



Relato de experiência sobre um programa de assistência domiciliar do idoso em um município do estado do Pará: produção de cuidado em territórios afetivos

Experience report on a home assistance program for the old people in the state of Pará: production of care in affective territories

Relato de experiencia sobre un programa de asistencia domiciliar del anciano en un municipio del estado de Pará: producción de cuidado en territorios afectivos

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora e Mestre em Psicologia (UFPA). Especialista em Gestão em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) e especialista em Educação em Saúde para Preceptores do SUS pelo Hospital Sírio Libanês em parceria com Ministério da Saúde. Psicóloga Hospitalar no Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB/UFPA, Belém, PA, Brasil; E-mail: psirob2004@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0001-6074-2944

Alcindo Antônio Ferla

Médico (UFRGS, 1996), Doutor em Educação (UFRGS, 2002), Professor permanente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Saúde da Família (UFMS) e Psicologia (UFPA). Porto Alegre, RS, Brasil; E-mail: ferlaalcindo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9408-1504

Aparecida Tereza de Anchieta Ferreira Gonçalves

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará - UFPA (2014). Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental (Unidocum) e especialista em atenção à saúde do idoso (UFPA). Residente em oncologia (HUIBB- UFPA). Psicóloga residente de oncologia no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB-CHU-UFPA). Belém, PA, Brasil; E-mail: aparecida.goncalves@ifch.ufpa.br; ORCID: 0009-0007-8058-7161

Bianca Portal Furtado

Psicóloga Residente Multiprofissional em Atenção à Saúde do Idoso pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, PA, Brasil; E-mail: biancportal@live.com; ORCID: 0009-0005-7246-6226

Evelyn Cristina Martins Cunha

Psicóloga pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (2022). Psicóloga Residente Multiprofissional em Atenção à Saúde do Idoso pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Atenção Psicossocial e em Psicologia Organizacional e do Trabalho (UniAmérica). Belém, PA, Brasil; E-mail: psievelyncunha@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1678-2943

Renato Oliveira da Silva

Assistente Social. Especialista em gestão pública pela Universidade Federal Rural da Amazônia – UFRA. Assistente Social do Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB. Belém, PA, Brasil; E-mail: renato10silva@gmail.com; ORCID: 0009-0009-2304-5969

Resumo: Objetivo: Este artigo tem por finalidade a apresentação de um relato de experiência do perfil, organização, processo de trabalho e funcionamento de um Programa de Assistência Domiciliar do Idoso de um município do Estado do Pará, desenvolvido a partir da realidade vivenciada no campo do

trabalho em equipe. **Metodologia:** Optou-se pelo relato de experiência como modalidade de estudo, que permite analisar e observar variáveis significativas da realidade acerca do desenvolvimento do cuidado realizado aos sujeitos. **Resultados:** Foi possível refletir sobre os processos de trabalho e práticas de cuidado que norteiam a modalidade da Atenção Domiciliar, considerando que essa modalidade de assistência se caracteriza como valioso passo a ser exercido no campo de atenção aos idosos, pois além de ampliação da autonomia desta população e sua rede de apoio, diminui riscos psicossociais, diminui a hospitalização e colabora para um melhor suporte emocional para aqueles que se encontram em estado grave ou em fase final de vida. Ficou evidente a necessidade de maior valorização dessa modalidade de assistência, tanto no campo da macropolítica como no da micropolítica. O Programa de internação domiciliar do idoso, que está em funcionamento há 20 anos, apresenta um grande potencial no sentido de contribuir para processo de desospitalização, redução de custos, otimização do uso de leitos hospitalares e centralização do cuidado no usuário. Entretanto, apesar dos avanços já ocorridos desde a criação do serviço, alguns desafios ainda permanecem, dentre eles a dificuldade de articulação com os demais serviços da Rede Intersetorial e de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Atenção Domiciliar; Práticas de Cuidado e Processo de Trabalho em Saúde.

Abstract: Objective: This article aims to present an experience report of the profile, organization, work process and operation of a Home Care Program for the Elderly in a municipality of the State of Pará, Brazil developed from the reality experienced in the field of teamwork. **Methodology:** We opted for the experience report as a study modality, which allows to analyze and observe significant variables of reality about the development of care performed to the subjects. **Results:** It was possible to reflect on the work processes and care practices that guide the modality of Home Care, considering that this type of care is characterized as a valuable step to be exercised in the field of care for the elderly, as well as expanding the autonomy of this population and its support network, reduces psychosocial risks, reduces hospitalization and contributes to better emotional support for those who are in a serious state or in the final phase of life. It was evident the need for greater appreciation of this type of assistance, both in the field of macropolitics and micropolitics. The home care program for the elderly, which has been in operation for 20 years, has great potential to contribute to the process of dehospitalization, cost reduction, optimization of the use of hospital beds and centralization of care in the user. However, despite the advances that have occurred since the creation of the service, some challenges still remain, among them the difficulty of articulation with the other services of the Intersectoral Network and Health Care.

Keywords: Old People; Home Care; Care Practices and Work Process in Health.

Resumen: Objetivo: Este artículo tiene por finalidad la presentación de un relato de experiencia del perfil, organización, proceso de trabajo y funcionamiento de un Programa de Asistencia Domiciliar del Anciano de un municipio del Estado de Pará, desarrollado a partir de la realidad vivida en el campo del trabajo en equipo. **Metodología:** Se optó por el relato de experiencia como modalidad de estudio, que permite analizar y observar variables significativas de la realidad acerca del desarrollo del cuidado realizado a los sujetos. **Resultados:** Fue posible reflexionar sobre los procesos de trabajo y prácticas de cuidado que guían la modalidad de la Atención Domiciliar, considerando que esa modalidad de asistencia se caracteriza como valioso paso a ser ejercido en el campo de atención a los ancianos, pues además de ampliar la autonomía de esta población y su red de apoyo, disminuye riesgos psicossociales, disminuye la hospitalización y colabora para un mejor soporte emocional para aquellos que se encuentran en estado grave o en fase final de vida. Ha quedado patente la necesidad de una mayor valorización de esta modalidad de asistencia, tanto en el campo de la macropolítica como en el de la micropolítica. El Programa de internación domiciliar del anciano, que está en funcionamiento desde hace 20 años, presenta un gran potencial en el sentido de contribuir para proceso de desospitalización, reducción de costos, optimización del uso de camas hospitalarias y centralización del cuidado en el usuario. Sin embargo, a pesar de los avances ya ocurridos desde la creación del servicio, algunos desafíos aún permanecen, entre ellos la dificultad de articulación con los demás servicios de la Red Intersetorial y de Atención a la Salud.

