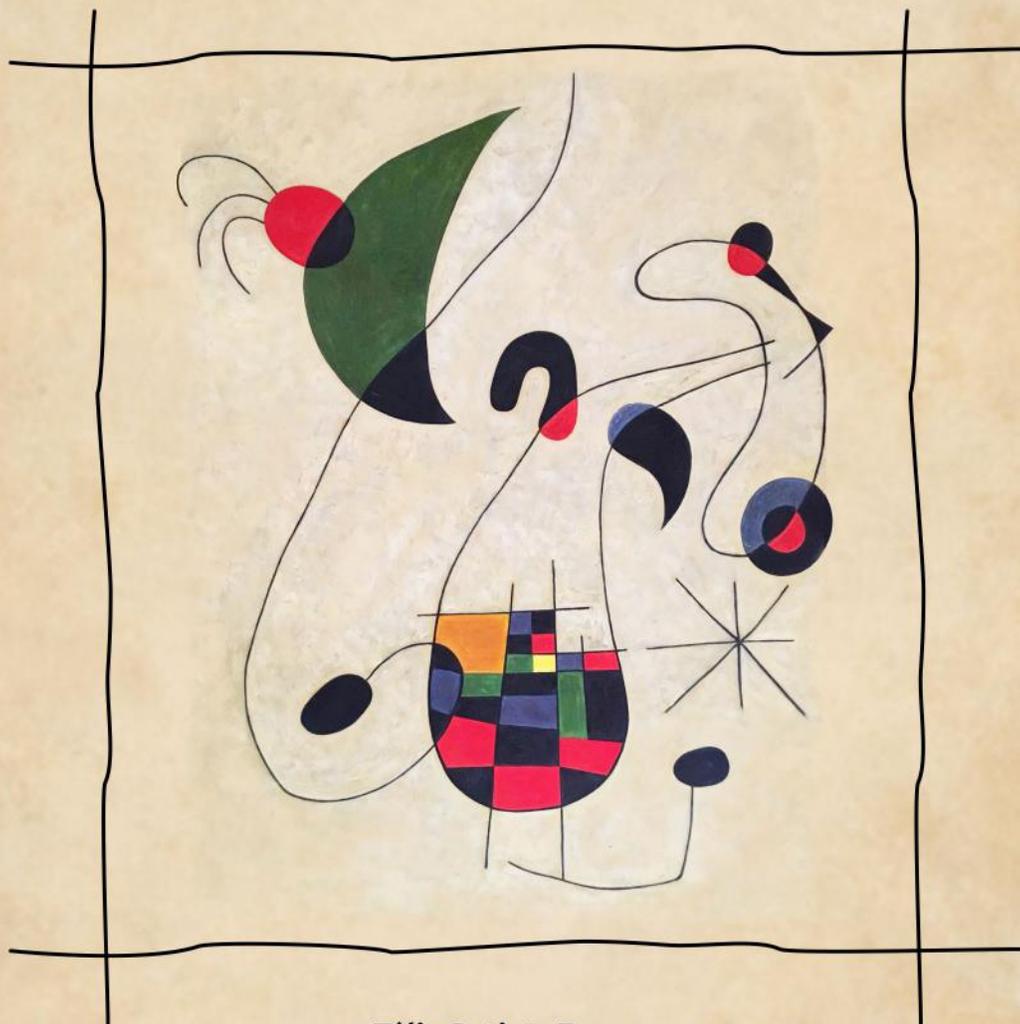


Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Túlio Batista Franco
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Mírian Ribeiro Conceição
Maria Augusta Nicolí
Ivo Quaranta

ORGANIZADORES

editora

redeunida

Túlio Batista Franco
Paulo Eduardo Xavier de Mendonça
Mírian Ribeiro Conceição
Maria Augusta Nicoli
Ivo Quaranta
ORGANIZADORES

Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E REDES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

1ª Edição
Porto Alegre
2020

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora

redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Alexandre Ramos de Souza Florêncio – Organização Panamericana da Saúde, Nicarágua;
Àngel MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Erica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Juleimar Soares Coelho de Amorim – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Mariana Bertol Leal – Ministério da Saúde, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Arte da Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde [livro eletrônico] / organização Túlio Batista Franco ... [et al.] . -- 1. ed. -- Porto Alegre : Rede UNIDA; 2020. -- Saúde coletiva e cooperação internacional)
3,42 Mb ; PDF

Outros organizadores : Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Mirian Ribeiro Conceição, Maria Augusta Nicolí, Ivo Quaranta
Vários colaboradores

ISBN: 978-65-87180-00-7

DOI: 10.18310/9786587180007

1. Cooperação internacional 2. Saúde coletiva 3. Saúde pública 4. Saúde pública - Brasil I. Franco, Túlio Batista. II. Mendonça, Paulo Eduardo Xavier de. III. Conceição, Mirian Ribeiro. IV. Nicolí, Maria Augusta. V. Quaranta, Ivo. VI. Série.

20-36629

CDD-614.1

Índice para catálogo sistemático :

1. Saúde coletiva : Cooperação : Saúde pública 614.1
Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Prefácio | 7 |
| <i>Maria Augusta Nicoli</i> | |
| Apresentação | 11 |
| <i>Rodrigo Torres de Oliveira</i> | |
| PARTE 1- OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E O PROJETO RERSUS | 13 |
| Inovações tecnológicas em saúde: cuidados intermediários e a atenção às condições crônicas | 14 |
| <i>Mírian Ribeiro Conceição, Túlio Batista Franco, Ardigò Martino</i> | |
| Sustentabilidade Instituinte do SUS e os Cuidados Intermediários | 35 |
| <i>Túlio Batista Franco</i> | |
| Trabalho de proximidade e cuidados intermediários de um ponto de vista antropológico | 51 |
| <i>Ivo Quaranta</i> | |
| Na delicadeza do cuidado: uma breve revisão dos processos de implantação de Cuidados Intermediários no Brasil relatados nos meios acadêmicos de divulgação..... | 58 |
| <i>Mônica Testa Morangueira, Reinaldo Pereira, Érika Fernandes Tritany, Cynthia Beatriz Silveira Kisse, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça</i> | |
| O processo de criação do projeto de implantação da Unidade de Cuidados Prolongados da rede de atenção à saúde no município de Niterói – UCP/HMCT | 94 |
| <i>Mariana Janssen</i> | |
| A Atenção Básica e os Cuidados Intermediários: um debate necessário | 110 |
| <i>Túlio Batista Franco, Luiz Carlos Hubner Moreira</i> | |
| Cuidados Intermediários no Estado do Rio de Janeiro – Brasil e Região de Emília-Romanga – Itália: uma breve comparação | 124 |
| <i>Reinaldo Dias Pereira, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça</i> | |
| Narrativas de si sob o olhar da Educação Permanente, partindo do agir médico, abrindo possíveis visibilidades sob o Cuidado Intermediário..... | 149 |
| <i>Emerson Elias Merhy</i> | |

PARTE 2 - CAMINHANDO COM O PROJETO RERSUS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS..... 155

Curso de aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica: relato de uma trílice experiência 156
Alessandra Cristina Conceição de Souza, Anderson Lima Guidini, Marli Rodrigues Tavares, Ana Lúcia Abrahão da Silva, Túlio Batista Franco

Regulação de acesso aos Cuidados Intermediários no município de Niterói – Rio de Janeiro – Brasil: por uma construção compartilhada..... 169
Ana Carolina Soares Leitão Reis, Évelin Veiga de Mendonça Bastos, Izabel do Vale Pereira Silva Carvalho, Jaime Everardo Platner Cezario, Maria Jose Soares Pereira, Mariana Janssen, Marli Rodrigues Tavares, Vandira Maria dos Santos Pineiro

Regulação dos leitos de unidades de Cuidados Intermediários em Niterói – RJ 196
Ana Carina Gamboa da Silva, Diana Mary Araújo de Melo Flach, Luciana de Barros da Silva, Túlio Batista Santos, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Rede de Petição e Compromissos: a experiência de análise do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso na Policlínica Regional do Largo da Batalha..... 203
Bárbara Mendonça Macedo, Tamiris Nogueira Naccer, Vivian Vilela

PARTE 3 - CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E SUAS MULTIPLICIDADES216

Cuidados Intermediários à Saúde Indígena: sobre Micropolítica do processo de trabalho no cuidado à saúde em uma Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) 217
Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior, Álvaro Pinto Palha Junior, Jaqueline Medeiros Silva Calafate, Aline Lorena da Silva Lima, Thalita Nascimento Silva, Túlio Batista Franco

Cuidados Paliativos: uma abordagem transversal para a Rede de Atenção à Saúde 236
Breno Augusto Bormann de Souza Filho, Érika Fernandes Tritany

Cuidados Intermediários e as políticas de Direitos Humanos - uma perspectiva para ampliação dos serviços de saúde em rede 251
Gildete Ferreira, Thalita Nascimento da Silva

Modelos de Cuidados Continuados Integrados: Panorama nacional e internacional 267
Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Público e privado; entre aparelhos, rodas e praças 282
Emerson Elias Merhy

Autores..... 288

PREFÁCIO

Maria Augusta Nicoli

Este livro representa um dos resultados da cooperação entre a Região Emília-Romagna e a Rede Unida, e do intercâmbio desenvolvido nos últimos anos no Laboratório Ítalo-Brasileiro, que desde 2014 se dedica a atividades de pesquisa e formação como dispositivo permanente de cooperação interinstitucional entre universidades, instituições e serviços de saúde dos dois países.

Com o tempo, foi criado um espaço ‘Outro’ onde foi possível dar voz e expressão às nossas singularidades com a consciência de que podemos nos escutar e criar nossas próprias elaborações, reinventando estratégias a partir deste encontro, como testemunham as contribuições recolhidas.

Em relação ao conteúdo deste livro, gostaria de destacar dois elementos que estão presentes como traços deixados pelos diferentes autores. Reconhecê-los também significa tornar tangível a intensidade e a abrangência que o diálogo entre os dois contextos conseguiu produzir.

O primeiro traço é constituído pelo conceito de ‘integralidade’ no sentido de que o sistema de serviços tem como centro de gravidade o território, destinado a ser um lugar de resolução de problemas e de recursos profissionais e comunitários a serem utilizados.

Se, como amplamente salientado, os cuidados intermédios se destinam a reforçar os cuidados territoriais, então até que ponto por meio da ‘integralidade’ garantem resolutividades? O posicionamento leva a considerar uma direção de cuidado e ação assistencial que é para o território, ou seja, para o paciente e seu contexto de vida. Assim, o que será colocado em prática é tudo o que pode servir para tornar sustentável a retomada da própria existência no contexto distinto que representa ‘o lugar onde a própria vida tem lugar’. É claro, portanto, que não cabe aos cuidados intermediários, em particular os Hospitais Comunitários, olhar o que está por vir, como a redução de internações de maior complexidade poderia induzir. Por acaso, seria também a estrutura hospitalar que deve considerar a redução de suas admissões como um indicador, porque está empenhada em tornar possível a ‘integralidade’ e a ‘resolutividade’. Aqui estão então os cuidados intermediários,

que, não é um ponto intermediário entre o hospital e o território, mas um nó de uma rede que, por vezes, em relação à função que assume com a ‘integridade’ do cuidado e da assistência, são “pontes”, “passagens”, “estações de recarga”, “pontos de verificação”, indispensáveis para o usuário que não fica ‘descontextualizado’ com respeito à sua rede de cuidado e assistência, ao contrário, é sustentado, flexibilizado, reorientado e mantido. É uma ‘rede viva’, como é lembrada.

Um outro traço refere-se ao conceito de “intermediário”. Em uma linha do tempo estendida ao passado, eu colocaria o termo “intermediário” para coincidir com o fechamento de hospitais psiquiátricos na Itália, nos anos 80.

Fui a coordenadora de um processo regional nos anos 80 e 90 para implementar estruturas intermediárias em psiquiatria. O cenário era o de pós lei 180, conhecida como Lei de Basaglia. Por decreto, os hospitais psiquiátricos tiveram que ser fechados e o sistema de atendimento e cuidado foi territorializado. Nesta ocasião também, tratou-se de reconverter os hospitais e torná-los estruturas intermediárias para acompanhar os pacientes à integração social e permitir que as pessoas institucionalizadas retomassem suas vidas. As estruturas intermediárias ativas tinham várias formas, tanto logísticas (espaços de asilo transformados ou novas estruturas) quanto de planejamento (centros de dia, comunidades terapêuticas, etc.). Havia muito medo entre os trabalhadores de que essas estruturas pudessem se tornar “pequenos manicômios” e, portanto, havia muita resistência à criação de estruturas intermediárias.

Foram criados laboratórios regionais para constituir um espaço de encontro entre os trabalhadores dos diferentes serviços de saúde mental da Região Emilia-Romagna e entre trabalhadores e gestores regionais, o que resultou na implementação deste tipo de escolha e, ao mesmo tempo, permitiu focar no posicionamento das estruturas intermediárias no contexto dos serviços territoriais. Pensando nessa experiência e no debate sobre estruturas intermediárias, sinto que posso dizer que não é muito diferente do que estamos enfrentando hoje. Mas há uma questão que eu acho que precisa ser esclarecida. Desenvolver formas de cuidado e atenção territorial na ausência de um hospital, pode não ser suficiente para o tensionamento dos mecanismos que operam um modelo de assistência hospitalocêntrica, podendo, portanto, permanecer presentes e exercer forte captura a estas novas estratégias. Não tanto na restauração dos manicômios,

mas na manutenção da lógica e das práticas que operavam naquela base. Em alguns casos isso ocorreu, em outros levaram a formas de adaptação com soluções que resultaram na fragmentação da produção do cuidado.

