

NA DELICADEZA DO CUIDADO: UMA BREVE REVISÃO DOS PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO BRASIL RELATADOS NOS MEIOS ACADÊMICOS DE DIVULGAÇÃO

Mônica Testa Moranguera¹
 Reinaldo Pereira²
 Érika Fernandes Tritany²
 Cynthia Beatriz Silveira Kisse³
 Paulo Eduardo Xavier de Mendonça⁴

Introdução

Atualmente, as discussões acerca do Cuidado Intermediário buscam preencher as lacunas no setor da saúde, promovendo a continuidade do cuidado e melhoria da qualidade da atenção à saúde e qualidade de vida dos usuários. Neste sentido, faz-se importante situar este estudo aos esforços de orientação e corpo discente no âmbito do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva em dissertação de mestrado e orientações de Trabalhos de Conclusão de Residência e Trabalho de Conclusão de Curso de alunos dos três níveis e sua orientação. Este esforço contou também com a parceria cada vez mais intensa com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, bem como com novas interações com o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ.

Cabe salientar a importância de dois eventos de grande relevância para os estudos aqui em discussão, quais sejam o *VII Workshop internacional: O LABORATÓRIO ÍTALO-BRASILEIRO COMO PRÁTICA DE DIÁLOGO E COOPERAÇÃO - Redes internacionais para a qualificação dos sistemas e dos serviços de saúde e de welfare*, realizado em *Bologna - Itália* no período de 19 a 23 de fevereiro de 2018, bem como no *VIII Workshop Internazionale: Laboratorio italo-brasiliano - Tessendo reti e aspirazioni - Di quali utopie abbiamo bisogno per sostenere. I nostri sistemi sanitari pubblici e universali?* Em 25 de fevereiro a 2 de março de 2019 na mesma cidade, onde foram expostas as experiências sobre os Cuidados Intermediários implantados na Itália.

No Brasil, esta temática tem sido introduzida sob o conceito de Cuidados Prolongados, sendo debatida desde a década de 90 e ganhando força com a

Portaria 2.809 de 7 de dezembro de 2012 (Portaria de Consolidação nº 3 de 2017), organizando-se em Unidades de Internação em Cuidados prolongados (UCP) ou em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

A partir das experiências italianas expostas no *Workshop*, da participação no Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde (NECIRAS), e das atividades do estágio do Curso de Graduação em Saúde Coletiva no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), bem como no âmbito dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, seja na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, quanto no Mestrado em Saúde Coletiva, na linha de Políticas Públicas e Epidemiologia do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva e na Residência Multiprofissional em Saúde – Clínica Médica do HUCFF buscou-se aprofundar o conhecimento deste tema, para que se pudesse entender o contexto no qual se fez oportuna a implementação dos dispositivos do Cuidado Intermediário e a dinâmica da produção do cuidado nas redes de atenção no cenário internacional e também na experiência brasileira, particularmente após 2012.

O envelhecimento populacional tem gerado impactos desafiadores na atenção à saúde da população. Este processo se deu em épocas e países distintos, tendo sido observado inicialmente nos países desenvolvidos. (PEREIRA, 2019).

No Brasil, entre 1960 e 2008 foi observado um aumento de quase 700% na população idosa enquanto em países como a França e Bélgica, para que a população idosa dobrasse seu tamanho, foram necessários mais de cem anos. Este processo é consequência da busca global pela longevidade combinada com a queda da fecundidade e da mortalidade (VERAS & LIMA-COSTA, 2011).

Nos países desenvolvidos a transição demográfica ocorreu concomitante com as melhorias na qualidade de vida. Já os países em desenvolvimento, por passarem por esta transição em um curto período, enfrentam maiores desafios para adaptar-se às novas demandas, implicando em múltiplos esforços para reorganizar as áreas sociais e de saúde de maneira a minimizar as iniquidades que emergem (PEREIRA, 2019; TRITANY 2019; MS, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no Brasil a população idosa, considerando as pessoas com 60 anos ou mais, é a parcela da população que mais

cresce sendo que destas, o grupo que mais se destaca são os idosos com 80 anos ou mais, ditos “mais velhos” (PEREIRA, 2019). Estima-se que um em cada três idosos brasileiros possuem alguma limitação funcional, e que 80% destes conta com a ajuda de familiares para a realização de atividades de vida diária (AVD), esta dependência tende a aumentar cerca de 5% entre os idosos com 60 anos ou mais e 50% nos idosos com 90 anos ou mais (MS, 2016; MS, 2006).

Outro fator de grande impacto na qualidade de vida da população, sobretudo da população idosa, é o aumento da prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e das consequências de seus agravos. Estima-se que 20% da população adulta tenha Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e que 8% tenha *Diabetes mellitus* (DM), sendo que a HAS está relacionada com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 60% dos casos de doença isquêmica do coração com forte associação à perda de funcionalidade e autonomia (MS, 2001). Além disto, em 2009, estimou-se um aumento de 13 milhões de novos casos de câncer com a possibilidade de aumentar nas regiões com menor acesso aos serviços de saúde, repercutindo não apenas na qualidade de vida, mas também na economia, pois as doenças crônicas estão associadas com a perda de produção e aumento dos custos associados aos tratamentos (PEREIRA 2019).

No que tange os gastos em saúde, há uma tendência de lidar com o envelhecimento populacional como se as doenças tivessem custos semelhantes entre as faixas etárias (VERAS & LIMA-COSTA, 2011). É importante ressaltar que há diferenças entre os gastos com as doenças agudas quando comparado com as doenças crônicas, já que no primeiro caso, mais frequente em populações jovens as soluções exigem respostas mais rápidas e pontuais, enquanto para as doenças crônicas, mais expressivas na população idosa há a necessidade do cuidado contínuo e integral (TRITANY, 2019).

Ainda na perspectiva econômica dos impactos das DCNTs, de acordo com Veras e Lima-Costa (2011), a integração do cuidado e da reabilitação funcional é fundamental, pois os gastos a elas atribuídos transcendem o setor da saúde, impactando por exemplo, expressivamente e a longo prazo, o setor previdenciário. Considerando que a população envelhecida provoca uma redução na força de trabalho, os setores governamentais passam a articular medidas favoráveis ao aumento no tempo de contribuição na tentativa de gerar sustentabilidade ao sistema (PEREIRA, 2019; MS, 2006).

Evidencia-se ainda, que os custos associados às doenças crônicas são mais elevados nos países em desenvolvimento por apresentarem maiores vulnerabilidades sociais e iniquidades em saúde, combinados à qualidade de vida e multimorbidades (PEREIRA, 2019) que impactam diretamente no cuidado, contribuindo com a ocorrência de agudizações, incapacidades e conseqüentemente no aumento da utilização dos serviços de saúde (TRITANY, 2019).

Neste sentido, os países desenvolvidos apresentam estruturas adequadas ao cuidado da população idosa, com capacidade de englobar a necessidade de composições sociais que preservem sua autonomia, enquanto os países em desenvolvimento, em geral, apontam para a ausência de estruturas capazes de absorver as novas demandas de cuidado e suas complexidades, pressionando os setores governamentais a adaptar suas organizações (PEREIRA, 2019).

Este cenário traz em si, a necessidade de mudança nos modelos de atenção à população idosa, já que o envelhecimento populacional além de mudar o perfil demográfico da população muda também o perfil epidemiológico. Com isso, passamos de um cenário de diminuição das doenças agudas e de alta mortalidade, para um cenário de uma multidão de pessoas com doenças crônicas, complexas, múltiplas e onerosas, que perduram por cerca de 20 a 30 anos, comprometendo a qualidade de vida e exigindo contínuos cuidados associados aos investimentos capazes de promover tais mudanças (TRITANY, 2019; PEREIRA, 2019; VERAS & LIMA-COSTA, 2011).

Sendo a integralidade definida pelo “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990), concomitante à preservação da autonomia dos indivíduos e da igualdade de assistência à saúde faz-se necessário implementar mudanças no modelo de atenção à saúde para que haja a garantia da integralidade e continuidade do cuidado (TRITANY, 2019).

As mudanças necessárias ao modelo de atenção visando à redução da fragmentação do cuidado e da integração entre os níveis de atenção convida à reflexão sobre uma mudança no centro da atenção, onde este deixa de ser a doença, passando a ser o indivíduo (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019).

Isto seria possível se os serviços de saúde estivessem organizados em níveis de cuidado, ao passo que os tipos de cuidado pudessem ser distinguidos a

partir de características capazes de separá-los por densidades tecnológicas, sendo elas: tecnologia leve, pautada nas relações e na produção do cuidado através do trabalho vivo em ato, resultante do encontro entre cuidadores e usuários (FRANCO, MERHY, 2012); tecnologia leve-dura, sendo a combinação das relações com os saberes estruturados e recursos materiais como políticas e protocolos de atenção; e, das tecnologias duras, representadas pelos recursos materiais, que vão desde equipamentos tecnológicos da medicina diagnóstica até dispositivos para o tratamento e suporte à vida (MERHY 2002).

No Brasil, as mudanças no modelo de atenção vêm sendo debatidas à medida que as novas demandas pressionam os setores governamentais a responderem com serviços adequados aos problemas que se apresentam. Neste contexto, a Portaria Nº 4.279 de dezembro de 2010, propõe a organização do SUS através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia de superação da fragmentação da atenção, reconhecendo que os avanços alcançados pelo SUS, trouxeram desafios frente a qualificação da gestão do cuidado atrelado às variações contextuais (BRASIL, 2010).