Palabras clave: Salud del Anciano; Atención Domiciliaria; Prácticas de Cuidado y Proceso de Trabajo en Salud.

Introdução

O presente artigo tem por finalidade a apresentação de um relato de experiência acerca do perfil, organização, processo de trabalho e funcionamento de um Programa de Assistência Domiciliar do Idoso (PROADI) de um município do Estado do Pará, desenvolvido a partir da realidade vivenciada no campo do trabalho em equipe, realizado por profissionais de saúde vinculados a esse serviço.

É importante ressaltar que o processo de envelhecimento coletivo que tem se apresentado como uma tendência mundial aponta desafios importantes para a sociedade, sendo que esse processo não pode ser reduzido à proporção de pessoas idosas numa população. Aspectos intrínsecos ao envelhecimento, principalmente vinculadas às condições de saúde, devem ser valorizadas em todo planejamento e nas intervenções de programas e políticas públicas¹.

O Brasil tem passado por um processo de transição demográfica que ocorre de maneira acelerada. De acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística² (IBGE) acerca do desenvolvimento populacional classificadas por grupos etários, as pessoas idosas, que são representadas por sujeitos de 60 anos ou mais, representavam 7,32% no contingente somente no ano de 2010. Desta forma, de acordo com as projeções em 2060, a presente parcela populacional representará 24,49%, tendo como expectativa de vida 81,04 anos.

Percebe-se, também, a modificação no padrão de ocorrência de doenças e causas de morte na população, os quais sofrem influência direta de aspectos socioeconômicos, culturais e demográficos. Dessa forma, tem-se a passagem de um perfil de doenças infecto-parasitárias que atingia principalmente a população mais jovem, para a maior predominância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), consideradas doenças típicas do envelhecimento³

Neste contexto, o aumento da expectativa de vida da população é acompanhado por um declínio natural das funções orgânicas, além do aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes que podem comprometer a autonomia dos idosos. Entretanto, vale ressaltar que esta fase da vida não está diretamente relacionada a doenças, como comumente associada⁴.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas são aquelas de longa duração, geralmente com lenta progressão e não transmissíveis entre as pessoas. São exemplos de doenças crônicas as doenças pulmonares, as renais, as cardiovasculares e as demências. Estas doenças podem ocorrer ao mesmo tempo no mesmo sujeito e podem causar graves problemas de saúde. As pessoas idosas com doenças crônicas geralmente vivem longos anos e falecem em decorrência destas doenças,

mas antes disso, vivem com progressivo declínio físico, perda de funcionalidade e sintomas que diminuem sua qualidade de vida^{5,6}.

Tais fatores associados levam ao aumento da procura de serviços de saúde por pessoas idosas, assim como maior tempo de hospitalização e ocupações de leitos por esses indivíduos quando comparado a outras faixas etárias, resultando em uma demanda expressiva para o sistema de saúde que enfrenta o desafio de suprir as necessidades desse grupo em um curto espaço de tempo⁷.

Entretanto, a população envelhece de maneiras diferentes. Há pessoas idosas que conseguem permanecer capazes de realizar suas atividades rotineiras por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes de saúde. Outros idosos necessitam de apoio e adaptações para a realização de suas atividades. Outro grupo se torna absolutamente dependente de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Nesse sentido, a existência de vários problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente, dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional⁸.

A maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, as multimorbidades, a dinâmica das condições de independência e autonomia, as limitações funcionais, resultam uma perspectiva de cuidado de longa duração, a qual acarreta para os sistemas de saúde – público e privado – demandas crescentes por procedimentos de média e alta complexidade, por serviços de reabilitação e de internação⁸. Nesse sentido, devido ao processo de transição demográfica evidenciada pelo envelhecimento populacional, ocorrerá mudanças epidemiológicas nos serviços de saúde, sendo notória a prevalência de doenças crônicas correlacionadas ao processo de envelhecimento. Portanto, com mudanças ocasionadas pela transição demográfica e busca da qualidade de vida e um serviço integralizado há um aumento no cuidado executado dentro do domicílio.

Assim, os profissionais envolvidos devem buscar novos saberes e práticas de saúde que se afastem cada vez mais do modelo baseado somente no processo de adoecimento, identificando as necessidades de saúde de forma holística, atuando sobretudo na prevenção de agravos e busca de um envelhecimento ativo, garantindo funcionalidade, autonomia e qualidade de vida^{9,10}. Logo, o Atendimento Domiciliar (AD), surge na tentativa de substituição e complementaridade do cuidado, compreendendo os processos de saúde e a complexidade e peculiaridades que circundam os sujeitos.

Através do atendimento domiciliar visa-se reinserir a pessoa idosa na comunidade, resguardando ao máximo sua autonomia. Também se busca a recuperação de sua independência funcional e a garantia da sua condição de “cidadão – ativo, participativo, produtivo e afetivo”, sendo que este modelo de cuidado se insere dentro de um modelo gerontológico¹¹.

De forma mais abrangente, é comum o destaque ao paradigma de formação médica centrado no ambiente hospitalar, com todos os recursos necessários onde há a familiaridade deste profissional com um ambiente de excelência para diagnóstico e tratamento. Já o domicílio é um espaço onde o poder estabelecido pertence ao paciente ou aos membros daquela família, não sendo, portanto, território natural de atuação dos profissionais de saúde. É possível constatar que há uma população que vive dentro de um contexto geográfico e social muitas vezes desfavorável, em regiões de difícil acesso e com domicílios em precárias condições, o que, em muitas circunstâncias, pode trazer maiores dificuldades para a manutenção do tratamento de forma consistente¹¹.