Portanto, não podemos pensar que os cuidados intermediários de hoje e, em particular, os “hospitais comunitários” estejam livres de tais riscos, especialmente porque os hospitais por razões óbvias estão lá. Mas quanto será modificado após o “tsunami” produzido pelo coronavírus? Irá colocar os cuidados hospitalares e a sua “cultura” de tratamento de volta ao centro?

Uma terceira faixa pode ser rastreada até os nós cruciais que desafiam o sistema de serviço. A complexidade dos fenômenos em constante mudança induz o sistema de serviços a rever suas práticas organizacionais e de intervenção. Por exemplo, as mudanças epidemiológicas e sociais indicam multifatores de desconforto social (por exemplo, “empobrecimento da classe média”, “solidão dos idosos”) cada vez mais interligados com a comorbidade dos quadros patológicos emergentes, exigindo uma abordagem fortemente integrada, tanto nos aspectos e temas a abordar como nas soluções e ferramentas a utilizar.

Então como instrumentalizar o sistema, em particular os componentes territoriais dos serviços que, por suas peculiaridades - como os cuidados intermediários - desempenham sempre um papel de “oscilação” para garantir o centro de gravidade nos cuidados primários? Uma estratégia é fortalecer competências transversais e dispositivos organizacionais capazes de garantir tempo/trabalho dedicado também ao “cuidado” de redes e processos de construção das mesmas. Mas também abordagens que encorajam a manter um olhar nas diferenças tanto externas (usuários) como interna (trabalhadores).

Os “territórios” tornam-se protagonistas, representando o contexto em que as necessidades de saúde e sociais podem ser identificadas e, ao mesmo tempo, onde as práticas tomam forma. Portanto, inovar a organização e as práticas significa ativar ambientes reflexivos, onde a análise do processo de trabalho é colocada no centro da aprendizagem, as rotinas que bloqueiam qualquer evolução, onde erros podem ser corrigidos, novos olhares e novas práticas são renegociados e regenerados. Daí o conceito de “formação situada”, uma formação que anda de mãos dadas com o trabalho no ambiente das práticas diárias e que também proporciona um contato direto com a vida local, com os seus habitantes,

com os movimentos sociais representativos e com os interesses e necessidades da vida. É um importante desafio aquele de planejar e colocar em prática atividades que permitam a aquisição de conhecimentos e competências através da solução de problemas reais vividos na área por grupos sociais, comunidades, grupos de pessoas marginalizadas ou socialmente desfavorecidas, pessoas que sofrem preconceito, discriminação ou estigma, ou grupos ativos na afirmação da sua “singularidade”, democracia e inclusão social.

Cada contexto de aprendizagem que é criado requer estratégias inovadoras e criativas e transformações nos métodos de ensino, mesmo em cursos universitários. Em particular, o que emerge é a necessidade de criar alianças entre universidades, serviços e comunidades, pois os processos de aprendizagem devem ser capazes de entrelaçar ação e gestão profissional local e global, serviço e treinamento, com os desafios do conhecimento complexo e com práticas profissionais e experimentais, em um mundo em contínua transformação. A complexidade das situações, a recomposição necessária dos fenômenos exige um olhar treinado sobre as conexões, sobre a maleabilidade de criar alianças profissionais e não-profissionais que vão além dos limites organizacionais habituais. O trabalho em rede se configura a partir do que é necessário e útil e se constrói a partir dos ingredientes presentes no contexto que o tornam possível e enriquecem.

Por fim me parece que com este prefácio contei muito do meu ponto de vista mas acredito que possa servir como espelho que reflete o meu posicionamento como fruto de um pensamento coletivo que se está reforçando e onde continuamente a transformação esfuma os limites do nosso pertencimento cultural, social e profissional.

APRESENTAÇÃO

Rodrigo Torres de Oliveira
Secretário de Saúde de Niterói-RJ

Cuidados Intermediários funcionando junto à Atenção Básica, contando com leitos para o semiagudo ou usuários egressos de internação com baixa autonomia, é uma proposta que surge a partir do estímulo da Universidade Federal Fluminense, em cooperação com os serviços de saúde da Região Emilia-Romagna na Itália. Quando o projeto piloto em Niterói se inicia no final de 2018, eu tive o prazer de participar da coordenação, então como diretor do Hospital Infantil Getúlio Vargas, junto com professores das Universidades Federal Fluminense e da Federal do Rio de Janeiro.

Hoje em 2020, como Secretário de Saúde do município de Niterói-RJ, e enfrentando com o conjunto de trabalhadores do SUS, o governo municipal e muita solidariedade e compreensão da população do município, é possível perceber o quando a Atenção Básica é importante, e precisa de investimentos que a tornem mais robusta na sua possibilidade de assistir à população nas suas necessidades. É nesta perspectiva que os cuidados intermediários se colocam, e o projeto RERSUS demonstrou que isto é viável.

Este livro retrata as discussões e reflexões realizadas durante um ano de trabalho de uma vivência inédita em Niterói, Nova Friburgo que incorporou-se a esta experiência e a Região Emilia-Romagna na Itália, onde 3 turmas simultaneamente fizeram um Curso de Aperfeiçoamento no tema dos Cuidados Intermediários e a Rede Básica de Saúde, coordenado pelas Universidades Federal Fluminense (UFF) e Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Não foi uma experiência convencional, foram oficinas que colocaram as pessoas, participantes e tutores, em contato com a micropolítica do trabalho e cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produzindo a si mesmos como cuidadores, professores, alunos, usuários, enfim, tratou-se de um mergulho nos cenários de práticas em saúde.

O livro está dividido em três partes, sendo a primeira de título “Os Cuidados Intermediários e o Projeto RERSUS”, traz os textos que apresentam a ideia geral de Cuidados Intermediário, como tem sido a experiência Italiana, além de outras europeias, que localiza estes cuidados entre a Atenção Básica e Hospitalar. Além do conceito há discussões trazendo o tema para junto ao Sistema Único de Saúde, vários estudos sobre

o tema e reflexões que em geral colocam este dispositivo como experiência e objeto de um importante debate no campo da saúde coletiva e as práticas de cuidado.

A segunda parte “Caminhando com o Projeto RERSUS de Cuidados Intermediários” é dedicada a expressar a experiência do Projeto RERSUS - “Cuidados Intermediários: troca e transferência de tecnologias de gestão entre Brasil e Itália”. Procura revelar o caminho percorrido na sua construção, e principalmente o funcionamento do curso de aperfeiçoamento reunindo os diversos lugares onde o projeto estava sendo desenvolvido. É um contar de histórias, sem roteiro pré-definido. As e os autores foram ativados pela liberdade de escolha dos seus temas e expressão de suas experiências. E o que se viu foi a expressão da diversidade de práticas, um patrimônio de conhecimento do qual se teria pouca informação, sem a sua publicidade mediante este livro. Nestes artigos se conhece muito sobre o percurso do RERSUS no Brasil e Itália.

A terceira e última parte “Cuidados Intermediários e Suas Multiplicidades”, vai expor as inúmeras possibilidades de aplicação do conceito de cuidados intermediários nas redes de saúde. Os mais diversos temas são apresentados contextualizando este dispositivo de organização dos serviços, e novas práticas de atenção à saúde. Aparece aqui o tema dos Cuidados Intermediários e a Saúde Indígena, discutindo o papel da Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) no cuidado à saúde às populações indígenas, considerando que a mesma faz a função dos cuidados intermediários. Outros temas relevantes aparecem conectados a esse tema, como por exemplo, os Cuidados Paliativos, Direitos Humanos, Cuidados Integrados, entre outros.

Enfim, o importante é mergulhar nos debates, histórias, expressões e múltiplas experiências das pessoas que escreveram, e as muitas que se conectam direta ou indiretamente com as vivências desta obra. Há no pensamento de muitas pessoas que constituem estes serviços de saúde, a possibilidade de que, com a inovação possível das práticas nas redes, contribuir com a sustentabilidade do SUS. Uma sustentabilidade que se organiza justamente através da mudança, da capacidade de se autoinventar todo o tempo.

Este livro expressa o início de uma caminhada em busca da melhoria dos serviços de saúde, práticas de cuidado eficazes, inovadora junto à Atenção Básica. É pra ser um dispositivo o qual os coletivos implicados com a permanente construção do SUS, possam utilizar para potencializar diretrizes de sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

Boa leitura!

PARTE 1

OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E O PROJETO RERSUS

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS EM SAÚDE: CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Mírian Ribeiro Conceição
Túlio Batista Franco
Ardigò Martino

Introdução

O presente capítulo visa discutir os cuidados intermediários como estratégia para formação de novas redes de atenção que se colocam no campo possível de inovações no âmbito da Atenção Básica no Brasil, considerando as necessidades de cuidados em saúde no tempo atual, onde ganha relevância o cenário de transição epidemiológica com aumento das condições crônicas. Toma como principal parâmetro a experiência italiana de Hospital Comunitário, unidade de cuidado fundamental vinculada à Atenção Primária em Saúde, usada em muitos países da Europa como importante e inovador dispositivo de cuidado, operando um modelo de baixo custo e alta eficácia, como comprovam evidências de alguns estudos que serão aqui apresentados.

O aumento expressivo das condições crônicas na atualidade representa impactos sociais e econômicos significativos no contexto global, são responsáveis por mais de 60% de todas as doenças, em maiores consequências para países em desenvolvimento (WHO, 2002; MACCIOCO, 2012), custando aos sistemas de saúde 70-80% do total gastos. (MINSTERO DELLA SALUTE, P.8, 2016) Deste modo, a configuração de novos perfis de morbimortalidade - o declínio dos problemas agudos e concomitante ascensão das condições crônicas - torna-se tônica nas discussões, principalmente quanto a custos e resolutividades dos sistemas.

Na atualidade, este cenário instaura uma crise contemporânea que revela uma desarmonia entre sistemas criados para responder condições agudas e a utilização deste mesmo modelo em resposta às condições de cronicidade. (WHO, 2002; MENDES, 2012; GOULART 2012) Como consequência cria aos sistemas uma insustentabilidade produzida: pela redução da eficácia e da resolutividade dos tratamentos; diminuição da qualidade percebida pelos usuários; insatisfação dos profissionais e dos trabalhadores; e pelo aumento dos custos dos serviços de saúde. (GOULART 2012)

Ainda, como agravado a esta situação, contextos de crise econômica apresentam maior multiplicidade de ações para a atenção às doenças crônicas, revelando com maior evidência a insuficiência das práticas em nível hospitalar, frente às demandas de saúde e seus determinantes sociais. Este cenário coloca aos sistemas de saúde desafios como: a absorção de fortes recursos; o reconhecimento de distorções no funcionamento da atenção hospitalar - a utilização não indicada dos leitos com excessivo tempo de permanência; e a elevada taxa de ocupação de leitos hospitalares pela população idosa. (MONGARDI (et al), 2013; DEPARTAMENT OF HEALTH, 2000) Deste modo, a reorganização dos sistemas de saúde, pela construção de novas políticas e práticas, para diferentes níveis de atenção, torna-se aposta de muitos países. (WHO, 2002)

Em vista disso, é urgente a reorganização dos modelos de cuidado, dos serviços de saúde e das redes de atenção à saúde. A literatura internacional releva a necessidade de construir processos de cuidado que não mais concentrem ações no tratamento de doenças e sim na gestão do paciente em sua totalidade. (MINSTERO DELLA SALUTE, P.8, 2016)

Em documento de recomendação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a adoção de modelos que desenvolvam uma produção de cuidado não baseada na etiologia de um problema de saúde em particular, mas sim nas exigências que ele impõe ao sistema, ou seja, a produção de um cuidado planejado que consiga prever as necessidades do usuário. (WHO, 2002; MINSTERO DELLA SALUTE, 2016)

Tais mudanças convocam a inovação na construção de políticas e na atualização de serviços, de gestores e profissionais, para a produção de cuidado embasados em modelos menos fragmentados, que atuem em todo o ciclo do processo de saúde-doença integralmente; gerando deste modo, modificações nas ações de promoção, prevenção, reabilitação e palição das condições de saúde, e na busca do cuidado longitudinal em todas suas esferas de complexidade.