Assim, a RAS, implantada a partir de redes temáticas que objetivam o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), da horizontalidade da atenção colocando a Atenção Básica (AB) como porta de entrada preferencial ao SUS, da longitudinalidade do cuidado prestado por equipes multiprofissionais e da integração entre os níveis de atenção (BRASIL, 2010), na prática, requer transformações para que de fato se estabeleça como realidade da atenção prestada aos usuários, expondo que o maior desafio desta realidade está na fragilidade da comunicação entre os serviços e níveis de atenção, da ineficiência da utilização e alocação dos recursos que incidem diretamente na qualidade do cuidado (TRITANY, 2019).

O Cuidado Intermediário no contexto internacional

Os documentos acessados através do grupo de pesquisa NECIRAS que conta com a parceria do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, e da recente revisão integrativa realizada na temática do Cuidado Intermediário internacional, apontaram características e estruturas diversificadas entre os países que implementaram este modelo de assistência ao cuidado.

Foram identificadas evidências de implantação dos Cuidados Intermediários na Austrália, Dinamarca, Escócia, Espanha, Holanda, Inglaterra, Itália, Irlanda do Norte e Noruega (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019). Por consequência da parceria com a experiência italiana dos Cuidados Intermediários, foi possível observar mais detalhadamente a implantação desta modalidade de intervenção no Reino Unido e Itália.

As discussões acerca desta temática surgiram no final dos anos 1990 na Inglaterra e Itália visando aproximar o cuidado aos dispositivos territoriais (PIERI, 2016) emergindo da necessidade de enfrentamento da crise no sistema de saúde, que pela fragmentação do cuidado não apresentava resolutividade das necessidades em saúde (TRITANY, 2019).

Na Inglaterra o conceito de Cuidado Intermediário foi proposto pela primeira vez no ano de 2000 sendo implementado pela *National Service Framework* (NSF) em 2001, já na Itália a implantação se deu através do *Piano Sanitario Nazionale* (PNS) 2003-2005 com maior importância à reabilitação, e no PNS de 2006-2008 a ênfase foi disposta no *Ospedale di Comunità* – Hospitais Comunitários, com foco especial para os cuidados paliativos, sofrendo alterações nas PNS seguintes (2011-2013 e 2014-2016) para melhor adequação deste dispositivo de cuidado na rede de atenção (TRITANY, 2019; PIERI, 2016).

De acordo com Pieri (2016) o Cuidado Intermediário é definido por todas as áreas intermediárias do cuidado, compreendendo o tratamento transicional concentrado na trajetória do usuário entre as diferentes esferas de assistência. Esta transição compreende as áreas intermediárias que vão desde a atenção hospitalar até a atenção primária e/ou domiciliar. É direcionada aos usuários suscetíveis a reinternações hospitalares pela ausência de uma rede adequada de serviços alternativos em situações de pós alta hospitalar aguda, crônico estabilizado com necessidade de monitoramento das condições de saúde por profissionais, crônico agudizado capaz de formas substanciais de autocuidado.

Apesar de apresentarem diferentes modelos organizacionais, os dispositivos de Cuidados Intermediários geralmente operam com equipes multidisciplinares similares, também compartilham de objetivos e critérios de admissão semelhantes, tendendo ao gerenciamento não hierárquico que propicia maior grau de autonomia para os profissionais não médicos (TRITANY,

2019). Observou-se também que estas diferenças no modo em como o Cuidado Intermediário é definido e implementado nos diferentes países podem interferir na relação de custo-efetividade (PIERI, 2016).

Percebeu-se que os países que implantaram os dispositivos de Cuidado Intermediário, o fizeram de acordo com as necessidades dos usuários e das estruturas disponíveis para adaptação deste tipo de serviço. No entanto, os hospitais comunitários receberam uma ênfase maior por se destacarem dos demais no que se refere à sua disposição na rede assistencial, configurando-se como um local acessível às comunidades a fim de atender suas necessidades como uma extensão da atenção primária, possibilitando às equipes oferecerem o suporte necessário aos usuários dentro de seus territórios (TRITANY, 2019).

Os objetivos gerais do Cuidado Intermediário podem ser classificados como preventivos e de reabilitação. Os objetivos preventivos visam evitar internações desnecessárias e de longa permanência, oferecer alternativas de cuidado disponíveis com a finalidade de atender as necessidades de saúde com proporcional intensidade à necessidade de cuidado, e a busca de maior eficiência do sistema. Já para os objetivos de reabilitação, destacam-se o apoio à alta hospitalar através da melhora no processo de alta e da prestação de cuidados aos idosos com condições complexas, facilitar o acesso aos serviços de reabilitação e recuperação funcional e o auxílio no retorno ao domicílio, buscando sempre a integração do cuidado entre os diferentes níveis de atenção como forma de garantir a continuidade e mitigar a fragmentação do cuidado. (PIERI, 2016)

Dependendo do contexto local em que estiver inserido, poderá haver uma diferença no foco de sua atenção. Como exemplo disto, observou-se que na Inglaterra o foco principal está na reabilitação, no declínio funcional e cognitivo com especial atenção à educação terapêutica e autocuidado, enquanto na experiência italiana, o foco da intervenção está na integração entre o hospital e o território buscando aproximar cada vez mais o usuário com os serviços territoriais, enfatizando a reabilitação acionando estruturas intermediárias regionais (PIERI, 2016). Apesar de o foco principal não ser o mesmo, observa-se que ambos viabilizam a continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços sociais e de saúde, com a perspectiva do envolvimento da família ou prestador de cuidados para o aumento da independência do usuário.

Outros objetivos observados da experiência italiana foram: atender usuários com doenças crônicas provenientes do território ou de instalações hospitalares; com doenças crônicas associadas com instabilidade clínica, fragilidade social e ausência de apoio familiar; temporariamente dependentes por condições pós-agudas que necessitem de reabilitação; e, usuários em fase terminal que não precisem de cuidados especializados mas que não podem ser adequadamente tratados em casa com cuidados paliativos (PIERI, 2016).

Uma característica importante foi observada na experiência norueguesa, onde os Cuidados Intermediários são prestados de forma individualizada através de avaliação e tratamento de cada usuário com a participação destes na construção de seu plano terapêutico. A importância dada à participação do usuário na construção do seu plano terapêutico é vista como fator fundamental, pois observou-se que os usuários em Cuidado Intermediário requerem maiores esclarecimentos para a garantia do envolvimento na sua reabilitação e conseqüentemente, a garantia da adesão ao plano terapêutico, que incidirá diretamente nos seus resultados. Os diversos relacionamentos em trabalho interdisciplinar influenciam e são influenciados pelas estruturas organizacionais representando um desafio associado à participação do usuário (KVAEL, 2018).

Esta questão abre uma outra dimensão digna de aprofundamento e de construção de abordagens compreensivas e propositivas, que é o protagonismo do usuário na construção de projetos terapêuticos que estejam dentro de seus projetos de vida, em todos os aspectos que possam estar envolvidos.

O modelo de tomada de decisões terapêuticas compartilhadas é aquele em que a decisão clínica é dada através do diálogo entre médico e paciente e o resultado esperado do desfecho é o mais favorável possível. Este modelo é hegemônico em países como Inglaterra, Canadá e Austrália (MENEZES, 2011).

No Reino Unido apenas 56% dos pacientes estão envolvidos na tomada de decisões sobre seus cuidados e tratamento. O governo local adotou políticas voltadas para os cuidados de saúde, buscando envolver os pacientes neste processo decisório de tratamento (ROSE, 2017).

Com o desenvolvimento da farmacologia, imunologia, genética e outros campos das ciências médicas e a ampliação no uso de tecnologias duras nos diagnósticos, o modelo biomédico centrado na doença tomou espaço, sendo a

subjetividade do paciente deixada de lado. O uso de estudos clínicos e algoritmos têm sido mais considerados que as próprias habilidades ou decisões do profissional. A preocupação com algum possível erro é levado em conta, principalmente em procedimentos clínicos mais complexos. A dificuldade com o manejo do que é inesperado e as possibilidades de incidentes acabam fomentando tal cultura. Falta ao médico habilidades e práticas de valores humanitários, observação e comunicação, recursos necessários para o tratamento do paciente como um todo. Falta também o estímulo para pensar o paciente como um todo, na integralidade física, psíquica e social e não somente biológica (CAPRARA, 2004; SILVA 2013).

O termo participação do paciente é definido como um direito e oportunidade do paciente em influenciar e engajar-se na tomada de decisões sobre o seu cuidado, que dialoga com as suas preferências e potências, junto com o conhecimento do profissional. É um processo que envolve não só o paciente, mas seus familiares, em um processo multidimensional de tomada de decisões. O acesso facilitado à informação, com buscar na internet, faz com que pacientes questionem mais a seus médicos acerca de exames, medicamentos e tratamentos (FRENETTE, 2017; KVÆL, 2018; MENEZES, 2011).

O paciente precisa receber todas as informações para poder estar capacitado para uma tomada de decisão. Caso o médico tome só, sem o paciente (ou sua família) uma decisão, ele usará o seu poder na relação existente (médico-paciente), tirando do paciente o direito de decisão sobre seus cuidados com seu corpo (MENEZES, 2011).

A desigualdade estrutural na relação médico-paciente é baseada na autoridade médica, onde este é o detentor do conhecimento técnico e dos dados referentes ao paciente. O médico tem o conhecimento da clínica, mas quem melhor conhece o paciente é ele mesmo (MENEZES, 2011).

