológica e demográfica.

O aumento da expectativa de vida vem trazendo, ao longo do tempo, consequências econômicas e sociais importantes que exigiram a aprovação e o desenvolvimento de ações políticas, sendo reconhecidos como uma das principais conquistas para as políticas públicas.

No Brasil, o idoso passou a fazer parte da agenda das políticas públicas as décadas de 1980 e 1990. A Constituição Federal de 1988 trouxe a participação efetiva da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas e colaborou para garantir a elaboração de diversas leis, formuladas a partir das expectativas demandadas pelos diversos segmentos sociais, sendo também um marco, no sentido de ampliar os olhares sobre os idosos.

O cuidado domiciliar destinado à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social. A citação “atenção domiciliar”, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar documentadas nessa dissertação, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares.

¹¹ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>. Acesso em: 30 abr. 2014.

A hospitalização deu visibilidade ao paciente reafirmando-o como doente na família, no trabalho e na comunidade, ocupando o local da residência que deixava definitivamente de ser o lugar onde o sofrimento se manifestava em sua forma possível. Assim, a família perdeu, de certa forma, a autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente, que seria isolado e observado de modo científico se vendo cada vez mais refém da atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento, representado como sinal de doença.

Com a crise do modelo médico hegemônico liberal e de novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, a atenção domiciliar surge novamente como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um dispositivo para a desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde e trazendo grande potencial de inovação.

Neste trabalho foi possível analisar o impacto do Programa de Atendimento Domiciliar do HGF na desospitalização dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis, possibilitando otimizar os leitos hospitalares, aumentando a rotatividade e redução dos custos hospitalares, caracterizando assim o programa desta instituição.

O perfil dos pacientes captados pelo PAD é de idosos com múltiplas doenças crônicas não transmissíveis, com diagnóstico tardio, apresentando estado geral comprometido e conseqüentemente com a permanência hospitalar elevada. Esses fatores comprometem a captação e continuidade do tratamento no domicílio.

O planejamento da assistência domiciliar é individualizado e de acordo com a necessidade dos pacientes e das condições socioeconômicas das famílias, sendo necessário instalar ou adaptar o domicílio com equipamentos e mobílias, tais como: cama hospitalar, aspirador portátil, colchão articular, aparelho de aerossol e outros.

Esses materiais e equipamentos não são fornecidos pelo programa, ficando esse ônus para as famílias ou na dependência de doações. O serviço do HGF contempla a visita da equipe multidisciplinar uma vez por semana ou, dependendo da complexidade clínica desses pacientes, essas visitas tornam-se mais frequentes. Também está incluído o fornecimento de medicamentos e alimentação enteral e treinamento do cuidador.

A alta domiciliar é planejada pela equipe interdisciplinar, obedecendo aos critérios clínicos do paciente. Através dos dados apresentados e do fluxo de documentos que envolve a alta destes pacientes é possível perceber que esse processo torna-se demorado e burocrático, pois, após a emissão do relatório de alta e encaminhamento para atenção básica/PSF, o retorno da resposta é demorado e, muitas vezes, acompanhado da negativa com justificativa de que não tem equipe para atender essa demanda e/ou a equipe do PSF não contempla a região onde o domicílio está situado.

Outro aspecto levantado é que as famílias aprovam o tratamento dispensado pela equipe do PAD e não aceitam sair do programa, sempre justificando o medo e a dificuldade no seguimento do tratamento, pois encontram fragilidade e burocracia por parte do Estado.

Considerando a necessidade de garantir a continuidade do tratamento em domicílio dos pacientes internados no PAD do Hospital Geral de Fortaleza, é necessária uma mudança na gestão do tratamento de emergência deste hospital para que ele seja referência no atendimento de urgência e emergência sendo, assim, equacionados os problemas de superlotação de suas unidades, e, conseqüentemente, uma reestruturação do PAD/HGF.

Assim, será possível contemplar, neste contexto, a desospitalização precoce dos idosos, para que, se constitua numa ferramenta eficaz e eficiente na rotatividade dos leitos hospitalares, na gestão de custos e no tratamento dispensado aos pacientes, cuidadores e familiares de forma humanizada.

Uma das constatações definitivas dessa dissertação é a de que o Programa de Atendimento Domiciliar possui uma extrema relevância no serviço hospitalar visando a idealizada desospitalização do idoso com doença crônica não transmissível. Para isso, é de extrema necessidade o cumprimento eficiente das Políticas Públicas já existentes através da implantação de equipes que permitam a adequação dos atuais PADs habilitados no município de Fortaleza integrando a atenção domiciliar com todos os serviços de saúde da rede assistencial, com garantia de resolução dos problemas e encaminhamentos quando necessário (USB/SAMU/Hospitais/Especialidades/Unidade de Pronto Atendimento-UPA, entre outros), promovendo a interlocução com todos os serviços de saúde da rede de assistência especialmente com a atenção básica.

6 Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%20283-2005.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2013a. v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2012**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 01 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, 2012b. v. 1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude>>.

gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde**. Brasília, 2004.

_____. **Lei no 10.424, de 15 de abril de 2002**. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

_____. **Portaria no 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realizações de internação domiciliar no SUS. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.dtr2001.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de dezembro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

DICIONÁRIO INFORMAL. **Hospitalocêntrico** – definição. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos, seguido de: envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

GASMED – Gases Medicinais. Disponível em: <<http://www.gasmedoxigenio.com.br>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **SIS 2012 – Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/.../sinteseindicisociais2012/SIS>>. Acesso em: 01 out. 2013.

_____. **SIS 2009 M-Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2013.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

VERAS, R. P. **O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde:** mudar e inovar, desafios para o setor público e o privado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. (Estudos em Saúde Coletiva, 211).

_____. **País jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.