

## CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – BRASIL E REGIÃO DE EMÍLIA-ROMANGA – ITÁLIA: UMA BREVE COMPARAÇÃO

Reinaldo Dias Pereira  
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Este capítulo relata discussões e abordagens investigativas acerca de cuidados intermediários prestados por um Hospital de Cuidados Prolongados no Estado do Rio de Janeiro e faz parte da dissertação de mestrado do autor e tem as contribuições de seu coautor e orientador do processo de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IESC – Instituto de estudos de Saúde Coletiva da UFRJ (PEREIRA, 2019).

As motivações dos autores em relação ao tema relacionam-se às suas experiências e vivências em unidades do Sistema Único de Saúde, tanto em seu componente público como suplementar e de certa forma, traduz o sentimento de existência de uma lacuna, de uma interdição na continuidade necessária do cuidado entre os diversos níveis de atenção nas Redes de Atenção à Saúde.

As tentativas de aproximação dos cuidados hospitalares com as ofertas existentes no território de existência, ou seja, no *locus* de vida dos usuários, onde outras responsabilidades sócio-sanitárias individuais e coletivas se fazem presentes e necessárias terminou por moldar em países da Europa, particularmente na Grã-Bretanha, Noruega, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Espanha e Itália (PEREIRA, 2019; TRITANY, 2019), sem esquecer-se de Portugal e do Brasil, ainda que talvez no último caso sem o mesmo volume de investimentos e experimentações, ainda que tal pauta remete-se a documentos propositivos de Políticas Públicas específicas desde o ano de 2002, sem contar com as predecessoras destas modalidades desde o ano de 1998.

Aqui se propõe uma qualificação do cuidado em saúde que possa permitir a análise de informações registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, SIH-SUS, específicas das internações em cuidados prolongados em uma unidade a esta plataforma assistencial definida.

Qual seria esta qualificação do cuidado em saúde? Esta pergunta, apesar de sua simplicidade expressa um conjunto muito importante de discussões acerca de práxis e sentimentos, trabalhos e afetos que se experienciam ao longo das existências de trabalhadores de saúde e seus usuários, em encontros marcados pelo manejo técnico do sofrimento, mas também do afeto vulnerabilizante dos sujeitos, envolvidos mutuamente no ato livre do cuidado. (MENDONÇA, 2015; MENDONÇA ET ALL, 2016). Se os cuidados intermediários emergem pelo reconhecimento de que existem vulnerabilidades e vulnerabilizações dos sujeitos, pelo envelhecimento, pelo acometimento de doenças e situações crônicas de viver, pelas restrições de qualidade de vida e desigualdades à que são submetidos um grande grupo populacional, também emergem aí, na sutileza do encontro, a leveza da responsabilização diante destes outros vulneráveis. A Política Pública aproxima vulnerabilidade ao amparo possível, o cuidado como acolhimento e hospitalidade, recebe a obrigação ao outro, com afetividade, dado estar afetado pelo rosto do outro que sofre (MENDONÇA, 2015).

Mas pergunta-se: como esta afetação, como esta preocupação societária que chega a imprimir trações na política pública podem produzir instrumentos de trabalho em saúde que permitam que tal cuidado possa acontecer? Ser um acontecimento? Afinal, o cuidado está na ordem do acontecimento (MERHY, 2013; MENDONÇA, 2015).

Estas respostas demandam a construção de pesquisas que se aproximem de tal forma ao evento do cuidado, que isto fugiu completamente às possibilidades imediatas de uma pesquisa aproximativa ao tema. Porém, esta noção acerca da potência do afeto e da cinética do cuidado como acontecimento, deve orientar-nos para a análise de resultados ainda muito aproximativos destas práticas assistenciais.

Feitas estas considerações iniciais sobre alguns perigos e critérios analíticos, apresentamos a abordagem investigativa que foi possível neste momento, já insistindo na necessidade de uma aproximação mais intensiva, mais à flor da pele, mais onde o vulnerável tem mais a falar, a nos dizer e a nos ensinar. Dados os limites, seguimos em frente.

Foram realizadas análises comparativas dos elementos quali-quantitativos disponíveis a partir dados extraídos do DATASUS – SIH-SUS sobre internações em um Hospital de Cuidados Prolongados (HCP) – RJ.

A análise dos dados de internação compilados no HCP foi realizada com objetivo de se verificar a relação ao que tange à integração do cuidado ofertado naquela instituição com outras esferas de assistência, como a atenção primária, os serviços especializados e a atenção terciária, conforme recomenda a respectiva política de cuidados prolongados (Portaria MS/GM nº 2.809 de 2012).

Por meio dos dados coletados no SIH-SUS a fim de se analisar o volume de pacientes internados em cuidados prolongados no período de 2013 a 2017 e seus respectivos indicadores de tempo de internação, média de idade atendida, tipos de saída (óbito ou alta), principais agravos e adoecimentos, perfil de atendimento de acordo a recomendação da referida portaria, dimensão do atendimento (cobertura de atendimento) e gênero.

A fonte de dados utilizada foi o SIH-SUS por meio do DATASUS, sendo todos os dados de domínio público. Foram selecionados todos os pacientes que obtiveram cuidados prolongados no período entre 2013 a 2017 no Hospital de Cuidados Prolongados em um município do Estado do Rio de Janeiro.

O SIH-SUS é alimentado pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), que existem desde em 1983, no âmbito da Atenção Hospitalar prestada ao antigo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e incorporados ao Sistema atual, com a finalidade de viabilizar o pagamento dos serviços hospitalares prestados por hospitais públicos e conveniados ao SUS (LAURENTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000).

Todavia, o SIH-SUS continuamente supera sua finalidade inicial, ao fornecer dados epidemiológicos capazes de auxiliar na tomada de decisões acerca de novas ou readequações de políticas já existentes.

O SIH-SUS ainda coleta um conjunto de variáveis sobre a natureza da internação tais como: causa principal e secundária da internação, dados sócios demográficos, utilização de serviços diagnósticos e terapêuticos, procedimentos realizados, tempo de internação, valores pagos pela respectiva internação e mortalidade, dentre vários outros.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou contratadas e conveniadas) enviam as informações das AIHs para os gestores municipais ou estaduais a fim de serem processadas no DATASUS (ROMERO *et al*, 2010).

Somados a isto foram realizadas análises sobre os dados fornecidos pela Região Emília-Romanha realizando comparação entre os dois modelos de cuidados intermediários e cuidados prolongados, respectivamente.

Para fins de análise foram incluídos no estudo todos os pacientes alocados no cuidado intermediário ou prolongado ofertados pela Região Emília-Romanha e Hospital de Cuidados Prolongado no Estado do Rio de Janeiro, sendo que neste último foram analisados dados retroativos entre os anos de 2013 a 2017, um ano após a publicação da Portaria de Cuidados Prolongados nº 2.809 do ano de 2012. Sendo excluídos por sua vez, todos os pacientes que não enquadraram na modalidade de cuidado prolongado ou cuidado intermediário conforme portaria, ou que obtiveram dados faltantes como: data de nascimento incorreta e continuidade do cuidado após 31 de dezembro de 2017, data limite dos dados analisados, que poderiam comprometer a análise e seus respectivos resultados de acordo com o objetivo proposto.