A participação do paciente pode melhorar a aderência ao tratamento clínico e medicamentoso, controlar a doença e diminuir o número de visitas a serviços de saúde. Além disto, pode aumentar a qualidade de vida do paciente, aumentar a satisfação dele, diminuir conflitos nos processos de decisão e diminuir as reinternações, melhorando assim os resultados do tratamento. A tomada de decisões compartilhada aumenta o conhecimento do paciente, reduz a ansiedade, melhora os resultados e reduz os gastos. Porém, este tipo de abordagem pode

não reduzir significativamente o tempo ou gastos durante a hospitalização (GUALANO, 2019;KVÆL 2018).

GUALANO, 2019 descreve que a tomada de decisões compartilhadas como uma abordagem em que médicos e pacientes dividem as melhores evidências para tomar decisões, e onde a opinião do paciente é considerada, esta abordagem qualifica-se como fornecedora de benefícios para todos: o usuário, o médico e o sistema de saúde.

O que o paciente percebe como o resultado mais importante do tratamento deve ser o guia central na prática clínica. O conhecimento de médicos e pesquisadores clínicos nem sempre está alerta acerca de quais seriam os resultados desejados pelos pacientes no tratamento (NEDERGAARD, 2018).

O modelo de relação médico-paciente reconhecido como Modelo Compartilhado é aquele em que médicos e pacientes simultaneamente dividem todos os estágios de decisões relativas ao processo de tratamento, reconhecendo as necessidades para a autonomia, através da construção de um bom relacionamento, de modo que as informações sejam compartilhadas e os pacientes recebam apoio para expressar suas preferências e opiniões durante todo o processo (ELWYN, 2012; GUALANO, 2019).

Refletir na interação médico e paciente é pensar na autonomia, não só do conhecimento, mas principalmente do poder decisório do paciente. O respeito pela autonomia inclui (e não se limita) respeitar as escolhas e decisões de uma pessoa capaz e apoiar suas decisões (MENEZES, 2011). Neste sentido, a tomada de decisões compartilhadas faz repensar e reorganizar alguns aspectos do processo terapêutico, principalmente o tempo despendido com o paciente (GUALANO, 2019).

No contexto da implantação dos Cuidados Intermediários na Noruega, foi observado que o foco principal da produção do cuidado está no ganho de autonomia para a realização das AVD, o que, aproximando-se das experiências anteriores dispõe seu foco na reabilitação promovendo melhora ao retorno para o domicílio (TRITANY, 2019). Considerando que o Cuidado Intermediário ocorre principalmente em um momento crítico para o usuário, que por vezes se encontram em situação de vulnerabilidade, torna indispensável o envolvimento de familiares ou cuidadores durante o processo de reabilitação (KVAEL, 2018).

Foi observado que para a efetivação do Cuidado Intermediário na Inglaterra, deslocou-se o objeto da atenção para o indivíduo, e que por apresentar variadas configurações na organização do Cuidado Intermediário o *National Health Service – NHS* criou um Plano de Modernização para reformular os serviços de saúde e serviços sociais apresentando uma proposta capaz de promover a independência e proteção dos idosos e pessoas vulneráveis. Esta reformulação teve como temas norteadores: o respeito ao indivíduo de forma que a idade não caracterizasse uma restrição no acesso aos serviços disponíveis; o cuidado centrado na pessoa permitindo aos idosos que participassem na escolha sobre seus cuidados: e, a definição do Cuidado Intermediário como um cuidado de transição capaz de contribuir para, com segurança evitar-se internações desnecessárias, promover apoio à alta precoce, com diminuição no tempo de internação e redução dos cuidados domiciliares através do aumento de autonomia. (PEREIRA, 2019)

Ainda de acordo com Pereira (2019), apesar de o Cuidado Intermediário ter sido inicialmente proposto em 2000 (Inglaterra) e 2003 (Itália), o relatório do *NHS* apontou que não era uma inovação, mas que no Reino Unido foi formalmente reconhecido como uma política no plano *NHS* de 2000 pela necessidade de integrar os cuidados hospitalares aos cuidados da atenção primária e domiciliar. O relatório também evidenciou que o baixo nível de investimento em serviços de prevenção ou reabilitação dos idosos resultavam em internações inadequadas e na permanência por mais tempo que o necessário, fazendo com que o Cuidado Intermediário fosse visto como um modelo capaz de proporcionar o aumento da oferta de leitos para agudos e da redução no tempo de espera para atendimentos (TRITANY, 2019).

Dos estudos analisados, foi possível observar que os usuários atendidos nas estruturas de Cuidados Intermediários, sejam elas nos cuidados domiciliares ou em estruturas próprias a este tipo de cuidado, apresentaram ganho de funcionalidade quando comparado com os usuários atendidos na rede hospitalar geral (PEREIRA, 2019). Tanto do ponto de vista do usuário quanto dos profissionais há uma clara percepção de um cuidado humanizado, ao relatarem ser atendidos de forma mais respeitosa, apontando uma relação mais amistosa entre os profissionais e os usuários com uma abordagem integral da pessoa (TRITANY, 2019).

No entanto, por haver poucas evidências científicas acerca dos benefícios e do custo-efetividade dos Cuidados Intermediários na Inglaterra, não houve muitos avanços deste modelo de atenção em todo o país, gerando fragmentação e desigualdade no acesso, necessitando que mais pesquisas fossem realizadas. Em função disto, em 2012 foi realizada uma Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários (*NAIC*) dando sequência nos anos seguintes em parcerias com entidades públicas, privadas e representações comunitárias (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019).

Nas auditorias foram identificados os diversos modelos de Cuidados Intermediários, comprovou-se que os usuários atendidos neste modelo de atenção apresentaram melhora em seus níveis de independência e que a maioria (88%) dos usuários que passaram pelos Cuidados Intermediários atingiram seus objetivos. Mesmo com a relevância dos resultados qualitativos, não foi possível afirmar o mesmo quanto à economia para o sistema de saúde. Porém, a auditoria teve grande importância na avaliação do desempenho dos Cuidados Intermediários e de sua eficácia sobre o sistema com resultados significativos para a população, deixando claro um amplo caminho de pesquisas necessárias à melhor adaptação da oferta de cuidado e das pesquisas que pudessem no futuro comparar detalhadamente a relação de custo-efetividade de ambos os modelos de atenção (PEREIRA, 2019).

Já na experiência italiana foi observado que pelo fato de a implantação deste modelo de atenção ser relativamente recente, a coleta de dados ainda se encontra em desenvolvimento, mas reforça a importância dos indicadores de qualidade uma vez que os recursos no setor da saúde têm sido cada vez mais reduzidos e escassos. Desta forma se faz imprescindível medição adequada dos resultados para adequação destes serviços, que pode usar estas informações para orientar a alocação de recursos. Há ainda uma tendência de aumento na demanda por este tipo de serviço em função do envelhecimento populacional, sendo essencial implementar métodos alternativos, menos custosos e igualmente eficazes no cuidado prestado à população (PIERI, 2016).

Outra experiência mencionada em outro estudo, refere-se à estratégia adotada Nos Estados Unidos, onde este modelo de atenção está disponível pelo sistema *Medicare*. A estruturação destes serviços iniciou-se em 1980 após análises dos custos e motivos das reinternações hospitalares de seus beneficiários. São

beneficiados pelo sistema *Medicare* os usuários com idade igual ou superior à 65 anos oferecendo continuidade do cuidado após uma internação hospitalar, podendo ser encaminhados de acordo com suas necessidades para “hospitais de transição de cuidados, especializados em pacientes complexos que requerem tempo de recuperação prolongados” (POLISAITIS & MALIK, 2019).

Ao analisar as evidências da experiência do Cuidado Intermediário no cenário internacional, indagou-se: como este modelo de atenção foi implantado no Brasil? De que modo se organiza?

Para responder a estes questionamentos foi realizado um levantamento bibliográfico em busca de pesquisas acerca dos Cuidados Intermediários no Brasil.

Cuidados Intermediários no Brasil

Muito se debate acerca dos avanços e retrocessos enfrentados pelo SUS nos seus 30 anos. Se por um lado temos a implantação de um Sistema Universal de Saúde voltado para a saúde da população, do outro temos forças políticas e econômicas que pressionam por seu desmonte (PAIM, 2018).

A descentralização do repasse de recursos no SUS possibilitou a ampliação da oferta e do acesso aos serviços de saúde garantindo a participação da comunidade e a criação de instâncias de pactuação, como as comissões intergestoras tripartite e bipartite gerando o interesse e comprometimento dos trabalhadores da saúde que atuam contribuindo com a sustentabilidade do sistema. Entre os avanços do SUS está a Atenção Básica, que merece destaque pois “vincula cerca de 60% da população Brasileira às equipes de Saúde da Família” (PAIM, 2018).

Já em relação aos obstáculos enfrentados pelo SUS, estão os valores dominantes na sociedade que tendem contra a solidariedade, coletividade e igualdade, por ausência da representatividade político-social na defesa do direito à saúde (PAIM, 2018). No Brasil, vemos que apesar das dificuldades enfrentadas para a superação dos obstáculos à garantia dos direitos em saúde, há uma resistência que move o SUS, mesmo que lentamente, para a melhoria da obtenção de seus objetivos, com destaque para as pesquisas científicas no setor e reformas no seu modelo de atenção.

No contexto dos Cuidados Intermediários, o Brasil vem debatendo sobre a saúde da população idosa sob o conceito de Cuidados Prolongados, que assim como

outras experiências, vem passando por mudanças em sua organização e objetivos para que possa adequar-se às necessidades de saúde que vão se apresentando no decorrer das transições epidemiológicas e populacionais (ROMERO, 2010).