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (AD) no nosso país foi originariamente criada pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, entretanto, sofreu modificações expressas respectivamente pelas seguintes Portarias: Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527 de 27 de outubro de 2011; Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012 e, a seguir, Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Atualmente a AD é regida pela portaria nº 825, de 2016^{12,13}.

De acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a AD no âmbito do Sistema único de saúde (SUS), a AD é considerada como “modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, bem como reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, possibilitando a continuidade de cuidados”. A AD está organizada em três modalidades (AD 1; AD 2 e AD 3), sendo que a determinação da proposta tecnoassistencial está atrelada às necessidades de cuidado singulares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e à indicação de uso de equipamentos¹³. A AD é indicada para pessoas que apresentam estabilidade clínica, ainda com necessidade de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao domicílio de forma temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a modalidade de atenção domiciliar é apontada como a oferta mais adequada para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, considerando a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador¹³.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) caracteriza-se por serviço complementar aos cuidados prestados na atenção primária e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O SAD tem como objetivos: I - diminuição da demanda por assistência hospitalar; II - redução do tempo de permanência de pacientes internados; III - humanização das práticas de cuidado em saúde, com garantia da ampliação

da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS¹³.

Conforme a supracitada portaria, nas modalidades de AD apresentadas, as equipes responsáveis pelo processo de cuidado têm como atribuição: I - atuar em equipe multiprofissional integrada à RAS; II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em acompanhamento, incluindo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo; III - acolher demanda de esclarecimentos e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; IV - promover ambientes de cuidado e de compartilhamento de experiências para cuidadores e familiares; V - usar linguagem acessível, considerando o contexto; VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser de preferência emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território; VII - articular, com os demais pontos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, através de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e VIII - participar dos processos de capacitação e educação permanente¹³.

O SAD será organizado a partir de uma lógica territorial, sendo referência na modalidade de atenção domiciliar para uma população definida e se integrará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, principalmente com a atenção básica, atuando, quando necessário, como matriciadores dessas equipes¹³.

Tal iniciativa garante a continuidade do cuidado a partir de ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde de forma humanizada e integralizada, estando presente na complexidade das diferentes dinâmicas familiares, promovendo a desinstitucionalização e redução de custos hospitalares da RAS^{10,14}.

Metodologia

Optou-se pela utilização do relato de experiência como modalidade de estudo, que permite analisar e observar variáveis significativas da realidade acerca do desenvolvimento do cuidado realizado aos sujeitos, sendo o pesquisador um agente observador ativo ou passivo que deve realizar seu relato de forma verossímil prezando pela objetividade e clareza de suas observações. Portanto, possibilita mostrar as ações do sujeito como uma fonte participante da vida social, em que torna possível entrar em contato com a história do sujeito. Ainda, permite ao pesquisador analisar e entrar em contato com características subjetivas da cultura, da disposição social e dos movimentos sociais¹⁵. Nesse sentido, as informações pertinentes ao respectivo SAD, no caso do PROADI, bem como as reflexões que serão apresentadas no decorrer deste artigo são baseadas na vivência da maioria dos autores, que, enquanto

profissionais de saúde, compõem e/ou compuseram em determinado momento, a equipe multiprofissional do referido serviço.

Na seção dos resultados e discussão serão apresentadas a caracterização e perfil do PROADI, seguida da análise dos principais avanços e desafios enfrentados pelo referido serviço. No que se refere ao perfil e caracterização do serviço, obtivemos informações a partir não só da rotina e processo de trabalho da equipe, mas também tomando por base documentos institucionais, como regimento interno e protocolos que normatizam e padronizam as práticas de cuidado e organização dos serviços de saúde, de uma forma geral. Quanto à análise dos avanços e desafios enfrentados pelo serviço, esta foi baseada na observação, vivência e reflexão apontada por alguns membros da equipe multidisciplinar do serviço que também são autores deste artigo.

Resultados e Discussão

Importante realizar análises e reflexões potentes no campo da macropolítica e micropolítica do trabalho em saúde no sentido de propor estratégias e práticas de cuidado que de fato atendam às necessidades dos usuários acompanhados pelo PROADI. Dentro do contexto das discussões já levantadas aqui, acredita-se que as pessoas idosas, de uma forma geral, quando comparadas com outros grupos de pessoas adultas, exigem maior atenção em saúde, traduzindo a atenção domiciliar como um importante modelo de cuidado, mas que, no Brasil, ainda enfrenta grandes entraves para sua consolidação, com uma demanda claramente mais elevada que a oferta¹⁶.

A seguir, serão apresentados na caracterização e perfil do PROADI, sua vinculação, finalidade, composição da equipe multiprofissional, competências do serviço, forma de admissão do paciente, critérios de elegibilidade, descrição da rotina da visita domiciliar, descrição das principais condutas e orientações da equipe junto ao paciente e familiares/cuidadores, dentre outras informações adicionais em relação à organização do serviço e processo de trabalho em equipe. Posteriormente, serão apresentados os principais avanços e desafios enfrentados pela equipe multiprofissional do PROADI.

Caracterização e perfil do Programa de Assistência Domiciliar do Idoso – PROADI

O Programa de Assistência Domiciliar do Idoso – PROADI, vinculado ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), unidade que faz parte do Complexo Hospitalar Universitário (CHU) da Universidade Federal do Pará (UFPA), gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 702, de 12 de abril de 2002¹⁷, entrando em efetivo funcionamento a partir de abril de 2003. O PROADI, de acordo com seu regimento interno, tem por finalidade promover, manter e restaurar a saúde ou potencializar o nível de independência de

idosos acompanhados pelo serviço, reduzindo os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva terapêutica de cura.

O referido programa conta com equipe multiprofissional composta de coordenador (cujo cargo pode ser ocupado por qualquer indivíduo com nível superior desde que seja da área da saúde), médico assistente, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e motorista. Por ser vinculado a um hospital de ensino, o serviço também recebe, como cenário de prática, residentes de programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde com foco em Atenção à Saúde do Idoso.