Para fins de definições sobre a caracterização dos pacientes sob Cuidados Prolongados, o Sistema de Informação Hospitalar SIH – SUS (2015) na página 44 diz que:

- **Paciente convalescente:** Aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontre em recuperação e necessite de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico funcional por período prolongado.
- **Paciente portador de múltiplos agravos à saúde:** Aquele que necessita de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação.
- **Paciente crônico:** Aquele portador de patologia de evolução lenta, ou portador de sequela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional.
- **Pacientes sob cuidados permanentes:** Aquele que teve esgotada todas as condições de terapia específica e que necessita de assistência médica ou cuidados permanentes.

Para a análise do banco de dados do SIH-SUS foram inicialmente organizados em planilha do Excel anuais e mensais de acordo com o período proposto para análise, sendo que posteriormente foram estratificados os dados

levando em consideração as internações no Hospital de Cuidados Prolongados no estado do Rio de Janeiro, segregando pelo código do HCP analisado e por último os procedimentos de cuidados prolongados de acordo com Sistema de Informação Hospitalar – SIH – do Ministério da Saúde de janeiro de 2015, com os seguintes procedimentos:

**Quadro – 1** Procedimentos para pacientes sob cuidados prolongados conforme a patologia apresentada:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
03.03.13.006-7	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Oncológicas
03.03.13.005-9	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Neurológicas
03.03.13.002-4	Atendimento a Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Cardiovasculares
03.03.13.003-2	Atendimento a Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Pneumológicas
03.03.13.007-5	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Osteomusculares e do Tecido Conjuntivo
03.03.13.001-6	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Devido Causas Externas
03.03.13.004-0	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Enfermidades Decorrentes da AIDS
03.03.13.008-3	Tratamento de Paciente Sob Cuidados Prolongados Hanseníase

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIH – SUS. Ministério da Saúde, p. 44; 2015.

Em seguida as análises dos dados foram realizadas na biblioteca do R versão 2.2.0 (R Development Core Team: <http://www.R-project.com>).

Após esta coleta de dados, os mesmos foram estratificados segundo o tipo de atendimento, (código de cuidado prolongado de acordo com portaria 2.809/2012), estado onde se realizou o atendimento de cuidado prolongado, ano de atendimento (2013 – 2017), motivo de atendimento, média de idade atendida, tipo de saída se óbito ou alta, tempo médio de permanência e cobertura de atendimento de acordo com os objetivos propostos de características de atendimento da unidade hospitalar estudada, sendo posteriormente comparados com os dados obtidos da Região Emília-Romanha.

Nas análises descritivas foram comparadas as características segundo as variáveis que influenciam para o rompimento da continuidade do cuidado ofertado como: integração com atenção básica, terciária e serviço especializado.

Os dados avaliados foram apenas de um hospital de cuidados prolongados ao qual até dezembro de 2017, era o único habilitado para tais cuidados no estado do Rio de Janeiro.

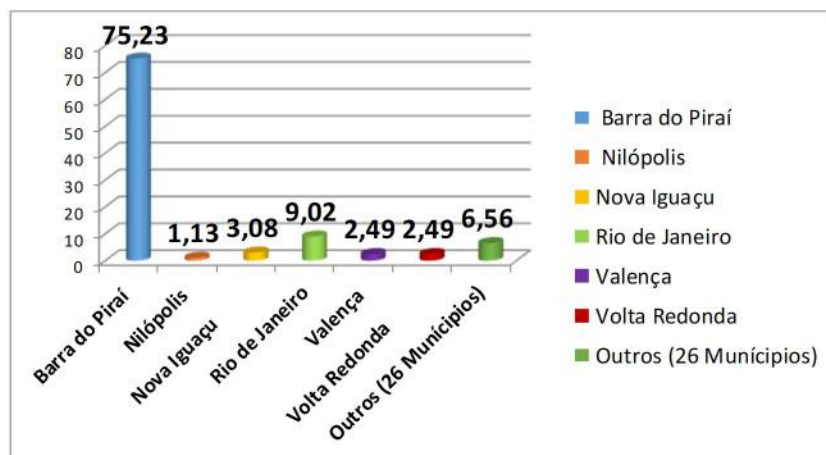
Por se tratar de coleta de dados secundários de domínio público, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva na Plataforma Brasil.

Foram tomadas todas as medidas cabíveis para garantir o sigilo das informações durante seu manuseio. O anonimato dos sujeitos foi garantido pela publicação sem uso de variáveis identificadoras ou de forma individual. As unidades de saúde foram identificadas tendo em vista que os dados são de domínio público. A base de dados utilizada não afere nenhuma possibilidade de identificação dos sujeitos pesquisados e para contornar tal problema e propiciar nossas análises utilizamos o recurso de criar um identificador anônimo, dado pela data de nascimento invertida, CEP (Código de Endereçamento Postal do Usuário) e gênero e desconsideraríamos as coincidências. Tal método de constituição de uma identidade anônima teve 100% de resultado positivo, permitindo inclusive mapear a ocorrência de reinternações no processo assistencial.

Assim, alguns fatores caracterizam, não somente, mas em sua maioria - o perfil etário que corresponde ao usuário idoso ou portador de doenças crônicas incapacitantes - da população atendida tanto no serviço de cuidados intermediários quando nos cuidados prolongados.

Foram coletados dados secundários de domínio público do SIH – SUS entre os anos 2013 a 2017 de todos os pacientes atendidos no estado do Rio de Janeiro no respectivo período, com posterior estratificação dos dados de acordo com a unidade hospitalar estudada, bem como os códigos de procedimentos realizados conforme portaria de cuidados prolongados. Onde foi possível realizar a identificação, estratificação e análise dos dados obtidos, têm-se os seguintes resultados:

**Gráfico 1** – Distribuição Proporcional de Pacientes atendidos no Hospital de Cuidados Prolongados entre os anos de 2013 – 2017.



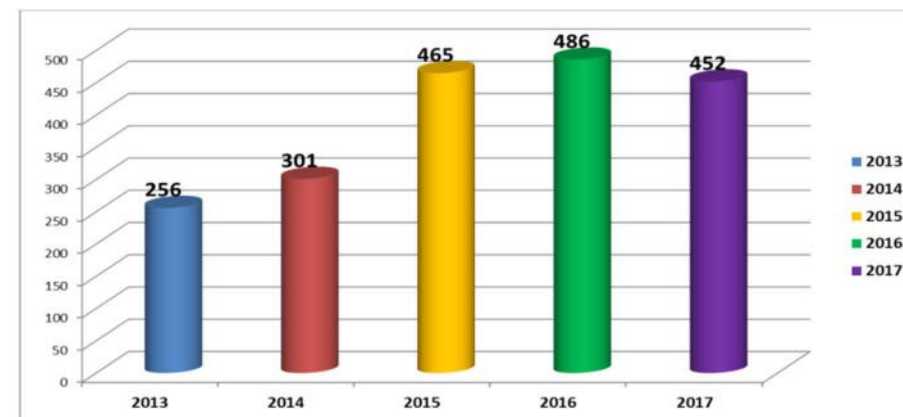
Fonte: DATA – SUS - SIH-SUS

O Hospital de Cuidados Prolongados (HCP) analisado possui 60 leitos direcionados para o atendimento ao paciente que necessita de cuidados prolongados, longa permanência e cuidados paliativos (CNES, consultado dia 23 de julho de 2017). Como observado na figura acima existe atendimento a diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro num total de 32 atendidos no período.