No enfrentamento destas questões, a Atenção Primária é preconizada como estratégia central de inovação aos sistemas de saúde, tanto na prevenção, como no gerenciamento das condições crônicas. (WHO, 2002; MINSTERO DELLA SALUTE, 2016; GOULART, 2011) Contudo, este modelo, para responder às exigências de cuidado específicas das condições de cronicidade, necessita de um processo de readaptação para a produção de uma assistência integrada

que seja apta a enfrentar a complexidade de pacientes com doenças múltiplas - problemas de vulnerabilidade social, falta de autonomia entre outros; e que também seja capaz de realizar intervenções: promotoras e preventivas, centradas nas pessoas, acompanhado os processos evolutivos do indivíduo desde o parto até a morte, lidando com múltiplas causas que moldam os estilo de vida de sujeitos e comunidades, a exposição a fatores ambientais e fisiológicos, assim como aos que produzem desigualdades na distribuição de doenças e mortalidade. (WHO, 2008)

A Itália, contexto principal de investigação do projeto de pesquisa ao qual este capítulo tem referimento, tem cenário que prevê para 2032 uma população idosa de 27,6%. (GOULART, 2011) Portanto, vem criando desde a última década estratégias de enfrentamento e investindo na implementação de dispositivos que permitam a produção de cuidados mais integrais, construindo mecanismos de integração entre os serviços hospitalares e territoriais na assistência socio sanitária, em aposta de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde. (WHO, 2008)

Atualmente, com um Modelo Universalista, o Sistema Sanitário Nacional italiano tem um terço das consultas médicas referenciadas para o cuidado primário, destinadas à população idosa com multimorbidades crônicas, sendo 30% destas patologias crônicas graves, apresentando custos vertiginosos quanto às internações hospitalares que são de 51% para pacientes acima de 65 anos e que consomem 60% do total dos custos das medicações dispensadas. (MINSTERO DELLA SALUTE, 2016)

Em 2006, o Plano Sanitário Nacional (PSN) orientava a renovação do sistema reforçando o modelo de Atenção Primária com as Casa de Saúde, e reforçando a importância dos cuidados intermediários, e de estruturas inovadoras como os Hospitais Comunitários. (MINSTERO DELLA SALUTE, 2006) Em orientação mais recente, na especificidade dos cuidados às doenças crônicas, o Plano Nacional de Cronicidades (MINSTERO DELLA SALUTE, 2016) reforça o desenvolvimento da atenção primária em importante função de oferta de assistência próximos aos territórios com objetivos de cuidado em atenção multidisciplinar e multiprofissional, reabilitação, educação em saúde, o envolvimento de cuidadores e familiares no fortalecimento da rede de suporte social, cuidado longitudinal, fazendo enfrentamento a estas importantes questões postas aos sistemas. (MINSTERO DELLA SALUTE, 2005 e 2016)

Maciocco (2014) em análise do cenário internacional de implementação desta nova forma de organização apresenta os cuidados intermediários como um conceito que sustenta uma modalidade de intervenção, sobretudo organizado para o trabalho em redes. O autor aponta como característica e princípios fundamentais: centralidade dos cuidados do paciente; necessidade de processos de avaliação que sejam fortes e permanentes, a importância de parcerias entre os diferentes atores, e a garantia de acesso oportuno aos demais serviços especializados quando necessário.

Este processo vem demonstrando significativo impacto na produção de cuidado aos usuários, evitando intervenções inadequadas aos processos de agudização, a necessidade de uma atenção mais especializada e de maior custo. Ainda, tem importante impacto nas intervenções de egressos de internação hospitalar, com o cuidado mais intensivo evitando perda de funcionalidade e instalações de incapacidades ou a redução da capacidade produtiva, ou seja, dois fatores fundamentais na economia. (PIERI, 2016; GARÅSEN, WINDSPOLL, JOHNSEN, 2007)

Os Cuidados Intermediários e os Hospitais Comunitários

Já durante os anos 90, no enfrentamento destas novas demandas advindas da transição epidemiológica, principalmente em países que haviam concluído estes processos, como Inglaterra e Itália, tem-se a intensificação das discussões sobre custos e resolutividade dos sistemas de saúde, tendo como primeiras experiências ações de fortalecimento da Atenção Primária por meio de estratégias inovadoras. (MACIOCCO, 2014, 2009; GALANTI, 2014)

Os cuidados intermediários surgem, então, como um dos dispositivos de enfrentamento à crise dos sistemas, que produtores de um cuidado fragmentado, não atendiam às novas necessidades de saúde. As primeiras produções sobre *intermediate care*, acontecem na Inglaterra na efervescência das discussões sobre os cuidados territoriais. O termo faz referimento à estratégia de integração entre hospital e cuidados territoriais, com o objetivo de prevenir a hospitalização e promover a recuperação mais rápida para o retorno ao domicílio. (PEARSON, 2013) Apresentavam no início de sua proposição elementos básicos de natureza reabilitativa e preventiva: maior atenção na manutenção ou restauração

da independência do usuário, maior proximidade do domicílio, natureza multiprofissional de perfil socio-sanitário, prevenção de internações hospitalares dispensáveis. (DEPARTMENT OF HEALTH, 2000; COWPE, 2005)

O Cuidado Intermediário, na Inglaterra, é apresentado, então, como direção política clara no início dos anos 2000 - *National Beds Inquiry, NHS Plan e National Service Framework for Older People* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001) - impulsionando assim seu desenvolvimento. Em 2002, a partir das experiências desenvolvidas há uma primeira definição conceitual mais ampla apresentada pelo documento do ministério da saúde britânico - *Intermediate Care, Moving Forward* - que o caracteriza uma variedade de serviços integrados para promover uma recuperação mais rápida da doença, prevenir a admissão hospitalar aguda desnecessária, apoiar o processo de alta hospitalar. A mesma publicação enfatiza os cuidados intermediários como potente estratégia de impacto no sistema de saúde apresentando como princípios fundamentais: o cuidado centrado na pessoa, a necessidade de avaliações consistentes e permanentes, a promoção da saúde e da vida ativa, a importante parceria dos diferentes atores da rede de cuidado e a garantia de um acesso mais adequado aos serviços especializados. (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002)

A Itália também vem investindo na produção de cuidados mais próximos ao território como enfrentamento às demandas advindas de uma transição epidemiológica já completa. Após 2001, quando as regiões italianas ganham maior autonomia frente ao Estado (MINISTERO DELLA SALUTE, 2001a,b), é que as discussões sobre integração entre os hospitais e os serviços territoriais se intensificam.

Em planejamento nacional, o PSN 2003-2005 orientou com mais ênfase a integração de serviços de saúde e social com os territórios como lugar de cuidado das doenças crônicas. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2003) O PSN subsequente (2006 - 2008) reforça tais orientações às regiões, pautando a reorganização da atenção básica, e apresentando os cuidados intermediários (*cure intermedie*) como uma variedade de serviços, sendo os Hospitais Comunitários (*Ospedale di Comunità*) uma das estratégias desta reorganização. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2006)

A análise de revisão literária, descrita no Relatório OASI (*Osservatorio sulle Aziende e il Sistema Sanitario Italiano*) 2010, identifica 12 tipos de estratégias de integração entre hospital e serviços territoriais: triagem telefônica; leitos territoriais

com equipe composta por médicos de medicina geral e de enfermagem; gestão da fase aguda em casa por grupos multidisciplinares; estruturas intermediárias intra-hospitalar; programas de 'altas programadas' e de 'altas protegidas'; residenciais para idosos; programas de *home care*; estruturas de cuidados intermediários para a reabilitação pós-aguda; centros e clínicas comunitárias especializadas; equipe de enfermagem da comunidade. (COMPAGNI, TEDIOSI, TOZZI, 2010)

Estas foram elencadas em questionário aplicado nas Agências Sanitárias Locais - ASL, empresas públicas de gestão da saúde, para identificação de quais seriam as mais utilizadas nos serviços de saúde italiano, sendo apontadas a estruturas de cuidados intermediários para a reabilitação pós-aguda, com prevalência de 80% de todos os recursos apresentados. Tais estruturas de internação intermediária são os Hospitais Comunitários que ligadas à Atenção Primária possuem como objetivos específicos o fortalecimento da mesma, e de proporcionar a integração entre a assistência hospitalar e os cuidados territoriais, com ambiente protegido para o restabelecimento da condição física ou a continuação do processo de recuperação para pacientes pós-agudos. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2015; COMPAGNI, TEDIOSI, TOZZI, 2010; RER, 2016)

Os hospitais comunitários tiveram suas primeiras caracterizações no século XVIII-XIX nos Estado Unidos com o compromisso primário de atender populações mais vulneráveis, mantendo cuidado preferencial para pacientes que não podiam pagar, apresentando já importante papel na acessibilidade ao cuidado. (SIGMOND, 1985) A denominação '*Communnity Hospital*', de onde deriva a tradução italiana - *Ospedale di Comunità*, é originária na Gran Bretagna nos anos 1920. Estes serviços eram geridos por *General Practioners* (GPs) e apresentavam notável integração com os Serviços Sociais. Foi utilizado como política nacional somente após II Guerra sendo reconhecido como importante dispositivo para o desenvolvimento de sistemas abrangentes. (SIGMOND, 1985)

Nas últimas décadas, em contexto de cuidados intermediários, os hospitais comunitários possuem papel de destaque para responder, principalmente, às necessidades clínicas dos doentes crônicos em fase de agudização e que necessitem de monitoramento mais intensivo, com objetivo prioritário de redução das internações indevidas e de mudança de modelo em assistência biopsicossocial. (RER, 2016)

Os primeiros hospitais comunitários italianos, nascem na região Emilia-Romagna, com a construção de um hospital em Premilcuore em 1995 e, em seguida, em Modigliana, ambas províncias de Forlì-Cesena. (RER, 2013a) Nos anos seguintes, este modelo se espalhou nas regiões do Centro-Norte e em algumas outras áreas italianas, ganhando expressiva intensidade após as recomendações do PSN de 2006-2008. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2006; RER, 2013b)

E em 2011, o PSN 2011-2013 enfatiza tanto as casas de saúde, como os hospitais comunitários como fundamentais no impulso a reorganização da assistência primária. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2011) Em 2014, o Pacto pela Saúde 2014-2016, atribui às regiões a tarefa de continuidade na reestruturação da atenção primária e a adoção de algumas estratégias de cuidado intermediário como os hospitais comunitários. Este, em publicação ministerial subsequente - Decreto Ministerial 70/2015. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2015), passa a ser regulamentado, com a definição de padrões de qualidade, estruturais, tecnológicos e assistenciais. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2014, 2015; PIERI, 2016)

Deste modo, fica definido os Hospitais Comunitários como estruturas com um número limitado de leitos (15 a 20), gerida por enfermeiros com suporte de médicos de família ou clínico geral ligados à atenção primária, que oferecem assistência 24 horas para usuários que necessitam prioritariamente de: intervenções de saúde que poderiam ser desenvolvidas no domicílio, mas que precisam de abrigo nestas estruturas por fragilidade de uma rede de suporte social e para supervisão de enfermagem contínua. A estadia média esperada é de 15-20 dias, podendo ser reavaliada tanto para maior período de permanência, como a necessidade de encaminhamento para serviços mais especializados. O acesso pode ocorrer por três principais vias: pelo serviço territorial, em indicação do médico de família, por alta programada de enfermarias de hospitais de maior complexidade, ou diretamente do atendimento de emergência. (MINISTERO DELLA SALUTE, 2015)

Em consolidação das políticas e orientações ministeriais, o Plano Social e Sanitário Regional da Emilia-Romagna 2013-2014 (*Piano Sociale e Sanitario Regionale*- PSSR) aponta a reflexão sobre a necessidade de identificar as unidades de saúde intermediária. Estruturas estas que deveriam garantir aos doentes crônicos e/ou frágeis, internações de curta permanência, com assistência,

principalmente de enfermagem, proporcionando diagnóstico e tratamento, ambulatório médico e cirúrgico. O PSSR antepõe a necessidade conversão de hospitais de menor complexidade em hospitais comunitários. Este movimento já vinha sendo pensado desde os anos 1990, mas teve um aumento decisivo da PSSR 2013-2014. (RER, 2013b, 2015a)

Em 2013, reafirma, em decreto regional, as recomendações ministeriais, comprometendo-se a promover a partir das Casas de Saúde (Casas della Salute-CdS) o fortalecimento dos cuidados primários e da integração socio-sanitária, e a partir daí uma progressiva integração com os hospitais. Para tal, reforça a necessidade de estruturas intermediárias conectadas às CdS, como solução a insuficiência dos hospitais para abarcar as demandas socio-sanitária e instrumento de integração entre a rede. (RER, 2013c)

Sequencialmente, o Decreto Regional 221/2015, dispõem sobre os requisitos específicos de acreditação do Departamento de Atenção Primária - Núcleos de Atenção Básica, Aconselhamento Familiar, Assistência Ambulatorial Especialidade Territorial, Assistência Domiciliar e os Hospitais Comunitários. Deste modo, vem a definir a este último a função de gestão dos cuidados intermediários com objetivo final *de garantir que as pessoas com doenças crônicas, deficiências graves e em cuidados paliativos, a continuidade dos cuidados e integração do hospital para a comunidade, com o suporte clínico fornecido pelo Médico de Família, desenvolvendo, qualificando e especializando a rede de serviços e, ao mesmo tempo, aumentando o apoio para as famílias.* (RER, 2015b)

Este documento, na construção dos requisitos de acreditação dos hospitais comunitários define detalhadamente a clientela, critérios e arranjos organizacionais destes serviços, a saber:

1. Da Elegibilidade

Para a inclusão de pacientes para internação dos hospitais comunitários o documento apresenta a indicação de avaliação que considera 04 perfis de usuários:

- A. *Pacientes, prevalentemente com multimorbidades provenientes da estrutura hospitalar, casos agudos ou de reabilitação, clinicamente admissíveis para conclusão do diagnóstico terapêutico hospitalar, mas com condição de serem candidatos à assistência de enfermagem continuada.*