O escândalo da Clínica Santa Genoveva em 1996, quando ocorreram 156 mortes de idosos em cinco meses, aqueceu o debate acerca da atenção à saúde do idoso. Inicialmente, as primeiras portarias que tratavam do assunto com o olhar do cuidado intermediário, se organizavam através de hospital-dia objetivando evitar internações prolongadas “com fins exclusivamente terapêuticos” (BRASIL, 1998) garantindo também a realização de seus tratamentos complementares através da atuação de equipes multiprofissionais (ROMERO, 2010).

Porém, segundo a Portaria 2.413 de 23 de março de 1998, foi estabelecido como cuidado intermediário aquele cuidado entre a assistência ambulatorial e a hospitalização, com a reinserção social dos pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos, convalescentes e que necessitasse de cuidados permanentes. Desta forma, àqueles que não alcançavam tal reinserção social pelas equipes destes hospitais-dia, acabavam admitidos na rede hospitalar e/ou nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (ROMERO, 2010).

Uma importante observação feita por Romero (2010) foi que este tipo de assistência se apresentava como um cuidado de caráter asilar, mas que para o momento já significava avanços no setor da saúde por configurar uma reformulação do modelo assistencial com características próprias da luta pela integralidade da atenção.

Em 2006, a Portaria nº 2.528 amplia o conceito do Cuidado Prolongado ao incorporar os aspectos socioeconômicos caracterizando a necessidade de “recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos”, considerando o processo de envelhecimento e do conhecimento científico no desafio às condições de desigualdades sociais. Define ainda o envelhecimento como um “processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias” e desta forma, a proposta da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visa a atenção integral e integrada devendo esta estruturar-se em linhas de cuidado com foco no usuário (BRASIL, 2006).

Após a estruturação da Rede de Atenção à Saúde em 2010, uma nova portaria de organização da Rede de Atenção às Urgências enfatiza os

Cuidados Prolongados ao estabelecer leitos para esta modalidade de cuidado na rede assistencial como leitos de retaguarda aos atendimentos de média e alta complexidade (BRASIL,2011), porém, apenas em 2012 publicou-se uma portaria específica para a definição conceitual e organizacional do Cuidado Prolongado, tornando-o uma política pública de atenção à saúde e aproximando-o do modelo internacional dos Cuidados Intermediários, objeto deste estudo.

Assim, a portaria 2.809 de 7 de dezembro de 2012 (Compilada na Portaria de Consolidação nº 3 de 2017) define o Cuidado Prolongado como um cuidado de retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), constituindo um cuidado intermediário entre a atenção hospitalar aos usuários agudos e crônicos reagudizados e a AB. Ainda de acordo com a portaria 2.809, o Cuidado Prolongado destina-se a usuários clinicamente estáveis que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico, com o objetivo de reabilitação clínica e funcional do usuário com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo, organizando-se em Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) ou em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Quanto à estrutura, foi estabelecido que as UCP ofertassem entre 15 e 25 leitos de Cuidados Prolongados e os HCP no mínimo 50 leitos. Em relação às equipes, definiu-se que as UCP contassem com 1 equipe multiprofissional para cada módulo de 15 a 25 leitos, sendo eles: médico (20h semanais); enfermeiro (60h semanais); técnico de enfermagem (mínimo de 1 técnico de enfermagem para cada 5 usuários disponíveis 24h por dia); assistente social (20h semanais); fisioterapeuta (60h semanais); psicólogo (20h semanais); e, fonoaudiólogo (30 horas semanais). Para os HCPs ficou determinado que comporão as equipes multiprofissionais: médicos plantonistas (disponíveis 24h por dia); médico (20h semanais); enfermeiro (80h semanais); enfermeiro plantonista (disponível 24h por dia); técnico de enfermagem (mínimo de 1 técnico para cada 5 usuários disponíveis 24h por dia); assistente social (40h semanais); fisioterapeuta (120h semanais); psicólogo (40h semanais); fonoaudiólogo (60h semanais); e, terapeuta ocupacional (30h semanais) (BRASIL, 2012).

Em relação às mudanças que as políticas de atenção vão sofrendo ao longo do tempo para incorporar as transições inerentes ao processo do desenvolvimento

socioeconômico e populacional, observa-se através deste breve histórico de alterações no modo de conceber o cuidado na saúde do idoso, que já em 2006 o MS enfatizou a necessidade de encarar os custos do envelhecimento como um investimento e que o aproveitamento das “competências, experiências e recursos humanos dos grupos mais velhos” (BRASIL, 2006) são capazes de proporcionar melhor aproveitamento no desenvolvimento de uma sociedade plenamente integrada.

Todas estas observações suscitaram ainda mais o interesse em aprofundar os estudos na temática do Cuidado Intermediário no Brasil. Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico com o intuito de encontrar na literatura, material que pudesse fornecer as informações necessárias à uma revisão bibliográfica, com o objetivo de responder às seguintes questões:

- 1) após estabelecer o Cuidado Prolongado como política de atenção através da portaria 2.809 houve de fato a implantação destes dispositivos de cuidado no Brasil?
- 2) de que modo estão inseridos na RAS? e,
- 3) quais os resultados das experiências estudadas até o momento?

Foi realizado um levantamento bibliográfico utilizando as seguintes base de dados de periódicos científicos: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Portal Regional da BVS disponível em <http://bvsalud.org/>, Scientific Electronic Library Online - (SciELO) disponível em <https://www.scielo.org/> e na plataforma online Google Scholar disponível em <https://scholar.google.com.br/>. As palavras-chave para a busca foram: Cuidados Intermediários; Cuidados Prolongados e Portaria 2.809, organizados nas seguintes chaves de busca e seus respectivos operadores booleanos: 1) Cuidados Intermediários OR Cuidados Prolongados AND Portaria 2.809; 2) Cuidados Prolongados AND Portaria 2.809; e, 3) Cuidados Prolongados OR Portaria 2.809.

Foram incluídos na seleção dos documentos de leitura, aqueles que apresentavam relação entre título e/ou resumo com o assunto de interesse e foram excluídos aqueles que não apresentavam esta relação bem como os documentos em duplicidade.

Após a leitura foram excluídos os documentos que apenas citavam o Cuidado Prolongado/Cuidado Intermediário e selecionados os que relatavam experiência de implantação, objetivo da análise desta revisão.

Estas estratégias resultaram em 212 documentos que após aplicar os critérios anteriormente descritos, totalizaram em 10 documentos incluídos na revisão.

O uso da Portaria 2.809 na estratégia de busca foi essencial pois observou-se que a terminologia adotada no Brasil (Cuidados Prolongados), resultava em estudos que abordavam internações de longa permanência que não necessariamente configuravam cuidados intermediários na rede assistencial. Já para o conceito utilizado a nível internacional (Cuidado Intermediário), os resultados estavam associados ao cuidado prestado no ambiente hospitalar variando de acordo com a área da pesquisa (enfermagem, psicologia, pediatria entre outros), um exemplo disto foram o número de documentos que usavam a terminologia da experiência internacional para o cuidado neonatal realizado entre a Terapia Intensiva e o momento da alta.

Outra consideração de extrema importância para esta revisão foi a busca realizada na literatura cinza (Google Scholar), resultando em documentos fundamentais à realização desta revisão.

Assim, observou-se que no Brasil a implantação deste modelo de atenção baseou-se nas experiências da Espanha e Portugal, que pela estratégia da continuidade do cuidado, definiu a terminologia Cuidado Continuado Integrado (ANDRADE, 2017).

Em Portugal, os debates sobre os Cuidados Continuados Integrados iniciaram-se em 1994 com o intuito de aprimorar os cuidados já existentes desenvolvendo modelos inovadores. Em 1996 o Ministério da Saúde e da Segurança Social observou a necessidade de criar uma rede de cuidados continuados, mas apenas em 2003 foi instituída uma lei de implementação da primeira Rede de Cuidados Continuados Integrados que integravam as áreas social e da saúde, sendo reconhecido como direito dos usuários em 2006, passando a compor a política do sistema de saúde (POLISAITIS & MALIK, 2019).

Ainda segundo Polisaitis e Malik (2019), em Portugal, os cuidados continuados foram implantados a nível nacional com coordenação central e regional através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) estando estruturado em: unidades de internação para usuários convalescentes, de longa e média duração e de cuidados paliativos; unidades de ambulatórios como unidades dia centrado na promoção da autonomia; equipes hospitalares, de gestão de alta e suporte de cuidados paliativos; e, equipes domiciliares composta de equipes de Cuidado Continuado Integrado, equipes comunitárias e de cuidados paliativos (ANDRADE, 2017).

O serviço social foi considerado fundamental nas políticas de saúde e nos Cuidados Continuados Integrados através do plano de intervenção social, participando ativamente na alta do usuário, no encaminhamento aos serviços de continuidade do cuidado e no retorno à comunidade. Assim, de acordo com o Decreto-Lei 101 de 6 de junho de 2006 de Portugal o Cuidado Continuado Integrado foi conceituado como

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Tendo como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. (POLISAITIS & MALIK, 2019)

No Brasil, o Cuidado Continuado Integrado foi implantado a partir de 2013 com a criação de uma Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) em São Paulo, seguindo os modelos europeus (Barcelona e Lisboa) em parceria com o Hospital Samaritano, o Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e as Secretarias de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Paraná e Piauí (FLORES, 2015; ANDRADE, 2017). O foco principal no momento da criação da RCCI foi a reabilitação biopsicossocial de qualquer pessoa independente de sua idade, com perda transitória ou permanente de autonomia, através da avaliação multiprofissional pelo emprego das tecnologias leves, entre outras (SAMPAIO, 2015) pautando-se na longitudinalidade do cuidado e nas relações cooperativas e humanizadas entre a equipe, o usuário e cuidador (ANDRADE, 2017).