Entretanto, apesar da aparente grande cobertura para o número de leitos do HCP, observa-se que mais de 75% dos pacientes atendidos residem no município (pequeno) onde se localiza o hospital, tendo uma pequena parcela dos pacientes (9,02) oriundas de um único município do Estado e o restante dos atendimentos dispersos em menor número para os outros 30 municípios atendidos.

Algo ainda observado diz respeito ao aumento do número dos pacientes atendidos conforme verificado na figura 3, apresentada abaixo.

**Gráfico 2** – Número de pacientes atendidos no Hospital de Cuidados Prolongados, por ano entre 2013 e 2017.



Fonte: DATASUS SIH-SUS

Neste quadro é possível identificar que houve aumento relativo do número de pacientes atendidos na modalidade de CP, porém também é possível ver que houve estabilização considerável deste número. Esta estabilidade pode ser explicada pelo limite da oferta apresentada frente às demandas por estas modalidades de serviços. Todavia para melhor análise é necessário conhecer os principais motivos de internações destes pacientes, assim como seu diagnóstico principal.

**Quadro 3** – Distribuição proporcional dos Motivos de Internação em Cuidados Prolongados, no HCP por ano e período, 2013 – 2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Período
<b>Causas Externas</b>	6,3	7,9	3,7	8,73	10,1	8
<b>Enfer. Cardiovasculares</b>	4,5	7	28,3	40	34,5	27,6
<b>Enfer. Pneumológicas</b>	3,9	7,5	2,9	3	0,6	3
<b>Enfer. Decorrentes da Aids</b>	0,3	1,4	1	1,1	1,4	1,1
<b>Enfer. Neurológicas</b>	26,9	32	28,9	21,1	30,2	27,8
<b>Enfer. Oncológicas</b>	58	44,1	34,7	24,8	21,8	32,4
<b>Enfer. Osteomusculares</b>	0	0	0,4	1,2	1,3	0,1

Fonte: DATASUS SIH-SUS

Este quadro nos permite verificar que houve considerável diminuição no atendimento ao grupo de pacientes oncológicos (58% - 21,8%), aumento do atendimento a enfermidades cardiovasculares (4,5% - 34,5) e uma certa estabilização no atendimento aos pacientes com enfermidades neurológicas (2609 - 30,2), podendo com isso justificar (empiricamente) a diminuição de óbitos de 2013 - 2017.

De acordo com o quadro acima, identifica-se que os principais motivos de internação, concentram-se em três áreas, quais sejam a Oncológica, a Neurológica e a Cardiovascular. Esta informação nos permite verificar e confirmar a necessidade de se ter a manutenção das políticas já existentes, que visam o atendimento de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas, bem como seu aprimoramento e expansão, uma vez que estes três grupos representam 87,8% dos pacientes atendidos neste Hospital de Cuidados Prolongados.

**Quadro 4** - Distribuição proporcional dos Motivos de Internação em Cuidados Prolongados, segundo o gênero, no HCP por ano e período, 2013 - 2017.

	MASCULINO					FEMININO				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Causas Externas</b>	6,0	7,0	2,7	6,0	7,8	0,3	0,9	1,0	2,7	2,3
<b>Enfer.Cardiovasculares</b>	2,1	4,0	13,6	19,8	17,5	2,4	3,0	14,7	20,2	17,1
<b>Enfer.Pneumológicas</b>	3,0	3,3	1,4	1,5	0,2	0,9	4,2	1,4	1,5	0,4
<b>Enfer.Decorrentes da Aids</b>	0,3	1,4	0,8	0,8	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	1,2
<b>Enfer.Neurológicas</b>	11,4	15,4	11,8	7,6	13,0	15,6	16,6	17,1	13,5	17,3
<b>Enfer.Oncológicas</b>	30,2	25,2	18,0	14,1	11,3	27,8	18,9	16,7	10,8	10,5
<b>Enfer.Osteomusculares</b>	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	1,3

Fonte: DATASUS SIH-SUS

Quando verificada distribuição de grupos de enfermidades de acordo com o gênero, em concordância com os dados anteriores, nota-se um aumento considerável tanto para o gênero masculino quanto feminino para o atendimento às enfermidades cardiovasculares (M: 2,1 - 17,5 e F: 2,4 - 17,1), havendo pouca diferença entre ambos. Observa-se ainda quanto ao atendimento às enfermidades neurológicas para ambos os gêneros que

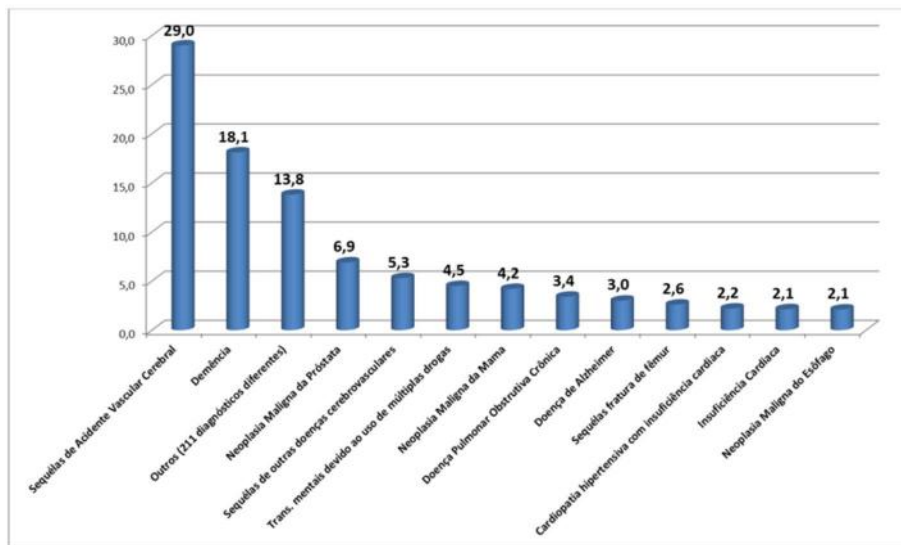
ambos apresentaram discreto aumento (M: 11,4 - 13,0 e F: 15,6 - 17,3. Já nas enfermidades oncológicas, corroborando com dados anteriores, houve relativa diminuição entre pacientes deste perfil para ambos os gêneros (M: 30,2 - 11,3 e F: 27,8 - 10,5).

Apesar de haver um aumento linear para ambos os gêneros nas enfermidades cardiovasculares, corroborando os dados de aumento deste grupo de doenças a nível nacional, e diminuição nas enfermidades oncológicas, observa-se uma oscilação no atendimento a usuários com enfermidades neurológicas e pneumológicas, devendo a mesma ser melhor investigada. Tendo ainda uma concordância dos motivos de internação por causas externas a acometer mais homens do que mulheres (M: 6,0 - 7,8 e F: 0,3 - 2,3).