B. *Pacientes frágeis e/ou crônicos provenientes do domicílio pela presença de reagudização de condição clínica persistente, aparecimento de um quadro imprevisto, contudo não estão no critério de internação em um hospital para agudos.*

C. *Pacientes que necessitam de assistência de enfermagem na Atividade de Vida Cotidiana (ADL), na administração de medicamentos ou na gestão de equipamentos no domicílio, monitoramento que requerem uma vigilância contínua ou quase contínua, também cuidados não intensivos; necessidade de formação/educação/treinamento do paciente e do cuidador, antes do retorno para casa.*

D. *Pacientes que necessitam de reabilitação motora ou de suporte de reabilitação-reeducação respiratória, ou de suporte funcional a outro órgão.*

Critérios de exclusão:

1. *Pacientes com instabilidade clínica cardiovascular ou neurológica.*

2. *Pacientes em fase terminal.*

3. *Pacientes que exigem assistência médica continuada.*

4. *Pacientes que necessitam de enquadramento diagnóstico. (RER, 2015b)*

2. Do Acesso

Com importante papel de integração entre hospital e serviços territoriais, neste entremeio a proposição dos casos de internação é realizada tanto pelos médicos e enfermeiros da atenção básica, quanto por médicos dos hospitais de maior complexidade para acompanhamento da alta e desenvolvimento do cuidado pós período de agudização. (RER, 2015b)

3. Da Organização

Os hospitais comunitários, como estruturas de internação territoriais, possuem assistência para 15 a 20 leitos, com tempo de permanência médio de 20 dias, sob gestão da enfermagem, tendo um enfermeiro coordenador, uma equipe de enfermagem para a assistência, em número correspondente a cuidados diretos por 24 horas, 7 dias na semana, bem como demais profissionais como por exemplo necessidade de reabilitação. (RER, 2015b)

A produção de cuidado prevista na reorganização do sistema tem no dispositivo 'hospital comunitário', o objetivo de fomentar a autonomia e aumento

da potência dos usuários como processo-chave para êxito. (PERSON, 2018) Deste modo, em todo o período de cuidado, durante a permanência nos hospitais comunitários, um dos principais objetivos a serem trabalhados são as ações de autonomia dos pacientes e cuidadores, por meio de formação, orientação e outros recurso que possibilita melhor gestão possível das novas condições clínicas e terapêuticas e ao reconhecimento precoce de eventuais sintomas de instabilidade.

4. Do Processo de Cuidado

A gestão do cuidado durante o período de internação será realizada pelo médico ou enfermeiro de referência que, junto da equipe, é responsável pela construção, monitoramento e avaliação do Plano Individual Assistencial (PAI). Na especificação quais resultados devem ser monitorados durante o desenvolvimento do PAI, listam: lesão cutânea (prevalência, evolução); quedas com e sem complicações, estado funcional (atividades da vida cotidiana) e capacidade de gestão da terapia e de outras atividades de assistência, sendo este último importante indicador de alta. (RER, 2015b)

A reorganização da assistência hospitalar, o fortalecimento da Atenção Básica e a conversão e implementação dos Hospitais Comunitários, mesmo que ainda recente, vem apresentando importantes resultados. Em análise dos principais itens indicados nos critérios de acreditação, os hospitais comunitários vêm desempenhando significativa função no cuidado da população idosa acometida por multimorbidades, bem como nos processos de transformação de tecnologia de cuidado e da produção deste em rede e com base territorial. (PIERI, 2016)

O SISEPS - *Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali* – apresenta diversos instrumentos para avaliação e monitoramentos de políticas social e de saúde. Ao final de 2014 é instituído para os Hospitais Comunitários um sistema de informação para avaliação e monitoramento de suas atividades assistenciais – *Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità* (SIRCO). (RER, 2019)

Com a definição de critérios de acreditação para atenção primária pelo Decreto Regional 221/2015, sendo os Hospitais Comunitários uma de suas estruturas, permite a identificação clara de seus objetivos e, portanto, dos pontos a serem avaliados enquanto política de saúde. (RER, 2015b) O SIRCO então é instituído em dezembro de 2014, e tem início em 2015, com compilação trimestral de dados. Estão monitoradas por este sistema 19 estruturas que possuem como eixo

de análise: a oferta - que avalia a produção, principalmente ao que tange a origem das internações, e suas modalidades, características demográficas e problemas sociais e familiares entre outros; os indicadores - que se referem a duração da internação e os índices de mortalidade; e por fim, a eficácia- com índices as taxas de ocupação, internações superiores a 6 semanas, reinternação e índice de Barthel, escala utilizada para monitoramento da autonomia do paciente.(RER, 2019)

Deste modo, dentre os objetivos e os critérios estabelecidos para o escopo de cuidado dos Hospitais Comunitários, temos em análise das informações um perfil etário médio de 79,9 anos que apresentam situações vulnerabilizantes como a diminuição de autonomia, comorbidades e deficiências, ausência ou suporte inadequado de cuidadores. Ainda, as discussões sobre o escopo de atenção e os custos envolvidos, com a possibilidade de assistência 24 horas e o investimento na formação e orientação dos usuários e familiares, permite o cuidado do usuário com maior autonomia na gestão de situações clínicas evitando assim processo de reagudização e com isso internações mais especializadas. Dos pacientes que receberam alta dos Hospitais Comunitários, menos de 3% retornam a internações especializadas em até 30 dias. (PIERI, 2016; RER, 2019)

Um estudo randomizado com amostragem de 142 pacientes, realizado na Noruega, analisa o impacto quanto ao custo-efetividade do desenvolvimento dos Hospitais Comunitários implementados em 2001. Desta amostragem, 70 ficaram sob os cuidados em hospital geral e 72 em hospitais comunitários. A pesquisa trabalhou com variáveis como: o número de readmissões para a mesma doença, para processos não previstos no prazo de 60 dias; a necessidade de cuidados domiciliários comunitários e necessidade assistência continuada em instituição de acolhimento. Ainda para análise e discussão de custo-eficiência dos cuidados intermediários, foram monitorados os números de falecimentos, período de internação e a funcionalidade nas atividades de vida diária como covariável. (GARÅSEN, WINDSPOLL, JOHNSEN,2007)

Os resultados deste estudo indicam que as readmissões aconteceram em maior número em hospitais gerais (35,7%) do que nos cuidados intermediários (19,4%). Também o tempo de internação foi maior no hospital geral que a contar as readmissões era em média de 31 dias, já nos cuidados intermediários variavam em: 17,5 dias para cuidados intermediários iniciais, 10,4 dias para cuidados

em reabilitação e 3,1 dias para os que neste grupo randomizado necessitou de internação no hospital geral. Deste modo, é percebido que os cuidados em hospitais comunitários apresentam mudança significativa nas readmissões, bem como no tempo de internação, dois importantes fatores para o custo-efetividade. (GARÅSEN, WINDSPOLL, JOHNSEN,2007)

O cenário brasileiro e os Cuidados Prolongados

O cenário brasileiro não é diverso das demandas anteriormente postas, tendo em vista a transição epidemiológica expressa no aumento significativo da população idosa em relação à população geral, com previsões de duplicação em aproximadamente 20 anos, chegando a 14%. (FIOCRUZ, 2012) Isto afeta não apenas o perfil de morbimortalidade, mas também a elevação dos gastos com os cuidados em saúde, como por exemplo das doenças cardiovasculares, cujos óbitos chegam a 31%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Tal cenário impõe também ao sistema de saúde brasileiro a criação de novas estratégias para gestão de casos, mais integradas e abrangentes que atendam a complexidade das doenças crônicas e não-transmissíveis. (WHO, 2008) Estas situações de cronicidade, em contextos de crise econômica, como recente momento do país, apresentam agravos pela multiplicidade das demandas e em consequência o aumento do acesso a níveis maiores de complexidades da assistência à saúde, sendo este uma das causas dos elevados custos. (GOULART, 2011)

Como estratégia similar às propostas nos cuidados intermediários em contexto internacional, para retaguarda às Redes de Atenção em especial a de Urgência e Emergência (RUE), temos estabelecida em 2012 a Portaria nº. 2809 que institui a organização dos Cuidados Prolongados, que possuem como escopo o cuidado intermediário em função de assistência entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a Atenção Básica.

Os Cuidados Prolongados podem ser organizados dentro Hospitais Gerais (UCP) ou em serviços independentes - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). Apresentam como perfil de suas intervenções usuários em situação clínica estável, que necessite de recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou

permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) O acesso às unidades UCP e HCP, dá-se por meio de solicitação à Central de Regulação de Vaga, originadas de estruturas hospitalares e ambulatoriais, incluídas as de reabilitação e da Atenção Básica. Possuem como previsão de internação de duração até 60 dias, com assistência de uma equipe multiprofissional incluindo equipe médica, enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e serviço social.

Em definição do perfil da população da elegível temos usuários clinicamente estável que apresentem ao menos uma das características abaixo:

I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;

II - necessidades de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou

III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total.

Somadas a ao menos uma das situações clínicas seguintes:

I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;

II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;

III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico- funcional;

IV - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM);

V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação;

VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;

VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;

VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;

IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou

X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Em processo de consolidação recente, há poucos estudos que avaliam e discutem as práticas desenvolvidas nas UCP e HCP. Torna-se, portanto, campo com necessidade de desenvolvimento e produção de conhecimento.

Discussão

O contexto de intensificação de interações e da integração social, econômica, política, ou seja, fluxos de informação, ideias, conceitos, tecnologias, e etc - características do processo de globalização (SANTOS, 2002) - vêm apresentando forte influência no olhar aos cuidados em saúde, aproximando realidades e práticas em diferentes localidades e, portanto, sinaliza que o foco nas intersecções dentre estes contextos pode ser potentes para visualização de estratégias de transformação.

Em âmbito da atenção primária à saúde, seja no Brasil ou na Itália, no cuidado das doenças crônicas, os profissionais são convocados a se aproximar dos indivíduos e dos processos saúde-doença na realidade e no cotidiano, onde os campos de forças sociais, culturais, políticas e econômicas se manifestam com uma complexidade que une, indissolavelmente, a interface global e local. (SANTOS, 2002) Portanto, o trabalhador brasileiro que atua em uma comunidade carente ou o italiano que enfrenta os efeitos da crise econômica dentro de um serviço cada vez mais subfinanciado experimentam uma perda de sentido na ação profissional causada pela falta de contundência da mesma nos processos saúde-doença. Deste modo, os impactos sociais e econômicos das doenças crônicas possuem representação significativa em ambos os contextos e torna-se ordem de discussão em âmbito mundial. (WHO, 2002; MACIOCCO, 2012)

O estudo da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre a impacto fiscal de gastos relacionados à idade das populações apresenta, ao que se refere ao setor saúde, uma proporção de aproximadamente 6% do Produto Interno Bruto. As estimativas são de difícil

mensuração, pois o setor saúde possui influência de diferentes fatores, e a se investir em políticas e estratégias em saúde pública que promovam autonomia e um envelhecimento saudável, pode alterar bastante as projeções. Tal documento alerta que além dos gastos clínicos, a diminuição da população em idade ativa, envolvimento de familiares no cuidado à pessoa idosa dependente, pode aumentar a demanda aos serviços de saúde. Neste contexto apresenta como essencial o aumento da eficiência e eficácia do sistema de saúde, que para tal não deve ser pautado apenas em tetos orçamentários, mas em reformas microeconômicas que permitam o alcance de tais objetivos. (DANG, ANTOLÍN, OXLEY, 2001)

Itália e Brasil possuem percursos análogos na construção de seus sistemas universais e históricos de debates e criação de estratégias similares para o enfrentamento das demandas de saúde. Ambos os países, mesmo que em períodos distintos de transição demográfica, reforçam a necessidade urgente de desenvolvimento de novas estratégias de cuidado. Estas visam de modo geral o enfrentamento de dois principais demandas interrelacionadas surgidas com o envelhecimento da população: o impacto econômico deste processo, e a criação de novas tecnologias de cuidado. As doenças de longa duração como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – câncer, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, transtornos mentais e etc - possuem altos custos, pois, em ordem direta, demandam medicamentos, exames complementares, leitos hospitalares, cirurgias e procedimentos terapêuticos, bem como, em ordem indireta, a perda da vida produtiva/laboral, autonomia, condições de vulnerabilidade e etc. (WHO, 2008)

Nesta construção, as reformas sanitárias e a adoção da Atenção Primária em Saúde como modelo, já surgia como estratégia de investimento para o acesso universal em saúde. Contudo, tais cenários vêm mudando rapidamente desde as epidemias de reforma sanitárias nos anos de 60/90, convocando assim os países a repensarem este modelo. (MACIOCCO, 2009) A OMS, no relatório mundial de 2008, apresenta algumas tendências de como os sistemas de saúde são desviados dos valores essenciais à atenção primária como o hospitalocentrismo, fragmentação e comercialização, evidenciados por fatores como o crescimento do número de médicos especialistas, e impulsionados pelos interesses econômicos da indústria da saúde. (WHO, 2008)

Nesta perspectiva, a complexidade deste cenário é enfrentamento apresentado nas experiências anteriores, principalmente na proposta italiana, apresenta como aposta o fortalecimento da Atenção Básica, na consolidação de um cuidado centrado na necessidade do usuário. Os hospitais comunitários como estruturas de cuidados ligadas aos territórios, no diálogo entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários, concentra seus esforços no cuidado intensivo e integral aos idosos com multimorbidades.