São admitidos pelo programa indivíduos advindos da internação hospitalar do HUIBB mediante indicação médica, respeitando a capacidade de até doze pacientes, os quais são acompanhados por no mínimo um mês ou até estabilização de seu estado de saúde. Durante esse período, recebem visitas domiciliares da equipe multiprofissional no decorrer da semana (segunda a sexta-feira), pelo turno da manhã. Cabe ressaltar que nem todos os pacientes acompanhados pelo PROADI são pessoas idosas. Alguns pacientes com perfil para acompanhamento pela atenção domiciliar também chegam a ser atendidos pelo programa, tendo no fluxo proposto até dois pacientes que não sejam idosos e que necessitam de tais cuidados da equipe em domicílio. Em termos de estrutura organizacional, atualmente o programa está vinculado à Unidade de Clínica Médica do HUIBB e atende às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Compete ao PROADI: I. Individualizar a assistência prestada ao paciente com consequente diminuição das iatrogenias assistivas; II. Desenvolver as ações de assistência na privacidade e segurança do domicílio do paciente; III. Proporcionar ao paciente e família manter um maior monitoramento sobre o processo de tomada de decisões vinculadas ao cuidado à saúde; IV. Desenvolver parcerias entre os provedores de saúde e o paciente/família/cuidador, para alcance das metas estabelecidas no processo de cuidado; V. Reduzir os custos quando comparadas intervenções semelhantes entre domicílio/hospital; VI. Promover maior envolvimento do paciente e família no planejamento e execução dos cuidados necessários, desenvolvidos de forma singularizada, com responsabilidades equitativamente distribuídas; VII. Reduzir o número de reinternações pelo mesmo motivo, mantendo o paciente em seu domicílio sempre que possível, com o máximo de autonomia e qualidade de vida; VIII. Reabilitar o paciente oferecendo ao mesmo a oportunidade de voltar ao seu nível de independência funcional; IX. Oferecer treinamento prático e teórico a discentes e profissionais da área de saúde no atendimento ao paciente frágil e dependente para as atividades básicas da vida diária, com atenção especial para a importância do atendimento domiciliar e o trabalho multiprofissional.

Para o paciente ser acompanhado pelo serviço, deve atender aos seguintes critérios de elegibilidade: I. pessoas idosas com a idade de 60 anos ou mais em condições de alta segura hospitalar; II. Idosos provenientes da internação Hospitalar do HUJBB obrigatoriamente; III. Pessoas idosas que residem imprescindivelmente no município de Belém/PA (exceto às ilhas); IV. Pessoas idosas portadores de doenças crônico-degenerativas (Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS; Diabetes Mellitus tipo II – DMII; Portadores de Demência; Alzheimer; Parkinson; Cardiopatia compensada; pacientes amputados (pé diabético); portadores de feridas de estágio I, II, III, IV de outras etiologias como venosas e arteriais, exceto, pacientes oncológicos e feridas oncológicas; eventualmente pacientes vivendo com HIV/Aids ou outras doenças que possuam uma das comorbidades citadas acima; colostomizados e pacientes que utilizam dispositivos tais como Sonda Nasogástrica - SNG e Sonda Nasoenteral – SNE); V. Necessidade de um cuidador exclusivo, habilitado ou treinado pela equipe, que se comprometa com o atendimento, cuidado e adesão ao tratamento do paciente, e quando solicitado, informe a equipe sobre o estado geral deste.

Após admissão do paciente no PROADI é realizada visita domiciliar programada em veículo oficial do hospital uma vez na semana pela equipe multidisciplinar, sendo registrada todas as informações da visita e tratamento instituído e demais informações referentes ao paciente em prontuário físico do próprio programa. Durante a primeira visita, é solicitado ao membro da família responsável pelo paciente a sua assinatura em formulário próprio, dando ciência do atendimento, visitas que ocorrerão durante a semana para o paciente, qual atendimento proposto, explicando desta forma todo protocolo e demais ações propostas pelo PROADI, sanando possíveis dúvidas do mesmo. Será também informado ao paciente e cuidador que caso ele não aceite o cuidado oferecido poderá pedir seu desligamento a qualquer momento, desde que assine o termo de responsabilidade constante no prontuário do mesmo.

Vale ressaltar que, conforme já registrado anteriormente, o serviço disponibilizado pelo PROADI ocorre pelo turno da manhã, sendo que as visitas domiciliares ocorrem de segunda a sexta-feira, organizada da seguinte forma: I. Na segunda, terça ou quarta-feira dependendo do bairro a que pertença o paciente, a visita domiciliar será realizada por equipe composta de Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Assistente Social e residentes das referidas categorias profissionais; II. Nas quintas-feiras, a visita domiciliar será realizada por outros membros da equipe composta de Psicologia e Nutrição e residentes das respectivas áreas citadas; III. Na sexta-feira, a visita domiciliar será realizada por membros da equipe composta de Fisioterapia, Terapia Ocupacional ou outro profissional que seja requerido de acordo com a necessidade do serviço e seus respectivos residentes. No momento, ainda não dispomos de profissional da Terapia Ocupacional e nem da Fonoaudiologia.

A partir das visitas domiciliares, a equipe tem o papel de identificar um membro familiar do paciente que ficará responsável pela execução das condutas de saúde orientadas pela equipe multiprofissional. Neste contexto faz-se necessário a identificação do cuidador principal deste idoso visando a melhor condução do tratamento do paciente, uma vez que, dependendo da configuração familiar, esse cuidado pode ser compartilhado entre outros familiares, mas é necessário que o cuidador principal possa articular com os demais o cuidado em vista que seja mais integral. As condutas e orientações da equipe perpassam desde o processo de admissão do paciente, cuidados com a sua saúde pela utilização de fármacos dispensados pelo programa, cuidados com a pele e tratamento de feridas e estomas, treinamentos para o uso de equipamentos, orientações quanto ao cuidado do ambiente seguro para pacientes idosos (uso de camas com grades, contenções, uso de órteses para a deambulação do paciente nos cômodos da casa e transporte adequado para consultas hospitalares, mudança de decúbito etc.), informações sobre o material dispensado para curativos, seu uso e descarte adequado, observando-se que o lixo proveniente do curativo deve ser acondicionado de forma segura em seu domicílio para que na semana subsequente possa ser recolhido pela equipe do programa e sugestões de dispositivos que podem ser adquiridos de acordo com a necessidade do cliente, etc.