Importante frisar que estes três grupos de doenças que prevalecem nesta primeira análise, relacionam-se de forma estreita com disfunções, incapacidades e consequentes perdas de autonomia para estes usuários.

Em seguimento a esta análise, verifica-se que em termos de diagnósticos principais, tem-se para a mesma unidade e no mesmo período, que 83,4% destes referem-se a 12 doenças ou consequências de adoecimentos específicos. Mostra-se a seguir, a importância relativa e absoluta destes problemas, quais sejam: sequelas de acidente vascular cerebral (29,0%); Demência (18,1%); Neoplasia maligna de próstata (6,9%); Sequelas de outras doenças cerebrovasculares (5,3%); Transtornos mentais devido ao uso de múltiplas drogas (4,5%); Neoplasia de mama (4,2%); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (3,4%); Doença de Alzheimer (3,0%); Sequela de fratura de fêmur (2,6%); Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca (2,2%), Insuficiência Cardíaca (2,1%); Neoplasia maligna de esôfago (2,1%); e as demais causas, que totalizam 211 casos e 16,6% do total.

**Gráfico 6** – Distribuição proporcional de Internações no HCP, segundo diagnósticos principais, entre os anos 2013 – 2017.



Fonte: DATASUS - SIH-SUS

Não obstante a isto, nota-se um número bastante elevado de pacientes usuários de drogas sendo atendidos neste modelo de cuidado. Contudo questiona-se qual o método de articulação existente para integração deste usuário com a rede de modo a proporcionar tanto a continuidade do cuidado quanto o atendimento específico de acordo com suas necessidades.

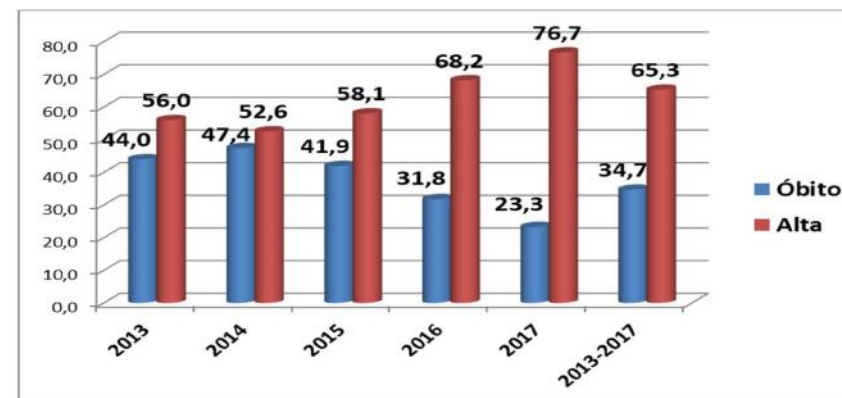
As sequelas de acidentes vasculares cerebrais juntamente com a demência somam-se 47,1% dos pacientes atendidos, sendo estas doenças, na maioria dos casos, incapacitantes com perda de autonomia consideráveis. Entretanto, verifica-se que não somente estas, mas a maioria dos diagnósticos atendidos no referido HCP apresenta esta característica. Com isso dever-se-ia produzir ações específicas para, não somente propiciar o ganho máximo de autonomia destes usuários, mas também garantir a continuidade do cuidado de forma integral, com a responsabilização da equipe da atenção primária e mesmo da atenção terciária, sempre que necessário. Estes encontros cuidadores permitirão atender o usuário em suas necessidades, buscando a continuidade e longitudinalidade do cuidado

ofertado, buscando construir de forma intensiva e progressiva a sua autonomia máxima possível e melhoria de sua condição sócio sanitária até aquele momento.

A distribuição de atendimento no cuidado prolongado no HCP segundo o gênero mostrou-se bastante homogênea, com 49% de mulheres.

Quando analisada a distribuição proporcional das internações por tipo de saída, ou seja, por óbitos ou por alta, por ano e a média de todo o período entre 2013 – 2017 ocorridos no HCP, percebe-se uma diminuição gradativa na proporção de óbitos, podendo este dado ser influenciado pelo perfil da unidade dadas as magnitudes dos atendimentos a usuários sob cuidados paliativos ou em situação de terminalidade de vida, como mostra o gráfico 7 seguinte.

**Gráfico 7** – Distribuição proporcional das internações no HCP, segundo o tipo de saída (alta ou óbito), por ano e médias do período, 2013-2017.



Fonte: DATASUS - SIH-SUS

Constata-se que há uma elevada taxa de mortalidade na unidade, porém, a unidade encontra-se em acordo com as diretrizes da portaria de cuidados prolongados em vigência, já que apresenta em sua composição a tríplice tarefa de atender aos cuidados paliativos, particularmente no caso da terminalidade assistida, os cuidados de longa permanência, dadas as vulnerabilidades particularmente sociais e ao aspecto transicional, com enfoque na reabilitação e ganhos de autonomia para o cuidado com a vida diária.. Aqui se coloca uma certa fragilidade da portaria de atendimento ao paciente elegível para cuidados prolongados, pois ao incluir o paciente em cuidados terminais e cuidados paliativos, incorre-se com isto, em

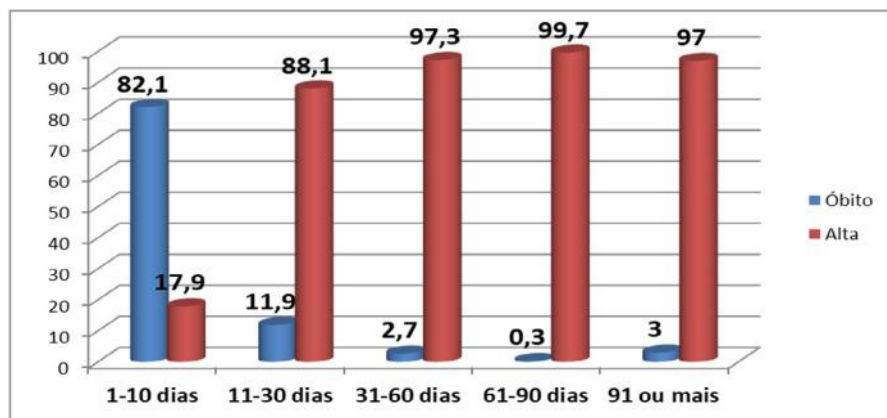
um possível risco de se perder o foco sobre a reabilitação do usuário em cuidados prolongados. A princípio, esta medida visaria o atingimento máximo de níveis de autonomia para as atividades da vida diária e assim andarem o máximo por si, a suas próprias vidas (Portaria MS/GM 2.809 de 2012).

Uma característica própria do cuidado prolongado é quanto ao tempo de internação, podendo agregar a seu perfil de atendimento os pacientes com longos períodos de internação.

Entretanto ao ser analisado este dado deve-se levar em consideração o perfil etário e epidemiológico da unidade, que poderá influenciar de forma direta para o tempo de internação desta unidade.