Ao adentrarmos as discussões, como apontado anteriormente, sobre a necessidade de inovações tecnológicas em saúde que responda às demandas postas à assistência das doenças crônicas, os hospitais comunitários enquanto estruturas de cuidados intermediários ligados à atenção básica, apresentam importante função na rede de serviços dos sistemas de saúde. Ter como objetivos de cuidado a autonomia do paciente, em intervenção reabilitativa intensa a fim de não se estabelecer processos de incapacidade e deficiências, bem como a educação em saúde para os usuários e cuidadores são ações que não possuem as características distantes das desenvolvidas no escopo de cuidado na atenção hospitalar. (PIERI, 2016)

O importante investimento em seu papel de integração entre hospital e serviços territoriais, apresenta como cerne o protagonismo do usuário, sendo que no Plano Individual Assistencial um dos principais objetivos do processo de cuidado é o aumento da potência deste e dos cuidadores, com ações de orientação e formação, a fim de se promover a melhor gestão das condições de saúde, e promove interrupção de ciclos de agudização pela melhora na qualidade do cuidado cotidiano. Os estudos mostrados anteriormente, apresentam índices importantes ao que se refere ao impacto na saúde no cuidado à esta população, como as taxas de reinternação em hospitais especializados. (PIERI, 2016; GARÅSEN, WINDSPOLL, JOHNSEN, 2007; RER, 2019)

A experiência brasileira ainda recente se apresenta tímida quanto a implementação da organização de Cuidados Prolongados, bem como a avaliação e análises de suas ações na resposta às demandas que objetiva atender. Um ponto relevante para futuras discussões em âmbito da gestão é a localização institucional dos Cuidados Prolongados ao Departamento de Atenção Especializada e Hospitalar no Ministério da Saúde, ponto este de importância às discussões quanto a implementação de processos ao que se refere a articulação de rede e a

ampliação do escopo de cuidado da atenção básica e a gestão das situações clínicas no cuidado dos doentes crônicos.

As demandas postas pela transição epidemiológica com a convocação à reinvenção de práticas que atendam a tais necessidades, tanto os Cuidados Intermediários na Itália quanto os Cuidados Prolongados no Brasil, ganham campo privilegiado na saúde ao que se refere a Inovação Tecnológicas em Saúde. O termo inovação refere-se à aplicação de novas ideias aos produtos, processos, ou outros aspectos das atividades, *trata-se da incorporação de conhecimento a produção de bens e serviços*. (COSTA, GADELHA, MALDONADO, 2012)

Considerações

O cenário proposto, contextualizado no fenômeno de globalização e nos debates de saúde global e da saúde coletiva, se realiza em duplo processo com efeitos relevantes: a globalização dos fatores que interferem na saúde e a localização até o nível micro e individual da produção do cuidado. Essa circularidade de movimento local-global-local traz o campo da saúde para além das fronteiras disciplinares clássicas, criando a necessidade de novas ferramentas, seja de análise e compreensão transdisciplinares da realidade, seja de intervenção multiprofissional. (MARTINO, 2016)

A abordagem de saúde global convoca a pensar em uma produção de conhecimento fundada nas práticas do cotidiano de trabalho de diferentes “locais”, que responda às exigências de trabalhadores e comunidades em diferentes cenários, indiferentemente nacionais e internacionais. Ao mesmo tempo, por meio de similaridades e diferenças, nos ajuda a diferenciar o papel exercido pelos fatores globais e locais na modelação da realidade nos contextos locais de vida e trabalho. Está na complexificação de olhares por meio da cooperação sanitária, que se produz uma deslegitimação de formas de saberes hegemônicas (QUARANTA, 2010), para a produção de cuidados centrada nos indivíduos, as experiências vividas, e suas necessidades. Deste modo, os diálogos entre diferentes contextos fazem emergir novos conceitos, estratégias e instrumentos de trabalho.

A proposta dos cuidados intermediários como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica aumenta, assim, o escopo do cuidado no território, pautados

em tecnologias de cuidado mais leves e apresentando impacto direto, como visto anteriormente, na relação custo-benefício-efetividade da assistência à população idosa. A manutenção das funcionalidades, a autonomia de usuários e familiares quanto gestão das situações clínicas demonstra a importância da participação ativa do paciente na produção do seu próprio cuidado, a centralidade nas necessidades dos usuários desvela três importantes esferas da produção do cuidado – as instituições, os profissionais de saúde e os usuários. (PERSON, 2013)

Assim, novas possibilidades no cuidado à saúde convoca os profissionais a construir seu conhecimento em bases da rede de cuidados, e das preferências, demandas e necessidades dos usuários, conhecendo os significados que tem para o usuário cada serviços da rede de cuidados, bem como o reconhecimento das suas implicações na tomada de decisão. Podem assim construir projetos de cuidado que permitam o planejamento de metas que ultrapassem os cuidados intermediários; reconhecer com as principais redes sociais e de atenção dos usuários, bem como o desenvolvimento de vínculo com estes e com os usuários. Por vez, os usuários e familiares em seu papel autônomo podem se implicar mais com os serviços de cuidados intermediários; e contribuir com os processos de tomada de decisão. (MERHY, 1997)

Como principais questões que ficam com este estudo, é o fato de que os cuidados intermediários são absolutamente necessários no quadro epidemiológico e sanitário atual. Representam uma importante inovação se vistos com a dimensão com que são hoje organizados e estudados na Europa onde apresentam papel de destaque na rede de cuidados. Destaca-se o fato de que eles podem estar acoplados à atenção básica, supondo, portanto, uma alteração no escopo de atribuições da atenção básica, assumindo estas atividades no âmbito da clínica que hoje eventualmente são considerados como especialidade, por exemplo, a fisioterapia. No entanto esta tem sido largamente demandada para cuidados às condições crônicas, e egressos do hospital, em domicílio. Seria adequado reconhecer o papel destas outras práticas junto à Atenção Básica, tendo em vista as fortes evidências da sua necessidade e compatibilidade com o trabalho neste nível de atenção à saúde.

Referências

- COMPAGNI A., TEDIOSI F., TOZZI V.D. L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie». In: Cantù E, organizador. Rapporto OASI 2010, Egea, Milano, 2010 pp. 519 – 539.
- COSTA, L.S.; GADELHA, C.A.G.; MALDONADO, J. A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque. *Rev Saúde Pública* 2012; 46 (Supl):59-67.
- COWPE J. Intermediate Care: Policy and Context. In: Roe B, Beech R. (org) Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice. Blackwell: Oxford, Reino Unido, 2005, p.03-18.
- DANG, T.; ANTOLÍN, P.; OXLEY, H. “Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending”, OECD Economics Department Working Papers, No. 305, OECD Publishing, Paris, 2001.
- DEPARTMENT OF HEALTH, NHS. Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospitals and Related Services - Consultation Document on the Findings of The National Beds Inquiry – Fevereiro, 2000.
- DEPARTMENT OF HEALTH, NSH. National Service Framework for Older People - Março 2001.
- DEPARTMENT OF HEALTH, NSH for Older People - Intermediate Care, Moving Forward - Junho 2002.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- GALANTI C.; BUSSOTI A. Le cure intermedie. – Presentazione. Pacini: Salute e Territorio, Piza, Junho 2014, n.201, p. 299-302.
- GARÅSEN, H.; WINDSPOLL, R.; JOHNSEN, R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2007; 7: 68.
- GOULART, F. A. A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os Sistemas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MACIOCCO, G. Política, Salute e Sistemi Sanitari- Le riforme dei Sistemi Sanitari nell’era della Globalizzazione. Ed: Il Pensiero Scientifico, 2009.
- MACIOCCO, G. Cure primarie, malattie croniche e diritto alla salute. *Sociale e Salute*. 2012. <https://www.socialesalute.it/temi-in-discussione/cure-primarie-malattie-croniche-e-diritto-alla-salute.html>. (acessado em Dez/ 2019).
- MACIOCCO, G. Le cure intermedie – Lo scenario internazionale. *Salute e Territorio*, Piza, Junho 2014, n.201, p. 299-302.
- MARTINO, A. Globalizzazione Ed Effetti Sulla Salute. In: Ferla AA, Stefanini A, Martino A. Salute globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia. Porto Alegre: Rede Unida ; Bologna : CSI-Unibo, 2016. p. 35-76.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido. In: Merhy, EE; Onocko, R (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT)a. Decreto Legislativo n. 307, de 18 setembro de 2001 - “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/decreti/01347d.htm>. (acessado em: Dez/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT)b. Decreto Legislativo n. 405, de 17 dezembro de 2001 – “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”. http://www.aisd.it/e107_files/downloads/files/Legge16112001n405.pdf. (acessado em Dez/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT). Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_948_allegato.pdf. (acessado em Out/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT). Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf. (acessado em Dez/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT). Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_4_listaCapitoli_capitoliItemName_0_scarica.pdf. (acessado em Dez/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT). Patto per la Salute 2014-2016. http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf. (acessado em Dez/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT). Decreto n. 70 de 2 abril 2015. “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>. (acessado em Jun/2019).
- MINISTERO DELLA SALUTE (IT). Piano Nazionale della Cronicità. 15 de setembro 2016. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf. (acessado em: Nov/2019).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). Portaria n.º 2.809, de 07 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2012.
- MONGARDI, M. (et al). Il fenomeno delle dimissioni ospedaliere ritardate nella Regione Emilia-Romagna. *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 2013, 86, p. 73-86.
- PEARSON M. (et al) Intermediate care: a realist review and conceptual framework. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme, 2013.
- PIERI, G. L’Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell’assistenza. [Tese de Doutorado] Universidade de Bolonha, 2016.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT)a. Ospedale di comunità: un “ponte” per l’assistenza sanitaria intermedia. Newsletter Saluter notizie, Anno X, 2013.<http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/newsletter/2013/ospedale-di-comunita-un-nuovo-modello-per-lassistenza-sanitaria-intermedia>. (acessado em Dez/2019).
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT)b. Piano Sociale e Sanitario Regionale – PSSR – 2013-2014. <http://sociale.regione.emiliaromagna.it/documentazione/norme/regionale/piano-sociale-sanitario-2013-2014>. (acessado em Dez/2019).
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT) c. Decreto Regional n.284 de 18 de março de 2013 – “Indicazioni Attuative Del Piano Sociale E Sanitario Regionale Per Il Biennio 2013-2014.

Programma Annuale 2013: Obiettivi E Criteri Generali Di Ripartizione Del Fondo Sociale Ai Sensi Dell'art. 47, Comma 3 Della L.R. 2/2003". http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/Dgr.%20284_2013.pdf/view. (acessado em Dez/2019).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT)a. Decreto Regional 2040 de 10 de dezembro de 2015 – “Riorganizzazione Dalla Rete Ospedaliera Secondo Gli Standard Previsti Dalla Legge 135/2012, Dal Patto Per La Salute 2014/2016 E Dal Dm Salute 70/2015”. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/dgr-2040-2015-riorganizzazione-dalla-rete-ospedaliera-secondo-gli-standard-previsti-dalla-legge-135-2012-dal-patto-per-la-salute-2014-2016-e-dal-dm-salute-70-2015/view>. (acessado em Dez/2019).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT) b. Decreto Regional n.221 de 06 de março de 2015 – “Requisiti Specifici Per L'accreditamento Del Dipartimento Di Cure Primarie”. http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/accreditamento_dipartimento_cure_primarie/view. (acessado em Dez/2019).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT). Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari Regione Emilia-Romagna. Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli Ospedali di Comunità in Regione Emilia-Romagna. Documento programmatico. 2016.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (IT). Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali. (2019) <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cure-intermedie-sirco>. (acessado em: Dez/ 2019).

SANTOS; B.V. (org). A globalização e as ciências sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

SIGMOND, R.M. Re-examining the Role of the Community Hospital in a Competitive Environment: The Michael M. Davis Lecture. Chicago: University of Chicago, 1985.

QUARANTA I. Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria. In: Pellicchia U, Zanotelli F. La Cura E Il Potere Salute Globale, Saperi Antropologici, Azioni Di Cooperazione Sanitaria Transnazionale. Firenze: ed.it, 2010. p.89-104.

WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action: global report. 2002. <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccgglobalreport.pdf?ua=1> (acessado em Out/2019).

WHO. Primary Health Care: now more than ever. WHO Report 2008. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/C_17_minpag_969_documenti_documento_14_fileAllegatoDoc.pdf. (acessado em Out/ 2019).

SUSTENTABILIDADE INSTITUINTE DO SUS E OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Túlio Batista Franco

Introdução: um pouco de história

“Sustentabilidade instituinte” é o conceito que venho propondo há algum tempo, para dizer que o Sistema Único de Saúde se sustenta se tiver a capacidade de mudança contínua, ou seja, não se acomodar no instituído, ou, no que já foi construído ou conquistado como direito, materialidade, institucionalidade. Então a inquietude seria nosso *modus vivendi*, estaríamos permanentemente buscando inovações que superassem o *status quo*, o que supõe uma grande capacidade de pensar novas perspectivas para o SUS, seja no seu modelo de funcionamento da gestão e assistência acoplados entre si, quanto no aspecto cotidiano da produção do cuidado. Desfazer e refazer mundos é a sina de uma política social vigorosa, e é assim que pensamos a dinâmica cotidiana de construção do SUS.