Os estudos desta revisão foram conduzidos em unidades selecionadas para implantação do projeto piloto nos municípios de Campo Grande (MS), Ipuã e Pedregulho no estado de São Paulo e Rebouças (PR). Foram encontrados documentos que relatavam a experiência nas unidades de MS, SP e ainda de novas unidades instaladas em outros três municípios do estado de SP através de outras parcerias sendo eles São Simão, Guariba e Altinópolis. Contudo, não encontrou-se nesta revisão nenhum relato da experiência do projeto piloto no estado do

Paraná. Ressalta-se aqui que a maioria das publicações encontradas (7/10) foram desenvolvidas pela experiência de Campo Grande (MS).

Apesar de o número de documentos selecionados para leitura e análise não ser muito expressivo (10), observou-se que cada estudo apresentou uma abordagem diferente, possibilitando uma visão ampliada da implantação deste modelo de atenção. Entre as abordagens da pesquisa estão o processo de trabalho das equipes multidisciplinares, análises do ganho de autonomia dos usuários, impacto dos leitos do Cuidado Continuado Integrado no desempenho de hospital de nível terciário, análise do processo da alta responsável, disposição dos leitos de retaguarda no setor privado, impacto das práticas em Cuidados Continuados Integrados no SUS, processo de continuidade do cuidado na reintegração familiar e os impactos financeiros na vida dos familiares decorrentes da internação.

As experiências de implantação do Cuidado Continuado Integrado em Campo Grande (MS), Ipuã (SP) e Pedregulho (SP) fizeram parte de um projeto piloto da parceria entre Brasil e Portugal, que se iniciou por meio de intercâmbio para análise *in loco* dos dispositivos de Cuidados Continuados Integrados implantados na Espanha e Portugal (ANDRADE; PINHEIRO, 2017).

Cuidados Continuados Integrado no Estado de São Paulo

De acordo com Andrade (2017), no estudo realizado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e desenvolvido no Departamento Regional de Saúde de Franca, que compreende 22 municípios e 3 colegiados, a implantação dos dispositivos de Cuidado Continuado Integrado se deu em dois municípios pertencentes a colegiados diferentes. Foram implantadas Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) nos municípios de Ipuã e Pedregulho que ficam a uma distância de 116 e 141 quilômetros de Ribeirão Preto respectivamente.

Em Ipuã, foi habilitado como UCP pelo MS em 2013 um setor da Santa Casa de Misericórdia, que dispôs 20 de seus 50 leitos totais para a UCP. A equipe da UCP era composta por médicos (2), assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeutas (2), nutricionista e 2 recepcionistas exclusivas para o setor de UCP além de equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) (ANDRADE, 2017).

A UCP de Pedregulho foi inaugurada em 2013 e habilitada em 2014 pelo MS e assim como a unidade de Ipuã, estava localizada na Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho que é referência no serviço de retaguarda a outros dois municípios (Jequara e Rifaina). A equipe da UCP de Pedregulho era composta por médico, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeutas (2), nutricionista, 1 recepcionista exclusiva para a UCP e equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) (ANDRADE, 2017).

Outro estudo desenvolvido em Ribeirão Preto foi realizado em um hospital terciário, na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP). Foi feita uma parceria entre a Coordenação da Unidade de Emergência, a XIII Direção Regional de Saúde (DRS), a Prefeitura de Ribeirão Preto e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional que identificaram três hospitais em municípios vizinhos para estabelecer parcerias e protocolos de referenciamento de usuários para Cuidados Prolongados (PAZIN-FILHO et al. 2015).

Os municípios que estabeleceram esta parceria foram São Simão, Guariba e Altinópolis, e foram selecionados a partir do perfil definido pela Portaria 2.809 e pela responsabilidade em assumir a realização do projeto com recurso próprio, já que até aquele momento não contavam com recursos financeiros advindos do estado de São Paulo. Inicialmente os hospitais parceiros possuíam condições diferentes e após visita *in loco* da equipe de Ribeirão Preto, estabeleceram-se protocolos de encaminhamento de acordo com suas capacidades estruturais e de pessoal (PAZIN-FILHO et al. 2015).

Segundo Pazin-Filho et al. (2015) esta parceria foi concebida na perspectiva de uma relação que pudesse ser benéfica para ambas as partes pois, ao pactuarem recursos próprios, o benefício para o hospital terciário seria a liberação dos leitos aumentando seu potencial de oferta e para os hospitais parceiros, a perspectiva de sustentabilidade financeira uma vez que receberiam por usuário/dia o valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) sendo a permanência de até 60 dias, R\$ 200,00 (duzentos Reais) entre 61 e 90 dias e R\$100,00 (cem reais) acima de noventa dias.

Desta forma, cada entidade parceira contribuiu de alguma forma com esta parceria, sendo que o processo se iniciava com a aprovação de transferência pelo usuário/família para os hospitais parceiros, que dispunham de cinco leitos

cada um (totalizando 10 leitos) e as transferências eram realizadas pelo SAMU (de segunda a sexta em horários comerciais). Em Abril de 2014 a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo passou a apoiar financeiramente o projeto elevando assim o número de leitos ofertados para retaguarda de 10 para 30 leitos, de modo que outros municípios também passaram a referenciar usuários às UCP (PAZIN-FILHO et al. 2015).

O processo ideal de referenciamento foi apontado como um conjunto de ações integradas entre os hospitais referenciador e referenciados. Este processo se dá através da sinalização da unidade referenciadora por uma Equipe de Gestão de Alta (EGA), sendo que a sinalização ideal era aquela que ocorria durante a internação no hospital geral. A EGA é composta por médico, enfermeiro e assistente social sendo responsável por gerenciar a alta qualificada dos usuários (ANDRADE, 2017). Contudo, o referenciamento também pode ser realizado via AB, neste aspecto segundo Andrade (2017), deverá ser realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) que ao identificar um usuário em situação de agudização ou com alguma outra condição que possa ser beneficiado pelo Cuidado Prolongado, solicitará um formulário de sinalização à UCP e seguirá os mesmos princípios do hospital geral.

No momento em que o usuário é admitido na UCP, o familiar é informado pela equipe sobre o funcionamento da unidade e o processo de internação que envia também um comunicado à unidade de AB de seu território com as informações sobre sua admissão, patologias e previsão de alta (ANDRADE, 2017).

No que diz respeito aos aspectos observados em cada experiência de implantação, Andrade (2017) relatou a possibilidade de identificar o desenho assistencial do processo de trabalho pelo fato de os documentos conterem informações desde o momento em que o usuário se torna um candidato à vaga na UCP até seu retorno ao território (por vezes, outro município).

No momento da admissão e alta são aplicados instrumentos de avaliação e mensuração por todos os profissionais da equipe de acordo com suas práticas, são eles: Índice de Barthel, aplicado por fisioterapeutas e/ou terapeuta ocupacional para avaliação da independência funcional; Escala de Braden, aplicada por enfermeiros para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão; Mini Avaliação Nutricional, aplicado por profissionais da nutrição para identificação de riscos ou

presença de nutrição; Escala de Pfeiffer, Aplicado por profissionais da psicologia para análise da capacidade cognitiva; Escala de Gijon, aplicada por profissionais do serviço social na avaliação dos riscos sociais; e, Escala de Depressão Geriátrica, aplicada por profissionais da psicologia na identificação de sintomas depressivos (ANDRADE, 2017).

Na pesquisa realizada por Andrade (2017) ambas as unidades (Ituá e Pedregulo) elaboravam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) com perspectiva de 30 dias seguindo os critérios de convalescença da unidade e podendo ser reformulado. Após a elaboração do PTS compartilhava-se com a família de forma que a rotina do cuidado era distribuída entre os profissionais oferecendo previsibilidade das atividades. As visitas médicas eram realizadas diariamente com uma lista de *checklist* realizado por cada profissional da equipe, tornando possível identificar todos os profissionais que avaliaram e os principais aspectos do quadro evolutivo, configurando um importante momento de troca entre os saberes da equipe, os usuários e familiares.

Os estudos demonstraram que o processo de alta qualificada foi efetivo, uma vez que se iniciava no momento da admissão. Para considerar uma alta qualificada levou-se em conta os seguintes aspectos: Comunicação de admissão e previsão de alta à AB; reuniões familiares para avaliações e orientações de adaptações de acessibilidade; reuniões familiares para educação em saúde; treinamento com os cuidadores; definição da alta e articulação com políticas públicas, familiares e equipamentos de suporte à comunidade; preparação do usuário para alta; reaplicação dos instrumentos de avaliação; elaboração de relatórios e formulários de alta; e, orientações, entrega de relatórios e documentos para acesso aos equipamentos territoriais (ANDRADE, 2017).

De acordo com o MS, considerando o investimento e o potencial de intervenção, estabeleceu-se como meta a taxa de ocupação ideal entre 75 e 85% que desde a implantação até o momento da pesquisa havia sido atingida, exceto em 2016 que durante alguns meses uma das unidades apresentou apenas a média de sua capacidade indicando uma possível utilização inadequada deste recurso, falha no planejamento do hospital ou ainda articulação inadequada com a rede (ANDRADE, 2017).

Observou-se que, apesar da previsibilidade de 30 dias, as unidades apresentaram uma variação no tempo médio de permanência sendo que uma das unidades obteve 41,3% de suas internações realizadas no tempo previsto enquanto a outra obteve apenas 26,4%. Isto sugere que este indicador pode estar sendo influenciado pelo fato de seu referenciamento ser realizado por um hospital terciário e os usuários apresentarem maior grau de complexidade. Porém, Andrade (2017) ressalta que deve ser considerado o incentivo financeiro estabelecido na portaria 2.809 que estimula as unidades a realizarem seu processo de intervenção preferencialmente nos primeiros 60 dias por meio da progressão no valor das diárias como mencionado anteriormente.