A análise deste perfil em conjunto com a taxa de mortalidade permitirá verificar se ações e planejamentos para o atendimento deste paciente estão dentro de suas necessidades. Porém, em continuidade a este estudo, com novas abordagens, ainda será necessária a averiguação acerca da continuidade do cuidado, da taxa de reinternação em menos de 30 dias pelo mesmo motivo ou relacionado a motivo de internação anterior, grau de autonomia segundo o Score de Barthel, medida de autonomia para atividades da vida viária no momento da alta e do retorno deste paciente a unidade. Enfim, estes resultados convocam para a continuidade da investigação em direção a uma abordagem mais detalhada e próxima aos processos de trabalho desenvolvidos no HCP.

**Gráfico 5** – Distribuição proporcional das internações no HCP, segundo o tipo de saída (alta ou óbito), por dias de internação no período de 2013-2017.



Fonte: DATASUS - SIH-SUS

Em concordância com o gráfico anterior, é possível verificar o perfil de cuidados paliativos adotados pela instituição, tendo em vista que 82,1% dos usuários evoluem para óbito nos primeiros 10 dias de interação.

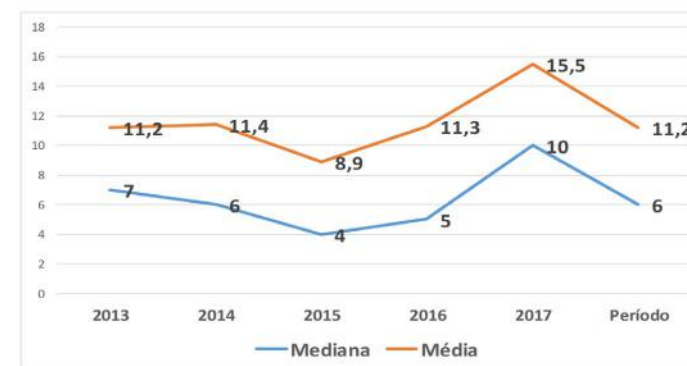
**Quadro 8** – Quadro comparativo quanto à média de idade, óbito e tempo médio de permanência segundo o gênero por ano e período, 2013 – 2017.

	Média de idade Homem (anos)	Média de Idade Mulher (anos)	Óbito - Homem %	Óbito - Mulher %	Permanência - Homem (dias)	Permanência - Mulher (dias)
2013	65,0	68,6	55,8	44,2	11,7	10,4
2014	64,1	69,3	51,2	48,8	12,1	10,5
2015	68,4	74,5	48,6	51,4	9,4	8,4
2016	67,1	69,7	54,5	45,5	11,4	11,2
2017	66,9	68,0	49,3	50,7	16,5	14,4
PERÍODO	66,6	70,0	51,6	48,4	12,7	11,4

Fonte: DATASUS - SIH-SUS

O quadro acima nos dá subsídios para uma breve análise que nos permite notar que a média de idade no gênero feminino é discretamente maior que a do gênero masculino (M - 66,6 e F – 70 anos de idade), porém a ocorrência de óbito e tempo médio de permanência se mostraram com relativa semelhança para ambos os gêneros.

**Gráfico 6** – Tempo Médio e Mediana de Permanência - em dias (TMP) no HCP, por ano, 2013 - 2017.

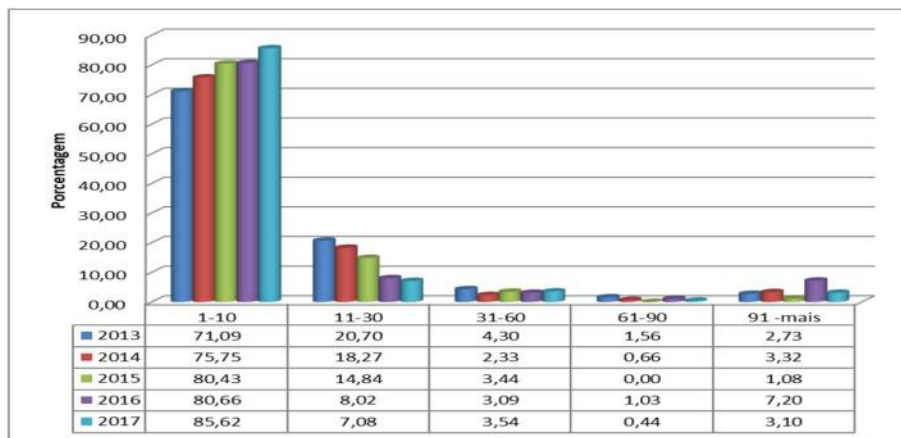


Fonte: DATASUS - SIH-SUS

Quando analisado o tempo médio de permanência no HCP, nota-se considerável diferença quando comparado com a RER (HCP – 11,2 e RER – 23,1), corroborando com dados anteriores quanto ao tipo de saída onde 82,1% dos pacientes evoluem a óbito nos primeiros 10 dias de internação no HCP. Entretanto quando avaliado a mediana quanto ao tempo de internação, este número cai mais ainda dando maior ênfase sobre seu perfil de atendimento mais paliativo no HCP.

De acordo com o período analisado, em 2016 foi o ano no qual se observou o maior Tempo Médio de Internação, como também onde houve maior número de atendimentos, como já visto acima. Também em 2016 verificou-se o maior número de pacientes com longo período de internação, como observado na tabela abaixo.

**Gráfico 7** – Distribuição proporcional de internações no HCP, segundo tempo médio de permanência (TMP), por ano no período de 2013 – 2017.



Fonte: DATASUS – SIH-SUS

Conforme verificado, nota-se um elevado número de pacientes que permaneceram entre 1 e 10 dias, entretanto é importante salientar que houve um número a ser estudado de pacientes que permaneceram mais de 50 dias, em especial no ano de 2016 onde houve 43 pacientes com esta permanência, sendo 11 deles acima de 500 dias de internação.

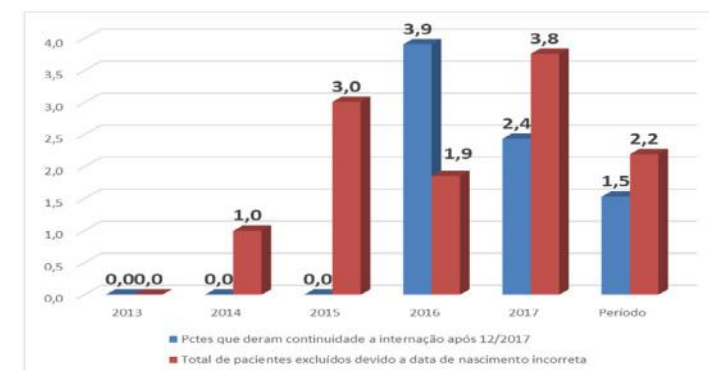
Em 2015 houve 3 pacientes que permaneceram mais de 800 dias, porém, em 2017 o número de paciente com tempo de internação acima de 200 dias foi reduzido a 4 usuários.