Foi com este pensamento que em 2016 no contexto da cooperação entre a Universidade Federal Fluminense, com a Universidade de Bolonha e Região Emilia-Romagna na Itália, estivemos pela primeira vez no Ospedale di Comunità (OsCo) della Casa della Salute (Hospital Comunitário da Casa de Saúde) “Regina Margherita” de Castelfranco Emilia. Por um período do dia foi possível visitar as dependências da Unidade e reunir com a equipe técnica a fim de discutir os aspectos referentes ao acesso, funcionamento, fluxos assistenciais, e o processo de trabalho no cuidado aos usuários.

O Hospital Comunitário é um dispositivo de cuidados intermediários, entre muitos outros, que se situa entre a Rede Básica e Hospitalar, e tem como missão institucional o cuidado aos usuários sob acompanhamento da Atenção Básica, que apresentam sinais de agudização, ou agudizam; e aqueles egressos de internação hospitalar mas ainda com baixa autonomia e sem possibilidade de retorno ao domicílio. No fluxo pactuado, o Médico de Medicina Geral que acompanha o usuário seria o responsável pela continuidade do cuidado no OsCo, a gestão da Unidade ficaria geralmente ao cargo da enfermagem, e o projeto

terapêutico a ser executado é multiprofissional, decidido junto com o usuário e sua família, e com uma expectativa de resultados em até o máximo de 6 semanas. Neste período seria dada a Alta Segura, quando o fluxo é pactuado entre a equipe do Hospital Comunitário e a família ou cuidador no domicílio; ou alta protegida na qual há uma continuidade do cuidado em domicílio, pela equipe do próprio Hospital, ou contratualizada por este. O objetivo seria trabalhar principalmente a recuperação e reabilitação, garantindo as condições para que os usuários retornassem ao domicílio após o breve período de permanência na Unidade.

Chamaram a atenção algumas questões do funcionamento e processo de trabalho do Hospital Comunitário, que diferenciam do que havíamos organizado no Sistema Único de Saúde até então. Por exemplo, mesmo que estruturados para o cuidado aos usuários em um quadro “subagudo”, “agudo” ou “egressos”, eram leitos vinculados à Atenção Básica, ou seja, isto garantiria aos serviços organizados no território, um escopo de atribuições muito maior do que até então se havia pensado para a Atenção Básica.

Além de leitos junto à Atenção Básica, o fato do médico de medicina geral assumir o acompanhamento do usuário a ele vinculado, na continuidade do cuidado no Hospital, também era algo inusitado, pois isto revelava um vínculo com alto grau de responsabilização sobre os usuários. A gestão da enfermagem, com cuidado multiprofissional, e o processo de trabalho com uso sistemático das tecnologias leves, vão compor uma concertação entre os dispositivos de cuidado, que trazem à cena elementos novos para se pensar a produção do cuidado na Atenção Básica, incorporando um novo elemento aos cuidados intermediários.

Os cuidados intermediários são constituídos de muitos dispositivos, dos quais vários em franca operação no Sistema Único de Saúde, como o Serviço de Atenção Domiciliar, Programa Melhor em Casa, alguns serviços de Hospital Dia, Cuidados “Paliativos”, entre outros. Mas, leitos vinculados à Atenção Básica, instituído como política, incorporando o rol de procedimentos dos serviços territoriais, era algo inusitado. E isto confere uma mudança importante no conceito e prática na rede de saúde, especialmente na Atenção Básica, pois em geral as atribuições e os equipamentos são claramente tipificados, e estratificados para determinadas funções específicas. O Hospital Comunitário mexe nos padrões até então concebidos de organização da rede de saúde. Com eles, a possibilidade

de uma Rede Básica mais robusta, pujante e resolutiva torna-se uma realidade. Além destes, outros elementos vão colocar na ordem do dia a possibilidade de constituição de serviços de Cuidados Intermediários, junto ao SUS, como por exemplo, a prioridade em dispositivos relacionais, de reabilitação, previsibilidade de alta, pactuação de projetos terapêuticos com usuários e os familiares. Enfim, há um campo de possibilidades informadas pela experiência da Região Emilia-Romagna na Itália, que se torna um atrativo para o SUS.

A partir da observação e posterior estudo da experiência de Hospital Comunitário de Castelfranco Emilia (Itália), surge a ideia de no Brasil, pensarmos modalidades inovadoras de organização dos serviços. Uma Atenção Básica na qual estivesse acoplada uma rede de Unidades de Cuidados Intermediários, que poderia ser o Hospital Comunitário, priorizando um modo de produção do cuidado centrado nas tecnologias leves, com o cuidado integrado aos projetos terapêuticos multiprofissionais. As terapias integrativas nas suas diversas propostas, a arte em suas muitas modalidades poderiam ser incluídas sempre que possível. Enfim, pensamos um processo aberto, em construção permanente, de possibilidades de cuidados continuados à Atenção Básica e Hospitalar, contando com uma ampla rede formada a partir dos fluxos e conexões no âmbito da micropolítica do processo de trabalho.

A experiência de Hospital Comunitário é amplamente difundida na Europa, como demonstra a experiência italiana, o National Health Service (NHS), o Serviço Nacional de Saúde inglês (PIERI, 2016), o serviço de saúde da Noruega (GARÅSEN, 2020), entre outros como pode ser visto em Tritany (2019).

Foi enxergando a possibilidade de aumentar as possibilidades de cuidado do SUS, e em especial o fortalecimento da Atenção Básica, com inovações introduzidas na questão geral dos Cuidados Intermediários, que a proposta de constituir Unidades de Cuidados Intermediários ganhou força no Brasil. A possibilidade de cuidar também do semiagudo a partir de uma referência territorial, e a perspectiva de continuidade do cuidado atraiu a atenção para a possibilidade de fortalecer os cuidados intermediários, em especial Unidades como o Hospital Comunitário, junto às redes do SUS.

No caso brasileiro surgiu outra questão absolutamente importante. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2019) o país conta 7.062 Hospitais,

sendo que 5.287, 73,4%, são Hospitais de Pequeno Porte (1 a 49 leitos) - HPP, dos quais 3.300 são de natureza pública. Estes hospitais em geral com baixa densidade tecnológica, pouca resolutividade, têm também uma baixa taxa de ocupação (30% em média). No sistema atual de financiamento do SUS, em que prioriza o pagamento por procedimentos, estes Hospitais contam com baixo repasse financeiro e encontram grandes dificuldades de sustentabilidade. Operam com base em um custo muito alto, em razão dos serviços que oferecem à população.

Foi avaliando este cenário, associando-o à possibilidade e necessidade de uma rede de Unidades de Cuidados Intermediários, que propomos a reconfiguração dos Hospitais de Pequeno Porte neste tipo de Unidade. Esta mudança se daria respeitando obviamente a necessidade de cada local, mantendo os serviços que eventualmente são únicos ou imprescindíveis àquela comunidade. Isto significa que cada projeto de reorganização dos HPP's será único, singular, e construído de forma pactuada com os trabalhadores e usuários do mesmo. Uma reconfiguração deste tipo colocaria o Hospital em conformidade com as necessidades reais da população ao qual ele assiste, ampliaria o leque de ofertas de serviços, atuaria como auxiliar à Rede Básica e Hospitalar, operando cuidados em reabilitação e recuperação, com possibilidade de assistir pessoas em condições crônicas que tenham agudizado, egressos com baixa autonomia, em um cardápio de ofertas de serviço muito ampliado. O HPP teria a possibilidade de atuar em rede, potencializando todo sistema de saúde loco-regional.

A oferta de uma experiência de Cuidados Intermediários como a do Hospital Comunitário, associada à possibilidade de um equipamento como este constituir a rede de cuidados do SUS, além da necessidade emergente de uma reconfiguração dos HPP's, serviram como ingredientes para gestar uma proposta de construção de um projeto mais amplo no interior da Cooperação entre a Universidade Federal Fluminense, Universidade de Bolonha, Região Emilia-Romagna (UFF-UNIBO-RER), que significasse avançar na direção dos Cuidados Intermediários, tanto na sua compreensão, através de pesquisas a serem feitas no Brasil e Itália, quando efetivamente a produção de uma experiência nesta direção.

Após a visita ao Hospital Comunitário de Castelfranco em 2016, realizamos estudos preliminares sobre a experiência tomando inicialmente como fonte a documentação gerada pela *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale*

e o *Servizio Sanitario Regionale de Emilia-Romagna, Itália*. Ao mesmo tempo novas discussões se desenvolveram em 2017, que culminaram com o encontro do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, realizado juntamente com o Encontro Regional Sudeste da Rede Unida, nos dias 10 e 11 de novembro de 2017 na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Neste encontro estiveram presentes membros da Rede Unida, do Laboratório e a delegação italiana representando a *Agenzia* e o *Servizio Sanitario Regionale*.

No ano de 2018 a proposta da cooperação evoluiu para a construção de uma experiência concreta, contando com o apoio fundamental da Região Emilia-Romagna que possibilitou a apresentação de um projeto para co-financiamento de uma experiência piloto a ser desenvolvida nos municípios de Niterói e Nova Friburgo no estado do Rio de Janeiro. Através da *Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau* (AIFO), Organização Não Governamental italiana, apresentamos um projeto para execução da proposta de Cuidados Intermediários, que contou com a cooperação na sua execução da entidade brasileira, Brasil Saúde e Ação (BRASA).

O projeto RERSUS – “Cuidados Intermediários: troca e transferência de tecnologias de gestão entre Brasil e Itália, tem como principal objetivo favorecer o desenvolvimento e aquisição de competência organizacionais e de gestão” para o serviço de saúde, em especial os a Atenção Básica. Se constituiu em dois componentes. O primeiro, o Curso de Aperfeiçoamento “Gestão em Saúde: Cuidados Intermediários e Atenção Básica”, de 180 horas, executado pela Universidade Federal Fluminense, com parceria da UFRJ e UNIRIO, e pela Região Emilia-Romagna na Itália; e o segundo componente seria a instalação de uma Unidade de Cuidados Intermediários inspirada no modelo italiano de Hospital Comunitário, mas adaptada ao regramento do Sistema Único de Saúde, e às condições locais. Esta Unidade seria instalada, por decisão do gestor do SUS em Niterói, no Hospital Municipal Carlos Tortelly.

Nos dias 29 e 30 de novembro de 2018 realizou-se na Universidade Federal Fluminense o “Seminário Internacional Reformas Sanitárias Italiana e Brasileira: trajetórias e perspectivas”, contando com ampla participação de estudantes, professores e trabalhadores do SUS, como também da delegação da Região Emilia-Romagna na Itália. Este evento serviu para assentar as

bases do projeto RERSUS já no seu início, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, através da Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência – VIPAHE elaborou o projeto técnico da Unidade de Cuidados Intermediários a ser instalada em Niterói. De forma compartilhada entre UFF, SMS-Niterói e RER na Itália, traçamos as primeiras diretrizes do Curso de Aperfeiçoamento a ser ofertado aos trabalhadores e gestores do SUS e da Região Emilia-Romagna.

Ideias Iniciais sobre Cuidados Intermediários

Este artigo pretende discutir a experiência do Projeto Estratégico – “Cuidados Intermediários: Troca e Transferência de Instrumentos de Gestão entre Itália e Brasil” (RERSUS), que teve inspiração na experiência desenvolvida na Região de Emilia-Romagna na Itália, de implantação dos Hospitais Comunitários.

Como dito anteriormente, são equipamentos considerados de cuidados intermediários, que se organizam entre a Atenção Básica e Hospitalar, com a missão institucional de cuidar de pessoas em condições crônicas, com sinais de agudização, ou em estado semi-agudo ou agudo, e egressos de internação hospitalar ainda com baixa autonomia, e que não podem ficar sob cuidados da Atenção Básica. Neste sentido, são encaminhadas ao Hospital Comunitário para um período de recuperação ou reabilitação, ao final do qual ela, em adquirindo autonomia suficiente, retorna ao domicílio.

A princípio pensamos que temos a partir da questão dos cuidados intermediários, duas possibilidades importantes para pensar o tema da Atenção Básica (AB). A primeira, os cuidados intermediários podem servir para ampliar o escopo da AB, ou seja, aumentar suas atribuições no interior da rede de serviços de saúde. Neste sentido a AB, assumindo pra si os cuidados intermediários, e tendo equipamentos dedicados à recuperação e reabilitação de usuários com baixa autonomia, como o semi-agudo, ou egressos de internação, demonstraria maior resolutividade, mais capacidade de produzir o cuidado, e com maior presença na rede de saúde, se habilitando para de fato, organizar os fluxos assistenciais e linhas de cuidado.