Uma análise do perfil dos usuários internados indicou a predominância de internações por doenças cardiovasculares (38,1% e 68% entre as unidades de Itua e Pedregulho) seguido de fraturas (27,8% e 8%) e traumatismos (5,6% e 4%) (ANDRADE, 2017).

Quanto à evolução da capacidade funcional dos usuários internados nas UCPs, observou-se um aumento na proporção de suas funcionalidades sendo que o índice de dependência total passou de 43% no momento de admissão para 14% no momento da alta em uma das unidades e 56% para 30% na outra, o mesmo pôde ser observado na dependência grave regredindo de 20% para 14% e de 16% para 11% entre as unidades. Entretanto, a dependência moderada apresentou aumento de 19% para 20% em uma das unidades e diminuição de 12% para 11% na outra, a dependência leve passou de 15% para 35% e 16% para 28% entre as unidades e a independência registrou um aumento de 3% para 17% e 0 para 20% respectivamente. Ainda assim, os resultados indicaram que no momento da alta os usuários apresentavam capacidades funcionais significativamente elevadas e menor índice de dependência (ANDRADE, 2017).

Para avaliar a percepção dos profissionais quanto ao cuidado e o processo de trabalho nas UCPs, Andrade (2017) considerou o tempo de formação profissional, o tempo de trabalho nas UCPs e se este profissional recebeu algum tipo de treinamento para compor as equipes. Os resultados apontaram para semelhanças na composição das equipes nas duas unidades com tempo de formação abaixo de 10 anos e 70% dos profissionais trabalhavam pelo menos metade do tempo de funcionamento das UCPs. Quanto ao treinamento, apesar de ter sido realizado, a

quantidade de profissionais que haviam participado era dividida pois o treinamento ocorreu no momento de inauguração, tendo sido realizado pela CEALAG na DRS-VIII. Portanto, pela rotatividade profissional observou-se que cerca da metade da equipe não havia recebido o treinamento e que suas práticas se baseavam na troca entre os profissionais já presentes nas unidades.

Quanto ao estudo da parceria realizada pelo UE-HCFMRO-USP e os hospitais dos municípios de São Simão, Guariba e Altinópolis, foi observado que o referenciamento se dava através da concordância da transição do cuidado por parte dos usuários e familiares. Para isto, era providenciado que um familiar visitasse o hospital parceiro para avaliar as condições e garantias de transporte através das prefeituras dos municípios e a escolha do hospital parceiro era realizada de acordo com a proximidade do município de residência do usuário (PAZIN-FILHO et al. 2015).

O UE-HCFMRO-USP e a DRS XIII mantinham o controle diário de todos os usuários internados nos leitos de retaguarda que só deixavam de ser acompanhados pelo hospital terciário quando saíam do hospital parceiro (óbito ou alta), de maneira que os hospitais parceiros eram vistos como uma extensão da unidade terciária de origem (PAZIN-FILHO et al. 2015).

No período do estudo, foram realizadas 108 transferências das quais 72,1% eram do sexo masculino e apresentavam idade média de 60,5 anos. De acordo com Pazin-Filho et al (2015) as transferências ocorreram principalmente em usuários com doenças cardiovasculares e doenças degenerativas (Grupo Clínico), acidente vascular encefálico e outras afecções neurológicas (Grupo Neurológico) e trauma (Grupo Cirúrgico) para a complementação do cuidado e que a permanência dos usuários nos Cuidados Prolongados limitou-se em sua maioria, aos primeiros 30-60 dias.

Como o objetivo do estudo realizado por Pazin-Filho et al (2015) foi de analisar o impacto que os leitos de Cuidados Prolongados provocariam na oferta dos leitos do hospital terciário, registrou-se um aumento considerável principalmente nas áreas de estrangulamento do sistema, como a Neurologia e Terapia Intensiva. Inicialmente, como os parceiros dispunham do total de apenas de 10 leitos para referenciamento, não foi possível medir o impacto no setor terciário mas, após o incentivo financeiro e o aumento de 10 para o total de 30 leitos de referenciamento, registrou-se um impacto de 9,3% na oferta de novos

leitos por mês nos setores da Neurologia e Terapia Intensiva quando comparadas com os leitos em geral. Desta forma, sugere-se que o impacto dos leitos de Cuidados Prolongados dependerá da quantidade instalada.

Após a pactuação do apoio financeiro com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o repasse dos recursos passou a ser realizado pela DRS XIII mediante relatório de produção, de maneira que as unidades parceiras que mantivessem seus 10 leitos ocupados durante todo o mês faturaria de três a quatro vezes mais que o faturamento total mensal, indicando que a relação “ganha-ganha” entre os parceiros poderia ser alcançada (PAZIN-FILHO et al. 2015).

A pesquisa de Pazin-Filho et al (2015) sugeriu que as parcerias intermunicipais de saúde se mostrou promissora frente a política de Redes Regionais de Assistência à Saúde do MS que oferece subsídio diferenciado para este tipo de assistência. Também ressaltou a importância da capacitação de toda a equipe multidisciplinar, sendo que os profissionais das unidades parceiras relataram sentir-se mais confiantes após a capacitação. Contudo, observou-se que parte das funções exercidas por instituições de Cuidados Prolongados é o cuidado paliativo e neste sentido o autor resalta a necessidade de também capacitar as equipes para lidarem com este tipo de abordagem.

Uma importante consideração deste estudo foi a dificuldade em convencer os familiares dos usuários quanto aos benefícios da transferência pois sentiam-se inseguros quanto a continuidade do tratamento, indicando que pela negativa de algumas famílias, o encaminhamento poderia ter sido realizado em maior quantidade e portanto o impacto no setor terciário poderia ter sido mais expressivo. (PAZIN-FILHO et al. 2015).

Estudos realizados em Campo Grande (MS)

O Hospital São Julião, situado em Campo Grande (MS), historicamente fez parte de uma colônia brasileira de hansenianos passando por diversas mudanças ao longo dos anos. Desde a década de 70 passou por transformações em seu modo de gestão incorporando características humanitárias no cuidado (LIMA & SCANDOLA, 2018).

Desde 2009 a direção do Hospital havia sinalizado à Secretaria de Estado de Saúde (SES) a disponibilidade de 22 de seus leitos para serem retaguarda no

referenciamento de usuários clinicamente estáveis, diagnosticados ou em pré alta para que pudesse liberar vagas nos hospitais referenciadores (LIMA & SCANDOLA, 2018), mas apenas em 2012, pelo seu perfil humanitário e sua experiência no acolhimento, realizou-se uma visita pela Federação das Misericórdias e pelo MS elegendo então o Hospital São Julião como representante no estado do MS para acolher o projeto piloto dos Cuidados Continuados Integrados (FLORES, 2015).

Os profissionais foram capacitados a partir das experiências da Espanha e Portugal e compõe os leitos de Cuidados Prolongados as unidades de Fenegró, Pousada e Aldo Rabino (LIMA & SCANDOLA, 2018). As equipes multiprofissionais foram compostas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem (SAMPAIO, 2015), sendo que em 2014 deu-se início ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) na unidade de Cuidados Continuados Integrados incorporando consigo categorias do serviço social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia (FLORES, 2015).

Assim como relatado na experiência do projeto piloto implantado no estado de SP, o encaminhamento na experiência do Hospital São Julião também se dá através de uma EGA que entra em contato com a Central de Regulação Estadual para realização da transferência enviando um relatório de pré-alta com até 48 horas de antecedência da data prevista de alta (PINHEIRO, 2017).

Desde a admissão a equipe multidisciplinar se organiza para proporcionar a alta responsável que compreende a “transferência do cuidado” (FAGUNDES, 2018). a equipe multiprofissional do PREMUS/CCI fica responsáveis pela elaboração do PTS, estabelecendo junto à família uma série de procedimentos a serem compartilhados. Neste momento também se inicia a articulação com outros dispositivos de cuidado, incluindo os territoriais e em alguns casos a atuação do Serviço Social acionando a rede de garantia dos direitos como Defensoria Pública e Ministério Público (FAGUNDES, 2018).

No que diz respeito aos atendimentos realizados na UCCI realizou-se uma análise do perfil dos usuários maiores de 18 anos admitidos entre outubro de 2013 e outubro de 2014. De acordo com Flores (2015) dos 74 usuários incluídos no estudo 54% eram adultos e 46% eram idosos, considerando que segundo o MS é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. Assim,

51,3% eram do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino e a média de idade foi maior que 50 anos para ambos os sexos.

Outra análise realizada entre abril e julho de 2015 evidenciou a prevalência de indivíduos idosos (39%) e que 61% dos usuários eram do sexo masculino (SAMPAIO, 2015), porém, quando comparada com o total de indivíduos entre 18 e 59 anos (61%) observou-se um perfil semelhante à pesquisa anterior.

Em uma análise de nível educacional, observou-se que 28,4% apresentaram ensino fundamental completo, e quando analisado por sexo as mulheres apresentaram menor índice de escolaridade (FLORES, 2015).