O transporte para consultas ou exames do paciente, caso este não possa se locomover devido a problemas referentes à própria doença, serão realizadas em veículo próprio do HUIBB, sendo necessário informar com antecedência ao assistente social do programa para que o mesmo possa planejar a execução do pedido.

A equipe informará ainda ao paciente e acompanhante que, caso haja uma piora clínica do usuário, os familiares deverão encaminhar o mesmo a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital Pronto Socorro no município de Belém (HPSM). Além disso, deverão comunicar a situação ao serviço social do HUIBB através de contato telefônico (informado durante a visita). O HUIBB sinalizará, então, ao assistente social do PROADI para que o mesmo solicite a recondução do paciente para o HUIBB através de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo médico do programa.

A equipe multiprofissional do PROADI se reúne toda última quinta-feira do mês para realizar discussões de casos clínicos e outras pautas elencadas pela gestão e equipe. Dependendo do contexto, podem ocorrer reuniões extraordinárias para tratar de pautas específicas. No decorrer da semana, dentro da própria rotina do serviço e entre uma visita e outra, alguns membros da equipe acabam dialogando sobre os atendimentos e casos clínicos.

Principais avanços e desafios do PROADI

Os principais avanços:

Ao longo dos anos, desde sua criação em 2002 e efetivo funcionamento em 2003, o PROADI tem atingido o principal propósito de um serviço de atenção domiciliar, que é contribuir para o processo de desospitalização dos pacientes idosos atendidos pelo HUIBB e, além disso, contribuir para a redução do risco de infecções, redução dos custos hospitalares, otimização dos leitos hospitalares, e proporcionar maior conforto para o paciente e sua família, aumentando sua autonomia. Cabe ressaltar que a EBSEH, empresa que atualmente gerencia o hospital ao qual o PROADI é vinculado, aponta em suas diretrizes de humanização a desospitalização como uma das principais diretrizes exigidas pela relação mínima de atividades em humanização da assistência hospitalar a serem implantadas, implementadas, acompanhadas, monitoradas e avaliadas na Rede EBSEH.

Outro ponto identificado como avanço trata-se da composição da equipe de profissionais de saúde que atua no PROADI, uma vez que a maioria de seus membros já exercem suas atividades nesse serviço de atenção domiciliar há muitos anos e possuem grande experiência nessa área, contribuindo para uma assistência humanizada e de qualidade. Os profissionais que atuam na AD devem possuir competências específicas, como criatividade, protagonismo e autonomia para estabelecer uma atuação eficiente e eficaz, pois acompanharão pessoas idosas com restrições, situações de disfuncionalidade ou vulnerabilidade familiar¹⁸.

Uma grande potencialidade que podemos apontar como avanço é a inserção de profissionais residentes de programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde com foco em Atenção à Saúde do Idoso. Também a possibilidade de acolher estagiários da graduação de diversas áreas que podem utilizar o PROADI como cenário de prática, já que o serviço tem essa característica pela vinculação à instituição de ensino. Outra possibilidade é que o serviço está aberto para acolher pesquisadores que porventura tenham o objetivo de desenvolver projetos de pesquisa na área do envelhecimento e/ou áreas afins, de acordo com a finalidade do serviço. Essa integração entre o ensino e serviço possibilita o compartilhamento e troca de saberes e fazeres, trazendo novas tecnologias de cuidado para a assistência, fomentando na equipe reflexões críticas sobre o processo de trabalho e modelos de cuidados vigentes.

Na medida do possível, a equipe do PROADI vem concentrando esforços no sentido de ofertar uma assistência que possa promover maior autonomia do paciente dentro do conforto de seu lar, proporcionando autonomia e qualidade de vida, bem como satisfação das necessidades dos usuários, valorização da família e do território como ambiente terapêutico.

Os principais desafios:

O PROADI apresenta um grande potencial no sentido de contribuir para processo de desospitalização, redução de custos, melhor organização do uso de leitos hospitalares e a centralização do cuidado no usuário, com melhor qualidade da atenção e como cenário de aprendizagem e produção de novas tecnologias de cuidado. Entretanto, apesar dos avanços já ocorridos desde a criação do serviço, alguns desafios ainda permanecem latentes.

Em primeiro lugar, ainda que o atendimento domiciliar seja uma alternativa de cuidado à pessoa idosa, o atendimento a esta população que tem grande prevalência de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) mostra-se como algo complexo, sobretudo porque a demanda observada é sempre maior do que a oferta^{19,20}. Atualmente, o HUIBB/UFPA conta apenas com uma equipe multiprofissional que atende o total de doze pacientes na modalidade de atenção domiciliar. Seria necessário pelo menos a composição de mais uma equipe multiprofissional para que a cobertura assistencial pudesse contemplar o total de 24 pacientes acompanhados pelo serviço.

Para a composição de mais uma equipe na atenção em domicílio seria necessário que o estabelecimento dispusesse de mais profissionais de saúde, conforme o perfil do serviço, em um contexto em que a unidade hospitalar já carece de recursos humanos em outras unidades clínicas. Além disso, seria necessário a garantia de infraestrutura adequada para o bom funcionamento do programa, contemplando minimamente equipamentos, materiais de permanência e consumo, bem como veículo para utilização das equipes, seja para deslocamentos regulares, seja para atendimentos mais ágeis. Por fim, seria importante garantir a oferta de ações de educação permanente para que essas equipes atuem de forma a contemplar a lógica e modelo de cuidado proposto pela Política de Atenção Domiciliar.