Ainda podemos concluir que apesar do tempo de internação em 2016 ter sido maior com relação aos outros anos analisados, em concordância com os demais anos, do período, quase 80% dos pacientes tiveram alta entre 1 e 10 dias, assim como houve, por outro lado uma parcela significativa de pacientes permanecendo internados entre 11- 30 dias, mantendo-se um perfil de tempo de internação, de modo geral, baixo para a característica do atendimento de cuidado prolongado, conforme observado abaixo.

Houve grande variação entre o tempo mínimo e máximo de internação no HCP, corroborando mais uma vez com a característica do paciente atendido quanto a sua terminalidade ou cuidados paliativos, porém, como já afirmado estas constatações iniciais sugerem a necessidade de continuidade deste processo investigativo e novas pesquisas para se avaliar esta variação e seus respectivos motivos.

Durante a análise da base de dados foram identificados 2 principais problemas que criaram critérios de exclusão dos pacientes na pesquisa, foram eles: data de nascimento incorreta, constando a data de atendimento e não de nascimento e continuidade da internação após o período de análise de 31 dezembro de 2017. Desta forma foram excluídos todos os pacientes com tais características e em primeira análise isto não invalida o conjunto dos dados.

**Gráfico 8** – Distribuição proporcional de pacientes excluídos, segundo motivo de exclusão, por ano no período de 2013 a 2017 no HCP.



Fonte: DATASUS – SIH-SUS

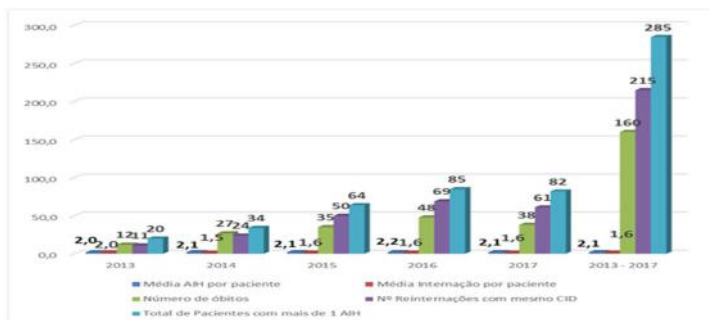


Os dados obtidos puderam proporcionar a verificação sequencial de reinternações com ou sem nova AIH, por paciente, onde conforme mostra o gráfico houve expressivo número de pacientes que obtiveram mais de 1 AIH durante sua internação. Entretanto algo a mais chama a atenção quanto ao número significativo de pacientes com reinternações sequenciais com o mesmo CID, podendo este ser um mal indicador do cuidado prestado na internação anterior, ou algum fator de distorção no processo de cobrança e compensação financeira do processo de internação.

Ainda neste gráfico e durante a confecção dos dados, foi possível notar que grande parte dos pacientes com reinternações, sejam elas com o mesmo CID ou com CID diferente da última internação, vieram a óbito nesta segunda internação. Tendo com isso a necessidade de maior aprofundamento da pesquisa a fim de analisar quanto aos motivos das reinternações bem como se houve alta precoce deste paciente ou descontinuidade do cuidado, seja por parte do cuidador – familiar/profissional ou por parte do Estado.

Outro dado a ser levado em consideração é a proporção de 10,39% dos pacientes que tiveram uma nova internação no intervalo de 30 dias pelo mesmo CID, enquanto na RER esta proporção chega a 2,2% dos pacientes atendidos. Quando ainda analisado a porcentagem de reinternação do HCP (10,39%) em 30 dias sobre a proporção de pacientes com internação superior a 30 dias (6% dos pacientes atendidos no HCP), nota-se um maior agravante quanto ao cuidado ofertado a esta parcela dos usuários, devendo haver novos estudos que visem analisar os motivos de reinternação dos mesmos.

**Gráfico 9**– Distribuição proporcional de reinternações, segundo o número de (Autorização de internação Hospitalar) AIHs em 30 dias de internação, no período de 2013 – 2017.



Fonte: DATASUS – SIH-SUS

Este gráfico ainda nos permite perguntar se o processo de monitoramento quanto a liberação da AIH está sendo eficiente tendo em vista a liberação de mais de uma AIH no período de 30 dias. Tendo este possível monitoramento deficiente causas diretas e indiretas sobre a capacidade de repasse financeiro para este e outros fins, devendo com isto criar mecanismos que visem minimizar este impacto e ter maior possibilidade investimentos adequados ao atendimento a este modelo de cuidado (cuidado prolongado).

A média de idade atendida acima de 60 anos (73% dos pacientes atendidos), é concordante com o padrão de indicação de cuidados prolongados. Entretanto, é preciso analisar que tal média de idade traz consigo uma série de comorbidades e limitações que se não bem assistidas por meio de uma equipe multiprofissional e integração com outros serviços especializados, serviço terciário e atenção primária, não auxiliarão de forma eficaz no sentido da recuperação do usuário, de acordo com parte do objetivo da respectiva portaria de cuidados prolongados.

**Gráfico 10** - Distribuição proporcional de média de idade atendida no HCP por ano no período de 2013 – 2017.



Fonte: DATASUS – SIH-SUS

Em concordância com os gráficos acima, este último gráfico demonstra que pouco se alterou a média de idade atendida, tendo ainda uma predominância importante da média de idade acima de 60 anos.

## Comparação e discussão dos Cuidados Intermediários da Região Emília-Romanha com Cuidados Prolongados no Hospital de Cuidados Prolongados no Estado do Rio de Janeiro (Brasil)

Tendo em vista as diversas mudanças do projeto de pesquisa devida a possibilidade de financiamento tendo a necessidade de reconstrução do projeto, modificou-se com isto, os objetivos propostos. Sabendo ainda que para melhor análise dos dados do SIH-SUS, foi necessária a realização de curso do Sistema R, porém devido aos dados obtidos no SIH-SUS serem de domínio público os mesmos também não possuíam identificadores comuns, sendo necessárias análises do tempo de internação e reinternação de modo manual por meio do Sistema Microsoft Excel. Foram ainda limitações deste estudo, a escassez de dados obtidos da Região Emília Romanha devendo com isto limitar o nível de análise para comparação entre os serviços.

Em comparação com o cuidado intermediário ofertado pela RER e pelo HCP observa-se, que diferentemente da organização que situa o HCP em relação a Rede de Urgência e Emergência - RUE, na RER o cuidado intermediário está inserido na rede de serviços de saúde a atenção sócio-sanitária territorial, sobre a gestão da atenção primária, estando ainda está responsável por toda sua oferta, seja ela ligada a gestão dos leitos, integração junto aos outros serviços especializados e comunidade ou outras configurações de cuidado intermediário como atendimento ao domicílio ou aos Hospices.

A regulação do HCP no Brasil é realizada pela RUE, devendo esta realizar a gestão dos leitos de cuidados intermediários ofertados pelos diferentes serviços, seja ele Unidade de Cuidado Prolongado (UCP) ou Hospital de Cuidados Prolongados (HCP) como é o caso do HCP aqui analisado.

Entretanto, a responsabilidade da RUE – Rede de Urgência e Emergência para por aí, e a gestão de cada HCP ou UCP tem a liberdade de gerir sua unidade, respeitando as normas estabelecidas na Portaria 2.809 de abril de 2012, conforme lhe aprouver, não tendo com isto a obrigatoriedade de apresentação de comprovada integração com outros serviços, inclusive com a atenção primária, a fim de manter sua habilitação para o referido cuidado.