A segunda questão parte de uma constatação já discutida no âmbito do tema da micropolítica do processo de trabalho e cuidado (MERHY, 2002; FRANCO & MERHY, 2013), que não é suficiente a mudança de um modelo ou forma de organização dos serviços, para de fato proceder a uma reorganização do modo de produzir o cuidado. Neste sentido, é preciso haver uma reconfiguração dos processos de trabalho, colocando como central do seu núcleo de tecnologias de trabalho, as tecnologias relacionais, ou “leves”, operando com as demais ferramentas, associadas a uma implicação do trabalhador, com o problema de saúde do usuário. Vários dispositivos têm sido utilizados para isto, com por exemplo, o acolhimento, estabelecimento de vínculo, compromisso com o problema de saúde, solidariedade, generosidade, acompanhamento no seguimento do cuidado, etc... Isto de fato pode contribuir para constituir um serviço que muda a produção do cuidado.

Enfim, a possibilidade de pensar uma diretriz estratégica de constituição da AB, considerando a ampliação do seu escopo de atribuições, um serviço centrado nas tecnologias leves, implicado com o problema de saúde do usuário, foi a motivação adicional para investirmos em um projeto, que experimentasse a ideia de cuidado intermediário no Brasil, tendo como foco um serviço como o “Hospital Comunitário” da Região Emilia-Romagna. Trata-se de um dispositivo que tem leitos de internação vinculados à Atenção Básica, portanto, uma inovação para o Sistema Único de Saúde, onde há uma separação clara entre os atributos da Atenção Básica, serviços hospitalares, e de urgência e emergência, mesmo que estes se constituem em rede.

O principal recurso para desenvolver o projeto de implantação dos Cuidados Intermediários foi um processo formativo, conduzido conforme o conceito de Educação Permanente. Foi utilizando pedagogias ativas, com implicação dos trabalhadores da Rede de Serviços de Saúde, estudos de situações e casos que desafiam as equipes a cada dia, que tudo foi acontecendo. Foram utilizados vários dispositivos, ferramentas, que possibilitaram processos de análise e autoanálise das equipes participantes das atividades formativas. Vamos discutir nossa discussão tomando como base o desenvolvimento do processo de pensamento em uma experiência como esta, e a forma como isto produz efeitos para o cotidiano das práticas de cuidado, a formação, e as ações do grupo.

O Início do Projeto: Para Onde Vamos?

Um dos princípios do Planejamento Estratégico Situacional - PES (MATUS, 1987) diz que o futuro é carregado de incertezas, então, o PES serviria para reduzir o grau de incerteza sobre o futuro, construindo um caminho virtuoso para o projeto, o qual se está planejando. Ao mesmo tempo o autor já anunciava a ideia segundo a qual, o próprio projeto modifica as situações no cenário em que ele se realiza, e esta mudança produz novos desafios que requerem pensar novas ações de enfrentamento dos mesmos, buscando a “imagem objetivo”, que seria o futuro, pensado na forma e conteúdo como resultado do projeto então em desenvolvimento. Matus ainda identifica que os atores presentes na cena social e política onde se faz uma intervenção através de um projeto de governo, têm diferentes análises sobre os cenários em que se encontram. Isto resulta em múltiplas formas de atuar e intervir sobre a realidade, procurando cada um viabilizar o “seu” próprio projeto, ou seja, ao fim e ao cabo há um jogo em cena onde cada um é ativo, e produtivo diante das possibilidades de governo das organizações. Ou seja, todos governam, pois têm variadas formas de atuar de modo implicado sobre a realidade na qual se encontram, e modificá-la.

Matus nos dá duas pistas importantes para pensar o jogo permanente de construção da realidade: a imprevisibilidade do futuro, a centralidade do protagonismo das pessoas nessa construção e a multiplicidade de possibilidades constituídas a partir da ação de cada pessoa que se encontra no cenário de disputas de determinado projeto.

A estas ideias iniciais sobre a produção do mundo no qual se vive, é importante acrescentar que o reconhecimento de que todos governam supõe que, cada realidade é o resultado de uma intensa atividade cotidiana, uma micropolítica. E quando se trata do campo do cuidado em saúde, esta micropolítica está vinculada especialmente à organização do processo de trabalho; às tecnologias de trabalho, incluindo além das mais estruturadas (duras), o conhecimento técnico (leve-duras) e as relacionais, não materiais, (leves) (MERHY, 2002); à produção subjetiva do cuidado que diz respeito ao modo como cada pessoa significa o mundo do trabalho em saúde e nele intervém (FRANCO, 2011). Esta intervenção tem o agenciamento do desejo, que atua como uma força propulsora que coloca

as pessoas em movimento produtivo, neste caso, de construir redes no ambiente de trabalho, ativar linhas de cuidado, assim como deve ter também a implicação no ato de acolher, se vincular e acompanhar o usuário no seu processo de cuidado.

Então, ao instrumental técnico que o autor propõe, seria necessário agregar ferramentas de ativação dos processos de subjetivação, como elementos constitutivos da potência que cada pessoa carrega para atuar no mundo da vida.

Percebemos, portanto, que a melhor forma de enfrentar esta questão é reconhecer que um projeto se produz também, a partir da própria experiência de sua construção, ou seja, os movimentos de velocidade e força, associados aos de intensidade como produção subjetiva, na sua construção, são parte de um aprendizado permanente.

A experiência cotidiana de construção se dá sempre com base no encontro, entre trabalhadores, destes com os usuários, e podemos também reconhecer, como sugere Spinoza, citado em Deleuze (2002) que este encontro pode ser também com uma ideia, conceito, normas ou regras. Enfim, é no encontro que se produz a potência necessária para a produção de novas possibilidades de organização de redes, conexão e fluxos entre trabalhadores, para a produção do cuidado (FRANCO, 2006; MERHY et al, 2014)

Assim, não há modelo, nem técnica que seja autossuficiente, mas é a permanente possibilidade de análise e autoanálise das próprias experiências em curso, a ativação das forças produtivas nas equipes de saúde, o alcance de territórios existenciais que resignificam o cuidado em saúde, vão orientando o caminho a seguir.

Neste sentido pensamos que a construção de redes de serviços de saúde, inclusive os cuidados intermediários, é uma produção sócio-afetiva, isto, é, que além de social com todas as implicações das relações de trabalho, institucionais e de comunidade, é também subjetiva, ou seja, infere sempre ao modo como uma pessoa significa o mundo no qual vive. Assim, envolve além do conhecimento da realidade, a ativação que esta mesma produz nas pessoas que ali se encontram. Portanto elas vão realizar e construir o seu projeto, a partir do seu lugar de trabalho, interagindo com tudo o que há em torno de si, coletivos de trabalhadores, normas e regras, conceitos, coisas. Enfim, a própria experiência proporciona uma percepção singular sobre os acontecimentos, e da mesma forma, uma atuação específica de cada pessoa no cenário da construção do projeto.

Admitimos a ideia segundo a qual a realidade é disruptiva pelos seus próprios movimentos, e está em permanente processo de constituição de novos territórios, a partir da ação permanente das pessoas quando em atividade. É o movimento próprio da produção da vida, a partir do lugar que cada pessoa ocupa no seu espaço social e afetivo.

Os cuidados intermediários precisam supor a mudança dos paradigmas atuais de produção do cuidado. Mas, para isto, não basta organizar os novos dispositivos como equipamentos, ou, modos alternativos de organização de fluxos assistenciais, como já dito aqui, é no campo da micropolítica que se consolida um processo de mudança. E a ativação necessária é proporcionada pelo pensamento, ou seja, importa fazer um trabalho genealógico, de busca da origem dos conceitos que habitam o pensamento sobre o cuidado em saúde, por exemplo, a fim de modificá-los, ou produzir novos conceitos.

Neste sentido é que pensamos, por exemplo, que o trabalho nos serviços de saúde tem como centro o cuidado de um corpo. É importante se colocar a questão: o que é um corpo? Na resposta a esta questão acessamos o conceito do Spinoza (1982), segundo o qual o corpo é uma potência. Ora, se é uma potência, é muito mais do que a massa biológica que carregamos, há também um corpo afetivo, sensível, que habita nosso organismo. Então, lidar com este corpo requer também o conhecimento sobre suas percepções sensíveis do mundo, da saúde e doenças, dos lugares por onde passa, enfim, é preciso acessar sua subjetividade. Por este parâmetro, a ideia de projeto terapêutico, e de fragilidade de um corpo mudam completamente em relação ao conceito convencional que remete o corpo à ideia restrita da “anátomo-fisiologia”¹.

Portanto, atualizar o conceito de corpo remete imediatamente a mudar as práticas de cuidado, porque se reconhecemos, como nos diz Deleuze (1987), que o nosso organismo é formado por “um corpo com órgãos e um corpo sem órgãos”, isto significa que o diagnóstico, análise de risco e projetos terapêuticos do usuário, têm necessariamente que contemplar estas dimensões, todas elas muito complexas, da pessoa. Assim, para além do corpo “anátomo-clínico” que possuímos, é fundamental para as práticas de cuidado, considerar as subjetividades presentes

1 Sobre o conceito de corpo afetivo e produção do cuidado, ver: Franco, TB e Galavote, HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco, TB e Ramos, VC. “Semiótica, Afeto e Cuidado em Saúde”. Hucitec: São Paulo, 2010.

em todo processo assistencial, que se dá na relação entre os trabalhadores, ou destes com os usuários.

A discussão sobre o processo de trabalho remete também a diversas formas de reestruturação produtiva do cuidado, conduzidos e entendidos por nós sempre a partir da mudança no âmbito da micropolítica do encontro. É no encontro que há alta intensidade nas trocas afetivas, capazes de potencializar um processo de cuidado em curso.

Falando sobre os cuidados intermediários

O conceito já é suficientemente discutido, os cuidados intermediários neste caso, estão localizados entre a Atenção Básica e Hospitalar, faz rede com todos os serviços de saúde. Sua missão primordial é de trabalhar a recuperação e reabilitação de pessoas eventualmente em condições crônicas e que apresentam sinais de agudização, ou, egressos de internação com baixa autonomia.

Mas, para além de compreender o significado, gostaríamos de discutir o funcionamento de um serviço sob seu impacto, e principalmente uma Unidade de Cuidados Intermediários como o Hospital Comunitário na Itália, experiência que é também de vários sistemas de saúde da Europa. Estamos falando de algo inusitado pelo menos no cenário do Sistema Único de Saúde, que são leitos vinculados à Atenção Básica, salvo algumas poucas experiências similares conhecidas no Brasil. Hoje não é assim, mas ao pensar o modelo italiano podemos ousar imaginar este tipo de configuração.

Um olhar atento sobre os fluxos assistenciais ou linhas de cuidado que são operadas pelas pessoas que trabalham na Unidade, nos revelam a micropolítica do processo de trabalho, as relações, ideias e conceitos que agenciam as práticas de cuidado no seu cotidiano. A história de um serviço de saúde, especialmente considerando o protagonismo de trabalhadores e usuários que ali se encontram, é contada pelo seu “funcionamento”.

A implantação de uma Unidade de Cuidados Intermediários como está aqui descrita, vai produzir uma mudança nos processos de trabalho na rede de saúde, ou seja, uma reestruturação produtiva se coloca no horizonte, como possibilidade de reconfiguração dos fluxos assistenciais, contando com este

novo dispositivo. Isto acontece principalmente porque há uma reorganização do processo de trabalho, especialmente no âmbito da sua micropolítica, que tem efeitos sobre o modo de produzir o cuidado.

A ‘reestruturação produtiva’ é a resultante de mudanças no modo de produzir o cuidado, geradas a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais (MERHY e FRANCO, 2020).

As mudanças nas práticas de cuidado podem ser disparadas a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidar, nas maneiras de organizar o processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais no modo de cuidar do outro. Isto é, processos de subjetivação alteram os modos de enxergar e de valorizar a vida do outro, também podem determinar uma ‘reestruturação produtiva’, desde que alterem o modo de produzir o cuidado. A ‘reestruturação produtiva’, como é um processo, pode ocorrer de forma desigual e em diversos graus de mudança no modo de cuidar. (MERHY e FRANCO, 2020).

Neste sentido podemos associar, por exemplo, o conceito de corpo às práticas de cuidado e à clínica, como já mencionado. Se o corpo é entendido como uma estrutura, “anátomo-clínico” (FOUCAULT, 1980) o cuidado vai ser dar centrado no conhecimento biológico do corpo; por outro lado, se é entendido também como um corpo afetivo, sensível, as práticas devem envolver um projeto terapêutico direcionado para a existência da pessoa no mundo, considerando todas as dimensões da produção da sua vida. Ou seja, os conceitos ou o pensamento agenciam as práticas de cuidado, desde que sejam “in-corporados” pela pessoa, ou seja, passam a fazer parte do seu corpo, como entendimento e afeto, é um componente de si.

Quando mencionamos o conceito de corpo afetivo, como complementar ao corpo anátomo-clínico, especificamente o reconhecimento do afeto como algo que compõe o corpo, nos remete a um pensamento diferente do convencional, que só reconhece o que tem materialidade. Neste caso falamos de um corpo imaterial, e para reconhecê-lo e operar com ele é necessário admitir uma outra estética do conhecimento, ou seja, um conhecimento que tem a forma dos fluxos afetivos, um conhecimento do corpo afetivo, como diz Spinoza (2004), lidamos neste caso com a “ciência intuitiva”.