Entre os motivos das internações, houve maior frequência no Acidente Vascular Encefálico (AVE) (55,2% e 61,1% entre homens e mulheres respectivamente), Trauma Raquimedular (15,8% e 5,5%), Trauma Crânio Encefálico (7,9% e 2,8%). Ainda segundo Flores (2015), identificou-se que 56,8% possuíam algum tipo de DCNT e que ao se agrupar por sexo observou-se maior prevalência no grupo feminino (61,1% para mulheres e 52,7% para os homens). Os participantes do estudo também apresentaram comorbidades, sendo a HAS e DM as mais frequentes. No momento do estudo os usuários apresentaram um tempo médio de permanência de 30 dias em ambos os sexos.

Observou-se em relação à estas internações, que pode ocorrer uma piora no quadro ou agudização de outra doença, necessitando o usuário, desta feita, retornar ao hospital de urgência. Neste caso a UCCI entrará em contato com a Central de Regulação Estadual para nova transferência (PINHEIRO, 2017).

Em relação aos acompanhantes, observou-se maior frequência entre familiares, sendo 76% do sexo feminino com maior frequência entre filhos (56%) seguido de mãe (16%), cônjuges (12%), irmão (8%) e cuidadores contratados (8%) (SAMPAIO, 2015).

O estudo realizado por Sampaio (2015) evidenciou um tempo de internação entre 45 e 60 dias (61%) tendo sido realizada a pactuação de alta responsável no período de permanência no programa.

Outros estudos foram realizados com a finalidade de analisar o ganho de funcionalidade dos usuários internados na UCCI. As análises foram realizadas usando diferentes motivos de internação sendo eles Acidente Vascular Encefálico (AVE) (UTIDA, 2016) e usuários internados por Lesão Medular (LM) (VARGAS, 2015).

Ambos os estudos fizeram uso do Índice de Barthel para avaliação da independência funcional por se tratar de um instrumento de fácil compreensão e aplicação.

Para os usuários internados em decorrência de AVE entre a admissão e a alta, de forma geral, obtiveram um ganho médio de funcionalidades de 24,71 para 37,0, o mesmo padrão foi observado nos itens que compõe o IB com exceção do item banho, sendo que para este item observou-se a necessidade de maior tempo de reabilitação para melhora na dependência (UTIDA, 2016).

Na pesquisa realizada por Vargas (2015), foram analisados 11 dos 15 usuários internados por LM no período de novembro de 2013 e novembro de 2014. Os participantes da pesquisa apresentaram idade média entre 35 e 36 anos, tempo de internação de até 30 dias, predomínio de usuários do sexo masculino (81,8%) com predomínio de 54,5% de indivíduos entre 18 e 28 anos.

Quanto aos ganhos na realização de suas AVD apresentaram uma média final de 47,3 pontos no IB no momento da alta, significando uma dependência moderada e 56,8 no domicílio indicando uma dependência leve (VARGAS, 2015). Uma limitação foi observada pelo fato de o estudo não ter analisado a pontuação no IB no momento da admissão, impossibilitando uma comparação de seu progresso durante o tempo de internação, mas sugerindo que a atuação dos dispositivos territoriais se fizeram presentes através da continuidade no tratamento pelos encaminhamentos realizados no momento da alta.

Quanto à percepção do cuidado na visão do usuário e da atuação profissional, Sampaio (2015) apontou que as tecnologias leves inseridas neste modelo de atenção apresentaram predominante nível de satisfação entre usuário e familiares. Contudo, observou-se insatisfação por parte de um acompanhante quanto à capacitação e orientação recebida e sobre a alta, indicando que na visão do familiar o usuário ainda necessitaria de mais tempo de reabilitação.

Um estudo desenvolvido para análise da alta qualificada o definiu como “um processo no qual os usuários dos serviços de saúde saem de um ponto e são recebidos em outro da rede de atenção” (FAGUNDES, 2018). Neste estudo, Fagundes (2018) entrevistou 138 usuários atendidos entre abril de 2016 e abril de 2017. Observou-se que todos os procedimentos ocorreram com a participação dos usuários e seus familiares elaborando um Relatório de Alta no qual todos os profissionais da equipe registram

suas intervenções. No Projeto piloto de Campo Grande ficou pactuado que a UCCI enviaria uma cópia do Relatório de Alta ao Distrito Sanitário que encaminha para a Unidade Básica de Saúde (UBS, para a gestão municipal de saúde e para o Centro Especializado de Reabilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (CER APAE) para que se organize de acordo com o histórico do usuário.

Para os usuários residentes em municípios do interior de MS o contato fica sob a responsabilidade da assistência social que se comunica com o gestor local acerca da situação e prognóstico de alta, condições de traslado do usuário e família e breve apresentação do relatório de alta que posteriormente será entregue pelo próprio usuário juntamente com receitas médicas, cópias de exames e encaminhamentos (FAGUNDES, 2018).

Para que pudesse analisar a qualificação da alta, foram abordados os seguintes aspectos em relação ao processo de alta: acesso, leitura, discussão e compreensão do Relatório de Alta; alta e relacionamento com a RAS; e, possibilidade de melhoria na alta responsável.

Quanto ao acesso, leitura, discussão e compreensão do Relatório de Alta Fagundes (2018) apontou que todos os usuários haviam recebido e realizado a leitura e que após a alta dois usuários levaram o Relatório de Alta aos atendimentos, relatando que foi muito válido e que os outros profissionais que os atenderam o consideraram completo, expresso a seguir no relato de um usuário.

Sim, porque todo mundo acha assim, super completo [...] Todos, todos os profissionais ali, a [médica], foi a que fez a ultrassonografia do rim. Ela falou: Gente que coisa bem feita! E ali está tudo. Relato do usuário Sebastião (FAGUNDES, 2018).

Observou-se ainda a presença de familiares na leitura e discussão do relatório, expondo que não tiveram dúvidas quanto às informações contidas no relatório com exceção de um usuário que indicou ter entendido “na medida do possível” por considerar a presença de alguns termos técnicos. Ainda segundo Fagundes (2018) a leitura e discussão com familiares indicou a possibilidade de troca dos conhecimentos adquiridos durante a internação e nos encaminhamentos.

Quanto à alta e ao relacionamento com a RAS, foi observado que ao levar o relatório consigo nos atendimentos posteriores os usuários tinham a percepção

da continuidade do cuidado prestado pela UCCI por estar contextualizado com a situação clínica e psicossocial. Já sobre as informações recebidas no momento da alta foi observado que facilitaram o acesso a bens e serviços de saúde, sendo que um dos entrevistados relatou também ter recebido informações sobre a possibilidade de acionar a Defensoria Pública (FAGUNDES, 2018).

Neste aspecto foi observado na pesquisa de Fagundes (2018) que as UBSs receberam o relatório dias antes da alta de forma que alguns usuários relataram ter recebido a visita dos ACS que não tinham conhecimento da internação, contudo percebeu-se a importância do vínculo construído pela atuação destes profissionais formando uma ponte entre o domicílio e a UBS (FAGUNDES, 2018).

Quanto à possibilidade de melhorias na alta responsável, os usuários entrevistados se mostraram muito satisfeitos e surpresos com a qualidade da atenção recebida indicando que a metodologia do atendimento, a equipe multiprofissional, o ambiente de produção do cuidado superou a perspectiva da importância do processo de alta. Outro fator que surgiu nas falas dos usuários diz respeito ao envolvimento dos cuidadores no cuidado, ao passo que tanto os usuários quanto os familiares expressaram não necessitar de melhorias como mostra os relatos a seguir:

O que foi orientado lá para ela, que é da família, eu creio que nada. Não tenho o que falar em si do tratamento das enfermeiras, dos médicos. É fora de série...até as meninas que fazem a limpeza, sempre com sorriso no rosto. É assim que tem que ser. Relato de um familiar (FAGUNDES, 2018) Não há necessidade de melhorar nada, não, porque a equipe de lá trabalhou bem direitinho, fez tudo, a gente tem uma atenção muito grande. Todos os momentos que estava lá dentro se precisava de alguma coisa era só chamar que todo mundo nos atendia. No São Julião a vantagem é que eles ensinam a gente, eu falo pra você: eu não tenho nada reclamar, nada, nada. Relato de um familiar (FAGUNDES, 2018)

Um familiar relatou nesta pesquisa a dificuldade de acessar os serviços para continuidade do cuidado pelo fato de este ser feito pelo sistema de regulação (SISREG) indicando assim, que este sistema desfez o vínculo direto com a unidade de atendimento uma vez que antes de sua implantação os usuários marcavam diretamente no serviço, ao passo que pelo sistema, não participam da decisão quanto ao melhor

acesso e quanto a espera por atendimentos criando uma fila eletrônica no qual os usuários não tem conhecimento de sua posição na fila de espera gerando incerteza quanto à espera e a procura por serviços alternativos (FAGUNDES, 2018).

Quanto aos impactos da internação na vida dos usuários e familiares um estudo realizado por Lima & Scandola (2018) buscou analisar as dificuldades enfrentadas frente à dinâmica da internação na UCCI. Observou-se que ao voltar a atenção ao usuário, as condições físicas e psicológicas do cuidado podem acabar negligenciadas e, portanto, neste estudo o foco deslocou-se do usuário para o cuidador por considerar a necessidade de reconhecê-lo como ser social e mantenedor de relações sociais e econômicas fundamentais ao cuidado.

Para a pesquisa foram realizadas foram sorteados aleatoriamente 10 cuidadores presentes na unidade entre os meses de março a julho de 2017 abordando as seguintes questões: há quanto tempo a pessoa que você cuida está internada? Como era a manutenção da família antes da internação? Quais mudanças ocorreram na vida financeira da família? E, como a família se organiza para prover o cuidado? (LIMA & SCANDOLA, 2018).