Desta forma, observa-se que no serviço prestado pelo HCP existe um risco importante de haver a possibilidade de descontinuidade do cuidado, quando

comparado ao modelo italiano analisado, onde em sua política já dispõe de mecanismos que visam em caráter central garantir e manter a continuidade do cuidado.

Esta descontinuidade do cuidado está frequentemente associada a piora do quadro clínico, da autonomia e independência do paciente, segundo dados já citados acima.

No quadro abaixo é possível realizar breves comparações das características dos serviços:

**Quadro 9** – Quadro comparativo do cuidado intermediário prestado pela RER e pelo cuidado prolongado ofertado pelo HCP.

	HCP	RER
<b>GESTÃO DE LEITOS</b>	RUE	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<b>NÚMERO DE LEITOS</b>	MINÍMO 40	15 - 20
<b>COORDENAÇÃO LOCAL</b>	MÉDICO	ENFERMAGEM
<b>COORDENAÇÃO GERAL</b>	PRÓPRIA	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<b>PERÍODO DE ASSISTÊNCIA</b>	24 HORAS	24 HORAS
<b>SUPORTE MÉDICO</b>	PRÓPRIO	MÉDICO DA FAMÍLIA / PRÓPRIO
<b>TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO</b>	11,2 DIAS	23,1 DIAS
<b>HOSPITAIS COMUNITÁRIOS X POPULAÇÃO</b>	1 / 16.718.956 Hab.	19 / 4.187.557 Habitantes

Fonte: DATASUS - SIH-SUS e Banco de dados estruturais sanitários e sócio sanitário da RER.

Como observado nesta breve comparação, poucas são as semelhanças entre ambos, porém ainda assim possuem similaridades importantes quanto a alguns objetivos e elegibilidade para o atendimento do serviço. Como o foco sobre a reabilitação do usuário, sempre que necessário, atendimento por equipe multiprofissional, integração com outros serviços especializados bem como com a atenção básica e serviço domiciliar, (apesar de não se ter observado esta integração por meio do HCP, a mesma consta na portaria de cuidados prolongados), acessibilidade (apesar de esta estar promulgada na referida portaria, a acessibilidade se dá somente por meio da RUE, não sendo possível qualquer outro tipo de acesso, como por exemplo, pelo médico da família ou outro), continuidade do cuidado, (também não observado no HCP) e evitar internação desnecessária em hospital geral.

Nota-se ainda que suas diferenças não se detêm apenas em sua demanda ou estrutura, mas também na objetividade do serviço no que diz respeito sobre a elegibilidade do usuário para respectivo atendimento, bem como a meta de reabilitação do mesmo. Sendo que no caso da RER, sua elegibilidade se distingue pelo atendimento ao paciente idoso, portador de doenças crônicas e sua devida reabilitação de acordo com o perfil de cada paciente. Tendo o cuidado sobre o nível de ganho ou perda de autonomia das atividades diárias (Score de Barthel) medidos desde a entrada até a alta do usuário.

Em contrapartida, a elegibilidade do serviço do HCP está direcionada sobre o usuário que necessita tanto de cuidados prolongados, quanto de cuidados de fim de vida ou de longa permanência. Sendo os mesmos alocados na mesma estrutura, diferenciando-se com isto do serviço da RER que também contempla o atendimento a usuários que necessitam de cuidados de longa permanência e de fim de vida, tais quais os Abrigos e Hospices, porém com estruturas separadas e planos de cuidado diferenciados de acordo com cada usuário e o objetivo de sua estadia. Estes serviços estão associados aos Cuidados Intermediários que por sua vez estão sobre a gestão da atenção primária.

Dada a relevância sobre o perfil do usuário atendido no HCP, observa-se um índice de mortalidade acima de 90% para os pacientes com internação de 1 a 30 dias, destacando-se com isto um perfil de atendimento de cuidados de fim de vida como fatores primários do HCP analisado.

Entretanto outro ponto chama a atenção devido a seu modelo para proporcionar a integralidade do cuidado, sendo este administrado, para melhor resolutividade, na RER pela atenção básica, com intuito de proporcionar acesso a todos os serviços de saúde de modo que não haja descontinuidade do cuidado e perda de funções já adquiridas ou melhoradas durante seu atendimento anterior. Este cuidado é pautado mediante atendimento centrado no usuário, de forma individualizada por meio de uma equipe multiprofissional, podendo com isto proporcionar maiores possibilidades de resolutividade quanto ao problema agudo identificado assim como também a alguma disfunção crônica incapacitante pré-existente.

Franco e Magalhães Jr (2004) estabelecem esta estratégia da integralidade do cuidado como um fator preponderante para uma maior resolutividade da assistência prestada ao usuário. Os mesmos ainda citam que “(...) a organização

dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (...)”.

Nota-se com isto que pelo fato do modelo de gestão da RER ser por meio da atenção básica para todo o cuidado intermediário, sendo que em muitos casos o próprio médico da família é o responsável também pela internação e acompanhamento do paciente internado no Hospital comunitário, ou em outro modelo de cuidado intermediário realizado, isto também estipula condições mais favoráveis para integralidade do cuidado ofertado na atenção primária, no cuidado intermediário e no cuidado ofertado na residência do usuário como continuidade do plano assistencial individualizado (PAI) anteriormente estabelecido.

Diferentemente deste modelo, o cuidado prolongado no HCP analisado, está sob gestão do próprio serviço hospitalar podendo ou não ter vínculo direto com a atenção primária, sem possibilidade de encaminhamentos deste para o HCP. O HCP analisado possui Serviço de Atenção Domiciliar próprio, porém sem comunicação com a atenção primária para fins de encaminhamentos a seus cuidados. A UCP bem como o HCP tem seus encaminhamentos realizados somente pela gestão e regulação da Rede de Urgência e Emergência.

Quanto a média de idade atendida possui considerável diferença entre ambos os serviços, sendo no HCP de 68 anos de idade e na RER de 79,6 anos.

De igual modo, encontra-se como um fator influenciador a construção de uma linha de cuidado de maneira organizada, que proporcione a integração constante entre as partes envolvidas na produção do cuidado (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2004).

## Considerações finais

Esta dissertação teve como objeto a prospecção e a análise acerca do conjunto de cuidados intermediários ofertados na Região Emília-Romanga e pelo cuidado prolongado realizado por um Hospital de Cuidados Prolongados (HCP) do estado do Rio de Janeiro, com o fim de comparar os respectivos serviços quanto a seu modelo de atendimento e gestão.

Desta feita, é razoável pensar que a produção do cuidado não se restringe a uma assistência isolada, mas como algo sistêmico e intimamente integrado aos demais formatos de assistência. Doutro modo, sua resolutividade sobre as demandas individualizadas e as respectivas necessidades de cada usuário poder-se-iam ficar comprometidas em consequência à descontinuidade do cuidado.