Como reiterado acima, o processo de educação permanente em saúde precisa ser potencializado e capilarizado para dentro da equipe multiprofissional do PROADI, no sentido de impulsionar as discussões a respeito de novas formas de atendimento às demandas de envelhecimento populacional e à complexidade característica do cuidado aos idosos nos territórios. Os avanços na efetivação da integralidade e a produção de novos modelos de cuidados eficazes apresenta-se como desafio a ser manejado por profissionais, usuários e gestores da esfera da saúde²¹, sendo que as práticas de cuidado têm sido mais ágeis na incorporação de novas tecnologias do que o ensino das profissões da saúde. Portanto, a aprendizagem em serviço é necessária nesse contexto com maior expressão do que no cuidado em geral.

Se faz necessário que a equipe teça reflexões constantes sobre que práticas de cuidado estão sendo ofertadas às pessoas que utilizam os serviços e quais modelos de cuidado estão sendo

reproduzidas, levando em consideração o cenário no qual atuamos - o domicílio do paciente. A residência é o local de estadia do usuário, onde o mesmo se sente confortável e desenvolve suas relações, além de refletir sua forma e estilo de vida, assim como seus familiares que se apresentam nestes espaços como verdadeiramente são. Sendo assim, os profissionais, ao prestarem cuidado no domicílio, jamais podem esquecer tais princípios ao considerar as especificidades individuais familiares²². O desafio aqui é que aprendemos a ser profissionais de saúde naturalizando o domínio no território – normalmente o hospital de ensino – e a aplicação dos saberes e poderes aprendidos em cenários diversos do domicílio não são automaticamente aplicáveis no território em que as pessoas estruturam suas próprias regras.

Dentro desse contexto, o serviço precisa fomentar momentos em que a equipe possa se encontrar mais para discutir casos clínicos, pensar e repensar a organização e processos de trabalho, bem como participar de ações de educação permanente, considerando que o PROADI possui vínculo a um hospital de ensino. A equipe em questão dispõe apenas de um dia no mês (última quinta-feira do mês) para reunião de equipe, que objetiva debates a respeito de casos clínicos necessário vislumbrarmos em nossa rotina, momentos de encontros potentes que nos possibilitem pensarmos em estratégias de cuidado baseadas na construção de Projetos Terapêuticos Singulares com a garantia da participação de pacientes/familiares e cuidadores. A defasagem entre a complexidade do trabalho e o tempo protegido para a educação permanente em saúde, que é mediado também pelas demandas burocráticas do serviço, impacta negativamente no desenvolvimento do trabalho de cuidado e de gestão. Assim, se amplia o risco da equipe reproduzir automaticamente práticas hegemônicas de outros locais de saúde²³ em domicílio.

Mais um grande desafio observado é a fragilizada articulação de serviços de atenção domiciliar, como no caso o PROADI, com outros serviços da RAS, expondo assim um longo caminho a ser percorrido para integralidade do cuidado, principalmente na Atenção Básica. Alguns autores expõem a importância da criação de dispositivos e espaços que contribuam na melhor comunicação entre os pontos da rede para, assim, facilitar os demais serviços e o processo de trabalho das equipes de AD²⁴.

A equipe do PROADI, por vezes não tão raras, depara-se com situações em que a sensação de impotência se faz presente. Dentre essas situações encontram-se o acompanhamento de usuários em contexto de extrema vulnerabilidade social, onde mal dispõem de recursos para se alimentar e/ou vestir, ou mesmo condições de comprar insumos (medicamentos, suplementos, alimentos etc.) que garantam a continuidade de seu cuidado no ambiente domiciliar. Além disso, os usuários do serviço nem sempre podem contar com uma configuração familiar que assegure uma rede de apoio que de fato ofereça suporte ao seu processo de cuidado. Não é raro também que a equipe se depare com

ambientes domiciliares insalubres localizados em logradouros que apresentam risco de violência, onde pacientes enfrentam além de seu processo de adoecimento, contextos sociais que, não só dificultam a progressão de seu tratamento, como aumentam e/ou potencializam os riscos para a manutenção de sua saúde. O cuidado domiciliar coloca a equipe de saúde em contato com um arsenal amplo de situações que interferem na produção da saúde e, portanto, também na recuperação da doença, tornando o conhecimento clínico das profissões insuficiente para a resolutividade do cuidado e demandando ações intersetoriais que, muitas vezes, fogem à governabilidade do setor saúde. Não fogem, entretanto, à responsabilidade da atenção, reivindicando ações que ativem outras políticas públicas.

É necessário investir na criação de protocolos que sistematizem e orientem a atuação da equipe de acordo com a lógica e modelo de cuidado preconizado pela Política Nacional de Atenção Domiciliar e que mobilizem também outros setores de políticas públicas. A interlocução entre o grupo de trabalho do PROADI e as RAS necessitam de fortalecimento para serem potencializadas, com realização de apoio matricial às equipes, principalmente da atenção básica, que darão continuidade aos cuidados prestados ao paciente no seu respectivo território.

Ao adentrar no território do usuário dos serviços e conhecer o ambiente em que o mesmo está inserido, é possível um olhar mais amplo ao seu processo de saúde-doença, que, para além do diagnóstico, envolve várias realidades econômicas/sociais, relações, vínculos afetivos, suporte familiar. Uma abordagem mais ampla e interseccional da produção da saúde permite compreender o que favorece ou desfavorece sua recuperação, reabilitação ou adaptação a condições crônicas ou possíveis sequelas advindas do adoecimento e bem como adequar o manejo das intervenções visando um olhar multiprofissional articulado que favoreça também autonomia e independência do paciente e participação ativa dos familiares.

Outro ponto que merece destaque é a realidade dos cuidadores familiares na AD, pois, de uma forma geral, os demais componentes do grupo familiar experienciam situações de afeto, segurança e confiança. Contudo há também um esgotamento emocional e físico, seja por insegurança ou falta de apoio, que demandam ações da equipe e do serviço. Neste sentido, a singularidade na produção de cuidado em AD também está na multiplicidade das ações necessárias ao fortalecimento da saúde e da vida de cuidadores e usuários com suas famílias²³. Vale ressaltar que, considerando o papel da família na relação de cuidado, esta também é objeto do cuidado, uma vez que a sobrecarga de atividades que se somam às demandas do paciente podem gerar sobrecarga, interferindo na relação cuidador-paciente, ou até mesmo atravessando sua compreensão das orientações fornecidas pela equipe e a execução das mesmas.