Observou-se a predominância de mulheres (7/10), o tempo de internação variou entre 44 a 90 dias entre os diferentes hospitais. A partir das questões, foram identificadas sete ideias centrais, sendo elas: 1) a pessoa adoecida era o principal provedor da casa e a internação impactou a organização familiar; 2) os benefícios sociais e previdenciários mantiveram a renda da família; 3) ocorreu mudança no emprego e na situação financeira para dispor-se a ser cuidador; 4) a internação provocou impactos financeiros e os familiares assumiram as responsabilidades conjuntamente; 5) para ser cuidador teve que parar de trabalhar; 6) com a internação necessitou aumentar a carga de trabalho; e, 7) em decorrência da internação houve a necessidade de ajustar a vida financeira da rotina familiar (LIMA & SCANDOLA, 2018).

Isto posto, evidenciou-se através de pesquisa de Lima & Scandola (2018) que os impactos na vida dos familiares foram desde a interrupção da renda familiar pela internação de seu provedor até arranjos familiares em função da necessidade de um cuidador durante o período de internação (LIMA & SCANDOLA, 2018).

Os resultados deste estudo evidenciaram que sobre a ideia central (1) a internação pode ter sido do principal provedor da família, gerando incertezas

sobre o futuro e depositando na reabilitação uma perspectiva de normalidade, uma vez que a internação comprometeu a situação financeira. Observou-se na ideia central (2) que algumas famílias, antes sustentadas pelo usuário internado, durante a internação contaram com benefícios sociais como Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou ainda auxílio doença do INSS expondo a importância da seguridade social na garantia dos direitos à saúde de modo que os benefícios mencionados assim como aposentadorias, além da garantia da renda trazem também sentimento de segurança. Uma importante observação da atuação da equipe multiprofissional neste item foi de que em um dos casos, o recebimento de benefício social, foi obtido através da equipe, reforçando a dimensão da atuação na integralidade (LIMA & SCANDOLA, 2018).

Para a ideia central (3) observou-se fragilidade do cuidador que havia sido recentemente contratado e devido a internação do familiar entrou em um dilema entre cumprir suas responsabilidades no trabalho ou seu “dever” para com a família. Nos relatos apresentados neste item, novamente revela-se a atuação da assistência social de acordo com o relato do cuidador:

Eu deixei meu serviço de lado, comecei a trabalhar registrado, trabalhei 5 dias e pedi folga, depois pedi dispensa, aí eles mandaram pedi as contas, aí eu disse que somente a dispensa de um dia apenas. A assistente social me deu um papel, que eu fiquei meio período aí eu levei para eles, que pensaram que eu estava mentindo, aí viram que era verdade, aí vou trabalhar do início quando o meu pai voltar para a casa vai ser do começo de novo, mas estou registrado. Relato de um cuidador (LIMA & SCANDOLA, 2018)

Observou-se que a obrigatoriedade da presença do cuidador em tempo integral provocou interrupções nos trabalhos remunerados, que se reforçou nas ideias centrais (5) e (7) ao relatarem deixarem seus empregos para acompanhar o familiar. Um cuidador relatou ter pedido demissão no trabalho pois os outros familiares não podiam acompanhar em tempo integral, outro relatou que o ganho do usuário internado era suficiente para sobreviverem enquanto outro indicou não estar sofrendo impactos financeiros por ter reorganizado seus gastos para que o ganho fosse suficiente (LIMA & SCANDOLA, 2018).

De acordo com a ideia central (4), os familiares reorganizaram suas atividades de modo que apenas um familiar ficou designado para acompanhar o usuário e os outros pudessem continuar com suas responsabilidades normalmente. Desta forma, de acordo com Lima & Scandola (2018) indicou-se a atuação da rede familiar de apoio uma vez que ao interromper suas atividades laborativas os cuidadores puderam contar com alguma ajuda financeira dos outros familiares. Já na ideia central 6, para aqueles cuidadores que apesar de acompanharem seu familiar mantiveram seus empregos, observou-se um aumento na carga de trabalho para que pudesse complementar a renda em razão da distância de suas residências até a UCCI ou ainda, como apontam os relatos, para custear alguns insumos que deveriam estar sendo custeados pela própria unidade:

Tem o salário dele (BPC) e mais os bicos que eu faço. Agora de noite, eu tenho que fazer (um bico) porque tem gasolina, são 40 quilômetros por dia, 20 pra vir e 20 pra ir, lá em casa, nós estamos levando... Relato de um cuidador (LIMA & SCANDOLA, 2018)

Aí tive que trabalhar mais com vendas porque só o meu emprego não estava dando para custear os gastos, só que antes da internação não era assim... eu trabalhava menos. Teve o impacto no sentido assim, que você tem que dar manutenção prá ela, assim independente se você tá ou não com dinheiro, tipo a fralda dela que não pode faltar. Relato de um cuidador (LIMA & SCANDOLA, 2018)

Contudo, um relato chamou a atenção por se tratar de um assunto que não estava na pauta da entrevista, quando questionado sobre sugestão de melhorias, um familiar fez uma importante observação acerca da dificuldade no acesso aos serviços referenciados no encaminhamento apontando que por vezes a continuidade do cuidado pode estar comprometida por questões que fogem do domínio da tecnologia leve do cuidado (FAGUNDES, 2018)

Estes impactos apontados na pesquisa desafiam as equipes e o PREMUS a atuar para além dos leitos hospitalares e da cura e/ou recuperação bio-psíquica desenvolvendo um olhar mais abrangente sobre as garantias dos direitos (LIMA & SCANDOLA, 2018).

Concluindo

Nas experiências europeias, ou nas experiências brasileiras, com maior ou menor inspiração nas modelagens inglesas, ibéricas ou italianas, encontra-se uma boa expectativa em relação a construção de mecanismos que fujam de uma ortodoxia da atenção hospitalar, ou da atenção básica, apenas ambulatorial e construam nexos, pontes, atravessamentos entre estas modalidades assistenciais, e, talvez preferencialmente vinculados à atenção básica, possam construir possibilidades de ampliação da coordenação do trabalho de saúde em rede e de oportunizar-se o acontecimento do cuidado, cada vez mais próximo e vinculado aos territórios de existência dos usuários. Esta revisão e reflexão também nos deixa atentos à necessidade de reconhecer-se os projetos e desejos dos usuários, mas também de não esquecermo-nos que estamos num país extremamente desigual, racista, machista e marcado por visões de mundo muito comprometidas com a manutenção do *status quo*, e, que isto é exigência a mais a ser considerada nos esforços de invenção de novos mundos e novas possibilidades de neles se viver. Porém, os cuidados intermediários se apresentam como fissuras, como frestas que podem permitir rupturas com o que está estabelecido e nas dinâmicas sociais das lutas contemporâneas dos povos do Brasil, ser instrumento de cuidar, mas também de intervir e interferir no cotidiano.

Referências

- ANDRADE, M. M. O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no estado de São Paulo: 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.413, de 23 de março de 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2414_23_03_1998.html
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.4279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.809, de 07 de março de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, disponível em: <http://www.cep.ufr.br/wp-content/uploads/Reso4662.pdf>
- FAGUNDES, P. F.; SCANDOL, E.M.R. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serviço Social e Saúde*, 2018, 17.1: 181-204.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- FLORES, G. L. Cuidados continuados integrados: caracterização do atendimento. 2015.
- LIMA, W. C. B.; SCANDOLA, E.M.R. Os impactos financeiros na vida dos familiares durante a internação na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). *Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul*, 2018, 1.1:37-47.
- KVAEL, L.A.H. Hartford et al. A concept analysis of patient participation in intermediate care. *Patient education and counseling*, v. 101, n. 8, p. 1337-1350, 2018.
- MENDONÇA, P.E.X. Gestão da Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar. In: COSEMS-RJ; LAPPIS/IMS/UERJ; CEPESC/IMS/UERJ. (Org.). *MANUAL DO(A) GESTOR(A) MUNICIPAL DO SUS - DIÁLOGOS NO COTIDIANO*. 2ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2019, v. p. 364-384.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. É preciso envelhecer com saúde. 2016, disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Caderno nº 19, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PRÁTICAS DA ATENÇÃO BÁSICA. ÁREA TÉCNICA DE DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL. Caderno de Atenção Básica. Caderno nº 7, Brasília, 2001.
- PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n. 6, p. 1723-1728, jun.2018.
- PAZIN-FILHO, A. et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 83-83, 2015.
- PEREIRA, R.D. Análise comparativa do modelo de cuidado intermediário da Itália com os cuidados prolongados no Brasil. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, . Orientador: Paulo Eduardo Xavier de Mendonça.
- PIERI, G. L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza: 2016
- PINHEIRO, E.A. A prática de Cuidados Continuados Integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. 2017. POLISAITIS, A.; MALIK, A.M. Cuidados Continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. 2019.
- POLISAITIS, A.E.G. Cuidados pós-agudos: como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e as Clínicas de Retaguarda. 2018. Tese de Doutorado
- ROMERO, D. E. et al. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco a ser assumido? in Ana Amélia Camarano. *Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2010.
- SAMPAIO, E.F. Uso de tecnologias leves no atendimento aos clientes e seus acompanhantes em cuidados continuados integrados. 2015. Master's Thesis.
- UTIDA, K.A.M.; BATISTON, A.P.; SOUZA, L.A. Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. *Acta fisiátrica*, v. 23, n. 3, p. 107-112, 2016.
- VARGAS, W. Qualidade de vida e grau de independência dos pacientes com lesão medular no pós alta em cuidados continuados integrados. 2015.
- VERAS, R & LIMA-COSTA, M F. *Epidemiologia do Envelhecimento in Almeida Fº N & Barreto M L (Org.) Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2011.