Por assim dizer, ao se analisarem os modelos de cuidado intermediário ofertados pela Região Emília-Romanha na Itália e pelo Hospital de Cuidados Prolongados do Estado do Rio de Janeiro, observam-se diferenças importantes como a elegibilidade de atendimento, a continuidade, a gestão na rede e o foco do processo terapêutico produzido com o usuário, que, vale destacar, no caso da RER se distinguem pelo acesso, não somente, mas em sua maioria, de usuários idosos ou portadores de doenças crônicas incapacitantes, com o foco sobre sua reabilitação por meio de um plano de assistência individualizada (PAI).

A despeito deste atendimento, o mesmo também se concentra nos cuidados paliativos de fim de vida, porém de forma estrutural separada tendo em vista que seus objetivos se diferenciam consideravelmente. Um, tem como meta a busca pela maior autonomia sobre as atividades da vida diária por meio de reabilitação e cuidados continuados, sempre que necessário, o outro em promover cuidados voltados ao “descanso”, ou seja, uma morte digna e sem dor.

Entretanto o primeiro, bem como outros modelos de cuidados intermediários, são gerenciados pela atenção básica que por sua vez realiza a integração de todo o sistema de cuidados intermediários de modo que o usuário desfrute e tenha acesso a todos os serviços sem se perder o PAI estabelecido no início de seu atendimento.

Em contraste a esta elegibilidade, o HCP analisado não possui atendimento de cuidados de fim de vida (paliativos), cuidados de longa permanência ou de cuidados prolongados separados estruturalmente, podendo com isto gerar confundimentos quanto às metas individuais e a resolutividade das necessidades dos mesmos, mesmo que possa ser uma saída criativa e talvez economicamente mais viável, dada a escala que pode ser conseguida. Porém, como um ponto importante a se levar em conta

destaca-se que foi analisado que o serviço não possui comunicação com o serviço de atenção primária, incorrendo, com isto, no risco de produção de descontinuidade do cuidado e involução do atendimento e conquista de autonomias já realizadas.

Assim sendo, por mais que os cuidados intermediários demonstrem significativo ganho de resolutividade no enfrentamento das necessidades de cada usuário em diversos países, mostrando também grande satisfação por parte destes a despeito do atendimento ofertado, o Brasil ainda possui poucos hospitais com esta habilitação e em especial o Hospital de Cuidados Prolongados analisado tem atestado a partir de seus resultados que o confundimento ocasionado por certa “abertura” da legislação vigente sobre quem atender e como atender, pode promover dificuldades para o estabelecimento de serviços financeiramente sustentáveis que estabeleçam como meta primária a reabilitação, continuidade e integralidade do cuidado.

Entretanto, pode-se dizer que os cuidados intermediários associados à continuidade e integralidade do cuidado favorecem uma maior resolutividade sobre as necessidades do usuário. Porém, é necessário uma reestruturação da política de cuidados prolongados a fim de integrar os mais variados tipos de serviços tais como os cuidados de longa permanência, cuidados de fim de vida e cuidados prolongados, tendo também este último a necessidade de aprimoramento quanto a elegibilidade de atendimento, gestão única para toda linha de cuidados prolongados ofertados a este usuário, remuneração justa de acordo com a especificidade do atendimento ao paciente sob a elegibilidade do cuidado prolongado, assim como a integração junto aos demais tipos de serviços como atenção primária, serviço especializado, Unidade de Cuidados Prolongados e atenção terciária.

Dada sua importância conclui-se que os cuidados prolongados têm grande capacidade de resolutividade, quando realizado e gerido de acordo com a necessidade do usuário de modo a proporcionar-lhe acesso aos bens e serviços inerentes a seu atendimento, como também demonstrado por outros países como no caso da Itália, na Região de Emília-Romanha objeto deste estudo.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.809, de 07 de março de 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Sistema, Sistema de Informação Hospitalar, Brasília, DF, janeiro de 2015.
- CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, (CNES). Consultado dia 23 de julho de 2017. Disponível no endereço eletrônico: <http://cnes.datasus.gov.br/>
- CECÍLIO LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ 2006. p. 37-50
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR.; Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. Olhando e experimentando o SUS no cotidiano; Hucitec, São Paulo; 2ª edição; 2004.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; CARATIN, C. V. S. Ischemic heart disease. Hospitalization, length of stay and expenses in Brazil from 1993 to 1997. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 74, n. 6, p. 488-492, junho, 2000.
- MENDONÇA PEX. Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas; Tese de Doutorado, PPGCM/FM/UFRJ. Rio de Janeiro, 2015.
- MENDONÇA PEX et al. O encontro com o outro no ato livre e a gestão do cuidado na atenção domiciliar in: FEUERWERKER LM, BERTUSSI DC, MERHY EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas rede: Hexis. Rio de Janeiro, 2016.
- MERHY, E.E.;; O Cuidado é um Acontecimento e não um Ato in: Franco TB & Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde; São Paulo, Hucitec, 2013.
- PEREIRA RD. Análise comparativa do modelo de cuidado intermediário da Itália com os cuidados prolongados no Brasil; Dissertação de Mestrado: PPG em Saúde Coletiva IESC/UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.

## NARRATIVAS DE SI SOB O OLHAR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, PARTINDO DO AGIR MÉDICO, ABRINDO POSSÍVEIS VISIBILIDADES SOB O CUIDADO INTERMEDIÁRIO

Emerson Elias Merhy

A sociedade, que se construiu nesses últimos séculos, não é um bom mundo para viver. Tem nos levado, sistematicamente, para um campo biopolítico demarcado pela necropolítica. Nesse mundo, uma grande parte das vidas não têm importância nenhuma e, nele, há aprofundamentos nessa direção de estratégias de governar os vivos que apontam para a configuração de vidas desvalorizadas. Dentre essas estratégias, o campo do cuidado e os agires profissionais da saúde, vêm apontando constitutivamente tensões que apontam para uma disputa central e ética sobre o valor da vida do outro.

Por isso, tentarei trazer da minha experiência, ao longo do trajeto da minha formação em medicina, que se iniciou a mais de 50 anos, um processo reflexivo sobre os distintos modos que fui experimentando e experienciando, meu agir médico para poder conversar sobre essa disputa e as possibilidades de se constituir inovações e apostas no agir em saúde, que possam indicar pistas para uma mudança de ações de desvalorização dos modos de viver do outro, para o seu contrário.

Vou partir de algumas situações vividas nas minhas práticas em saúde vivenciando-as sob a ótica da educação permanente sobre o meu próprio fazer, e para isso destacarei algumas questões que pude considerar analisadores dessas experiências, que creio conversam com o que estamos problematizando aqui sobre o tema da cura intermediária e seus dilemas.

A primeira questão faz referência de como nas experiências, que emergem no campo do cuidado, o tema da impotência do agir profissional aparece como um ponto de inflexão sobre a pretensa potência do nosso fazer cotidiano, como profissional de saúde, no que se refere a capacidade de resolver os problemas de saúde do outro.

A segunda, é sobre as regras das organizações institucionais, onde atuamos no mundo do trabalho em saúde, que aparecem como elementos estruturais muito determinantes das nossas ações, mas que colocam sob problematização, de fato,