No geral, o papel do cuidador é de acompanhar, prestando auxílio à pessoa que necessita de cuidados, podendo ser estes cuidados necessários na higiene, locomoção, alimentação e demais atividades de vida diária. Certamente são demandas exigentes, sobretudo se o cuidador tiver dificuldades em exercer as atividades de cuidado e em manejar os comportamentos do idoso para facilitar a participação deste no processo de cuidar, podendo gerar uma maior sobrecarga ao cuidador e interferir de forma negativa em sua saúde física, interação social e em outras esferas de sua vida²⁵.

No acompanhamento aos pacientes admitidos pelo PROADI, entramos em contato com vários perfis de familiares/cuidadores responsáveis pela assistência prestada diretamente ao paciente, evidenciando a necessidade de que a equipe mantenha uma postura aberta e sensível em relação à diversidade de sujeitos com os quais se relaciona nesse processo de cuidado. Tendo em vista não ser tarefa fácil, já que há a exigência de todos os atores sociais envolvidos com a AD de assumirem uma postura desterritorializante, que reflitam sobre as práticas instituídas de produção do cuidado em saúde, exigindo assim, o pensar em estratégias e soluções que incluam as necessidades de usuários e suas famílias como centro e elaboração de políticas públicas ou na gestão de redes do trabalho em domicílio²³. No cuidado em saúde em geral, mas com muita ênfase no cuidado domiciliar, o desenvolvimento do trabalho das equipes requer a capacidade de aprendizagem, que é também capacidade de transformar-se e ao contexto, dado que a vigência de valores morais na equipe e nas pessoas que vivem nos territórios, precisa ser colocada em questão para que possam surgir novas práticas mais acolhedoras e compatíveis com a realidade de cada território.

Considerações finais

Durante a construção coletiva desse relato de experiência, foi possível rememorar, repensar e refletir sobre os principais processos de trabalho e práticas de cuidado que norteiam a modalidade de assistência chamada de Atenção Domiciliar. Neste artigo foi evidenciado o trabalho prescrito/morto, regulamentado e normatizado por meio de documentos institucionais com a descrição dos fluxos centrais e apresentação do perfil de um serviço de AD, no caso o PROADI. Além disso, foi apresentado como essência do relato de experiência o trabalho real ou o trabalho vivo em ato, onde foi possível desvelar os principais avanços e desafios enfrentados por uma equipe multiprofissional de um serviço de AD. A produção do texto, nesse caso, também representou uma ação de educação permanente em saúde, que necessitou colocar em questão as práticas e os pensamentos prévios. Um relato de experiências é, assim, também uma cartografia do trabalho e, como tal, uma pesquisa situada, que desloca as práticas de um território.

Uma vez que o profissional adentra a residência, que é ambiente do usuário do serviço e seu grupo familiar, para além de seu diagnóstico, é convocado a se desterritorializar de sua posição de poder para um lugar de construção coletiva onde o paciente e seus familiares também são protagonistas do processo de sua saúde. Desloca-se de uma posição centrada no seu conhecimento racionalizado e é convidado a reconstruir-se em um contexto mais implicado com todas as interfaces do cotidiano da pessoa sob cuidados e sua inserção no território. Quanto mais for estimulada a independência e autonomia deste paciente e familiares, mas é possível assumir um novo papel no seu tratamento, não como mero receptor de informações. Há aqui um conceito freireano de aprendizagem, em que o aprender transforma o agente e sua inserção no contexto. Da reflexão crítica sobre o cuidado surge também uma ação situada de intervenção sobre as determinações da saúde, em que o tratar das doenças também se abre à produção de saúde no território.

Fica visível a importância de se manter um serviço de atenção em domicílio no contexto do SUS, ainda mais que essa modalidade de assistência se caracteriza como valioso passo a ser exercido no campo de atenção aos idosos, pois além de ampliação da autonomia desta população e sua rede de apoio, diminui riscos psicossociais, diminui a hospitalização e colabora para um melhor suporte emocional para aqueles que se encontram em estado grave ou em fase final de vida, conforme podemos observar na discussão dos principais avanços do serviço. Trata-se de um serviço que chama à aprendizagem sobre os arranjos tecnoassistenciais que temos praticado no cotidiano, fomentando deslocamentos em direção à integralidade da atenção.

Vale ressaltar que o processo de desospitalização, além de contribuir para a redução de custos financeiros para o sistema de saúde e para o indivíduo, pode contribuir na segurança que a pessoa idosa tem em dar prosseguimento em seu dia-a-dia com os cuidados orientados pelos profissionais durante sua internação. Esses cuidados e procedimentos podem ser novos e, possivelmente assustadores, especialmente em casos em que o paciente passou por procedimentos invasivos como amputação, inserção de sondas, bolsas de colostomia, entre outros, impactando na sua vida e relações sociais. Frente a isso, o apoio das equipes de AD podem trazer benefícios para o bem-estar físico e mental do paciente e familiares. Tampouco é harmônico para os trabalhadores, que precisam se desterritorializar e reterritorializar em relação aos saberes e poderes que aprenderam a utilizar desde a formação profissional. Processos de desterritorialização e reterritorialização representam bem os efeitos desejáveis da educação permanente em saúde, onde a pesquisa situada e a reflexão crítica permitem desenvolver o trabalho e os trabalhadores em práticas éticas e embasadas nos princípios do cuidado no SUS e nas melhores práticas da ciência.

A reflexão sobre a experiência deixou evidente a necessidade de maior valorização dessa modalidade de assistência, tanto no campo das políticas de saúde como no campo da micropolítica do cuidado. O PROADI, já em funcionamento há 20 anos, como qualquer outro serviço de atenção domiciliar, também vem apresentando desafios importantes como evidenciado no presente relato como: necessidade de expansão da equipe do PROADI com o objetivo de aumentar sua cobertura assistencial; maior necessidade de investimento em ações educacionais para os integrantes da equipe do programa com objetivo de qualificá-la e assim ofertar um cuidado de maior qualidade dentro do modelo de cuidado preconizado pela AD; necessidade de fomentar mais momentos de reuniões de equipe dentro da rotina do serviço com o objetivo de planejar projetos terapêuticos singulares e discussão de casos clínicos; dificuldade de articulação de serviços de atenção domiciliar, como o PROADI, com os demais serviços da RAS; e necessidade de que a equipe mantenha uma postura aberta em relação à diversidade de sujeitos com os quais se relaciona nesse processo de cuidado, dentre outros pontos.

Como exposto e discutido neste artigo, percebe-se o quanto é necessária a valorização e reconhecimento do território do paciente e de suas experiências, sejam elas positivas ou desafiadoras, e as relações estabelecidas, visando o auxílio da expressão de seu sentimento e ampliação também de seus recursos de enfrentamento, que passa em muitos momentos por ter uma compreensão adequada e juntamente com sua equipe através de um vínculo de confiança. Essas valorizações impõem a presença de tempos protegidos para as equipes realizarem, como parte da organização do trabalho, a educação permanente em saúde. Ao que parece, ainda é escassa a compreensão de que o tempo da educação permanente em saúde é constitutivo do trabalho e desenvolve o trabalho e seus agentes. Reconhecer que trabalhadores e trabalhadoras aprendem no trabalho, além de ação de desenvolvimento e cuidado, informa que não são necessários semi-deuses que tudo sabem, dado que o trabalho em saúde é feito por pessoas que gostam de pessoas e que precisam ser tratadas como pessoas. Não é sutil o impacto micropolítico de destituir a condição divina do trabalho humano, mas é impostergável que isso seja feito, que o sofrimento no trabalho em saúde é também decorrência da desumanização dos trabalhadores e das trabalhadoras.

As reflexões apontadas neste relato de experiência tiveram o propósito de expor discussões a respeito de novas formas de atendimento às demandas de envelhecimento populacional. Os avanços na efetivação da integralidade e a produção de novos modelos de cuidados eficazes apresentam-se como desafios a serem gerenciados por profissionais, usuários e gestores da esfera da saúde.

Novas estratégias a nível de estruturação do serviço têm sido fomentadas no serviço, a fim de favorecer um trabalho integral e multiprofissional adequado às necessidades dos idosos atendidos

neste programa levando em conta as demandas específicas destes. Aos profissionais cabe a tarefa árdua de ter um olhar sensível e amplo às necessidades das pessoas que utilizam o serviço, superando desafios estruturais, mas através da oferta de um atendimento efetivo e afetivo, sejam construídas pontes para que seja desbravado este espaço tão necessário e importante para a saúde do idoso, bem como de seus familiares. Essa é também uma consequência do reconhecimento da relevância pública do trabalho em saúde, que foi registrada na Constituição Federal de 1988.

Referências

1. Romero D. A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? Dália Romero; Leo Maia. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Nota técnica. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
3. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Hygeia-Rev Bras Geogr Med Saude. 2019;15(32):69-79.
4. Pipino MVF. Alzheimer, psicologias, discursos: alguns apontamentos. Universidade Federal de Uberlândia; 2022. 82 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
6. Arantes AMB. Cuidados de fim de vida (livro eletrônico): cartilha cuidados de fim de vida a idosos portadores de doenças não oncológicas. 1ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2022.
7. Sousa MC, et al. O envelhecimento da população: aspectos do Brasil e do mundo, sob o olhar da literatura. Braz J Develop. 2020;6(8):61871-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
9. Silva DVA, et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. Enferm Foco. 2019;10(3).
10. Castellani LJ, Magni C. Perfil dos usuários do Programa Melhor em Casa em um município do centro-oeste do Paraná. Multitemas. 2021;26(64):159-74.
11. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Cad Saude Publica. 2004;20:98694.
12. Brasil. Ministério da Saúde (2011). Portaria nº 2029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html.
13. Brasil. Ministério da Saúde (2016). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

14. Silva YC, Silva KL, Brito MJM. Power relationships in home care: tensions and contradictions between professionals, users and caregivers. *J Rev Enferm UFPE*; 2018;12(4):897-907.
15. Cardoso LS. Exercícios e notas para formular uma pesquisa. Rio de Janeiro: Papel Virtual; 2000.
16. Dantas IC, et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Rev Kairós Gerontol.* 2017;20(1):93-108.
17. Brasil. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília; 2002.
18. Define APF, Francisco CM, Kpoghomou MB. Atendimento domiciliar da população idosa: potencialidades e desafios desta modalidade. *Rev Recien.* 2019;9(28):113-22.
19. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Ver Panam Salud Publica*; 2008;24(3):180-8. Recuperado em 13 de outubro de 2015 de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>.
20. Lima AA, et al. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Psicol Estud.* 2013;18(2):343-51. Recuperado em 13 de outubro de 2015 de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a15v18n2.pdf>.
21. Cunha DA. Narrativas de cuidadores do serviço de atenção domiciliar em Manaus sobre educação permanente na saúde. *Rev Saude Redes.* 2022;8(3):313-27.
22. Martins SK, Mathias JJS, Meier MJ, Lacerda MR. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. *Cogitare Enferm.* 2005;10(2):84-9.
23. Procópio LCR, et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saude Debate.* 2019;43(121):592-604.
24. Paiva PA, et al. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev Bras Promoç Saude.* 2016;29(2):244-52. Recuperado em 14 de novembro de 2016, de: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/4651/pdf>.
25. Campos CRF, et al. Entender e envolver, avaliando dois objetivos de um programa para cuidadores de idosos com Alzheimer. *Psico.* 2019;50(1):e29444.

Como citar: Cardoso MRO, Ferla AA, Gonçalves ATAF, Furtado BP, Cunha ECM, da Silva RO. Relato de experiência sobre um programa de assistência domiciliar do idoso em um município do estado do Pará: produção de cuidado em territórios afetivos. *Rev Saude Redes.* 2023;9(sup6):4314. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9nsup6.4314.

Submissão: 30/03/2023

Aceite: 07/11/2023