A Estética do Conhecimento e o Projeto RERSUS

O curso de Aperfeiçoamento em “Gestão em Saúde: Cuidados Intermediários e Atenção Básica” teve o objetivo de apresentar a proposta de Cuidados Intermediários com base no dispositivo Hospital Comunitário, considerando a experiência italiana e europeia, e, preparar os trabalhadores para receberem a Unidade de Cuidados Intermediários a ser instalada. Havia a ideia de troca e transferência de tecnologias de gestão do cuidado entre a Itália e Brasil, e por isto foram programados seminários internacionais online durante o curso, com participação das 3 turmas então em funcionamento, Niterói, Nova Friburgo no Rio de Janeiro, e Emilia-Romagna na Itália.

Tudo isto representava um processo de mudança na rede de serviços, não apenas porque se tratava de uma nova Unidade, mas fundamentalmente porque, esta Unidade deveria ter o seu processo de trabalho, organizado com centralidade das tecnologias leves. Portanto isso constitui um valor a ser observado, e neste sentido, tem-se a expectativa de que, a mudança do serviço deve ser vista como um efeito de um processo que além da produção do lugar de cuidado, é também de construção de si, com base em agenciamentos das experiências, que são produzidas no trabalho de construção do projeto de mudança das redes de saúde.

Para pensar o processo de formação fez-se opção pelas pedagogias ativas, onde todos aprendem a aprender, enfim, são orientados a pesquisarem e buscarem o aprendizado com sua própria experiência. Mas, enfim, porque a própria experiência é considerada tão fundamental no processo de formação?

Neste ponto tomamos como fundamental a seguinte questão: o que é conhecimento? E para discuti-la tomamos de empréstimo o conceito de conhecimento em Spinoza (2004) no qual ele trabalha com três categorias, ou, gêneros do conhecimento: O primeiro gênero de conhecimento se refere à ideia inadequada, formada a partir de uma explicação equivocada do acontecimento; o segundo gênero diz respeito ao conhecimento estruturado, científico; e o terceiro gênero nos fala do conhecimento do corpo sensível, afetivo, subjetivo. Spinoza formula o conceito de “ciência intuitiva”, o qual reúne o segundo e terceiro gêneros do conhecimento, o conhecimento científico estruturado, e o conhecimento intuitivo, do corpo afetivo. Este se produz a partir dos múltiplos encontros que

a pessoa tem, inclusive consigo mesma em suas próprias experiências. Este conhecimento que é transmitido pelos afetos, é o modo como o corpo afetivo aprende, e funciona. Por este mecanismo se dá o que podemos chamar de processo de subjetivação, que é a mudança da subjetividade, que incide sobre os valores, o pensamento, e modos de significar o mundo que nos cerca².

Com base nestes conceitos se estrutura um curso que tem nas múltiplas formas da experiência de trabalho o principal insumo do processo de ensino e aprendizagem. Através de discussões de “casos”, ou seja, os modos como as pessoas são acolhidas, e percorrem as linhas de cuidado; o processo de trabalho; as relações de rede entre trabalhadores e destes com usuários; fluxos assistenciais; conflitos, etc... são elementos que expõem para os próprios trabalhadores a sua prática cotidiana. Nesse sentido se assemelha ao que a Projeto que criou a Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem) propôs para a formação médica no final dos anos 1990, a pedagogia do “fator de exposição”. Neste sentido propomos que o trabalhador olhe para si mesmo e seu processo de trabalho quando vai discutir a sua própria formação.

A título de conclusão: A micropolítica da mudança no Hospital Comunitário

O percurso formativo foi extremamente significativo, relevante, ativou vários coletivos de trabalhadores, e formulou conceitos importantes. Na turma que se reuniu na Emilia-Romagna, sob a coordenação de Mirian Ribeiro, Vanessa Vivoli e Maria Augusta Nicoli, por exemplo, formularam o conceito de “macrotransições” (RIBEIRO, 2019), como dispositivos que impulsionam processos de construção e mudança nos Hospitais Comunitários.

O que dá vida ao Hospital Comunitário e aos Cuidados Intermediários são as centenas de trabalhadoras e trabalhadores que fazem funcionar o Hospital no seu cotidiano. São eles que estabelecem os fluxos, fazem funcionar as linhas de cuidado, efetivamente dão vida ao OsCo. Toda análise a ser feita precisa colocar no centro o protagonismo das pessoas, sejam trabalhadores, usuários ou familiares.

A existência do Hospital Comunitário se vincula a esta atividade cotidiana.

² Ver: Franco, Túlio Batista. A Ética em Pesquisa e a Estética do Conhecimento. Revista Brasileira de Sociologia, V. 3, N. 5. (2015). Disponível em <http://www.sbsociologia.com.br/rbsociologia/index.php/rbs/article/view/157/0>.

A cada macrotransição é necessário pensar a micropolítica desta transição, aí nós teríamos a possibilidade de visibilizar os arranjos nos cenários de práticas, e os movimentos cotidianos entre os trabalhadores na direção da mudança, como os movimentos de “velocidade”, que ativam as vontades para as mudanças; e “intensidade”, o que muda na essência e subjetividades vibrantes, transforma, porque opera no plano dos processos de subjetivação. A micropolítica indica possibilidades cotidianas e criativas de realização do novo.

Este talvez seja o maior desafio para pensar uma continuidade ou novo projeto como o RERSUS, tomar como objeto a micropolítica das macrotransições, por exemplo, quando cita as “alianças entre instituições”, nos estimula a pensar o instituinte possível destas instituições; as ideias de “estruturar a assistência” remetem para as lógicas das conexões e fluxos entre trabalhadores, usuários, familiares e símbolos territoriais; “definir a função do OsCo”, “construir a identidade”, “estar na rede”, seriam eu diria, as questões que deveriam nos estimular em primeiro lugar a entender a ação cotidiana de cada trabalhador, a partir do seu lugar de trabalho, na produção cotidiana do Hospital Comunitário, tomando por referência os enunciados da macrotransição.

Nós estamos falando em compreender o processo de trabalho no plano da sua micropolítica. E onde se situa o trabalho e a produção do cuidado, no cotidiano? No encontro. O trabalho se desenvolve no encontro entre os trabalhadores, deste com os usuários, e tudo e todos que estão na cena de produção do cuidado.

O encontro e em especial o espaço ENTRE aqueles que se encontram, é o lugar onde tudo acontece, o acolhimento, compromisso, vínculo, estabelecimento dos projetos terapêuticos, o cuidado em si.

Isto é de alta complexidade, porque um encontro entre trabalhadores e usuários, é atravessado pelo conhecimento, tem a mediação das tecnologias de trabalho em saúde, e especialmente, nele se apresentam as expressões dos afetos dos que se encontram, é o momento onde estes corpos podem se compor, não compor, ou compor parcialmente. Com efeitos sobre os processos de cuidado.

Então, estamos diante deste mundo, e é a ele que devemos dar visibilidade, interagir, implicar, criando o ambiente para a mudança. Educação e trabalho são expressos práticas de uma mesma realidade, que se dão ao mesmo tempo, porque o exercício de compreender, é uma experimentação deste mundo do cotidiano, e como experimentação, ele já infere intervenção e interferência sobre os processos existentes.

Referências

- BARUCH, S. Ética. Assírio e Alvim: Lisboa, 1982.
- BARUCH, S. Tratado da Reforma da Inteligência. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1980.
- FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1980.
- FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) , Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.
- FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C. "Semiótica, Afeto e Cuidado em Saúde". São Paulo: Hucitec, 2010.
- FRANCO, T. B. A Produção Subjetiva do Cuidado. Hucitec: São Paulo, 2011.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
- GARÅSEN, H.; WINDSPOLL, R.; JOHNSEN, R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *Londres: BMC Public Health* . 2007; 7: 68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/#idm140430022376160title> (acesso em setembro de 2019).
- DELEUZE, G. Espinosa, filosofia prática. São Paulo: Ed. Escuta, 2002.
- DELEUZE, G. Mil Platôs 5. São Paulo: Editora34, 1997.
- MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília: Ipea, 1987.
- MERHY, E.E; (et al). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgacao em Saude para Debate*. Vol. 52. 2014.
- MERHY, E. E. Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Pieri, G. L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza. Tese de doutorado apresentada junto à Universidade de Bologna. Bologna, 2016.
- RIBEIRO, M.C. Projeto de Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Apicada e Saúde Coletiva (UFJR, UFF, UERJ, ENSP). Niterói, 2019.
- TRITANY, E. Cuidados Intermediários E Hospitais Comunitários: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Multiprofissional. UFRJ, Rio de Janeiro, 2019.

TRABALHO DE PROXIMIDADE E CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DE UM PONTO DE VISTA ANTROPOLÓGICO

Ivo Quaranta

Os Hospitais Comunitários (OsCo), como é de conhecimento, nasceram como parte de um processo de adaptação dos serviços de saúde às necessidades determinadas pelas mudanças demográficas e epidemiológicas que têm afetado as nossas sociedades nas últimas décadas, com uma maior longevidade aliada a condições crônico-degenerativas e maior fragilidade num contexto de crise de bem-estar doméstico que tradicionalmente tinha servido como um contexto de apoio e cuidados.

Este processo, porém, é simplesmente de natureza reorganizadora: quer ser, como também indica Túlio Franco, uma oportunidade de tornar concebíveis e praticáveis outras formas de conhecimento, geralmente não utilizadas em serviços de saúde e sociossanitários, mas emergentes como determinantes no campo dos cuidados intermédios e dos hospitais comunitários. Portanto, para considerar estas formas de conhecimento, é necessário engajamento em um exercício de autorreflexão.

A primeira transição sobre a qual é importante refletir para entender como realmente dar às luz novas formas de conhecimento no contexto do Hospital Comunitário é a que nos leva a considerar a necessária transição da patologia para a experiência da doença (KLEINMAN, 1980). Sabemos muito bem o quanto os cursos de formação na área médico-sanitária estão essencialmente centrados na patologia e no seu tratamento, enjaulando o raciocínio a ponto de a própria saúde correr o risco de ser pensada a partir da doença (FRENK, 2010). De fato, a saúde é muitas vezes definida como a ausência de doença ou doença como a ausência de saúde: isto leva-nos a conceber a ideia de promoção da saúde através de uma ação para combater a doença.

Por outro lado, se libertarmos o campo da ideia de que a doença coincide com a patologia, e passarmos a enxergar a definição da patologia como sendo extremamente reducionista, ganharemos uma margem de ação que anteriormente nos era vedada. Dito de outra forma: a patologia é uma dimensão da experiência da doença. Se os cuidados se concentrarem exclusivamente na patologia, os Hospitais

Comunitários só serão minimamente capazes de responder às necessidades das pessoas a que se referem.

Esta mudança da patologia para a experiência, implica inevitavelmente outra mudança: a transição da cura para o cuidado (MOL, 2008; QUARANTA, 2012;). O modelo terapêutico centrado na patologia visa propor um resultado curativo, ou seja, combater a doença. Se, como muitas vezes acontece no contexto dos Hospitais Comunitários, estamos lidando com pacientes incuráveis, isso significa que devemos abrir mão de qualquer margem de eficácia? Claramente não. A transição da cura para o tratamento torna claro para nós que por mais que tenhamos pacientes “incuráveis”, nunca teremos pacientes “*incuidáveis*”³ (PIZZA, 2005).

A cura pode ser um dos resultados de uma relação de cuidado, mas o oposto não é necessariamente verdadeiro (QUARANTA, MINELLI, FORTIN, 2018). Um modelo centrado no cuidado não é um modelo de exclusão: é um modelo que claramente inclui também o que a técnica, com todo o seu potencial, pode gerar em termos de benefício. Mas o oposto não é de todo verdade. Não é de modo algum verdade que uma intervenção centrada na patologia também gera “cuidado”.

Para argumentar sobre a “cura” temos inevitavelmente que falar sobre as relações de cuidados. A cura é um processo “cuidador”, é um “entrar numa relação com” (KHUSE, 2000).

Se o modelo centrado na patologia acredita que a compreensão da doença depende da análise da alteração anátomo-fisiológica, o que deve ser considerado em seu lugar? Veja o significado da experiência (CSORDAS, 2002), essa, que residem em tais alterações, ou melhor, no impacto que estas têm sobre as circunstâncias específicas da vida. Em qual rede específica de relações participamos? Mesmo diante da mesma situação, que pode ser definida através da mesma categoria diagnóstica de biomedicina, podemos ter experiências radicalmente diferentes devido ao impacto que essas condições têm nas relações em que participamos, no contexto da vida em que estamos inseridos (GOOD, 1994; SCARRY, 1985). Portanto, é claro que, se queremos trabalhar a experiência da doença, devemos nos concentrar no significado da experiência: e qual é a fonte de conhecimento relacionada com o significado da experiência? Inevitavelmente é o paciente, que é a pessoa mais competente a este respeito e de quem dependemos para entender

³ Optou-se pela uso de neologismo a partir do idioma original a fim de se garantir o entendimento correto do conceito exposto.

o que podemos colocar em prática para ajudar. É ele ou ela que nos ajuda a compreender como fazer o nosso trabalho.

Se não nos dotarmos de modelos capazes de valorizar esta dimensão, seremos auto-confiantes, mas impotentes, com intervenções que respondem mais às necessidades de funcionamento da estrutura e dos seus indicadores de avaliação do que às necessidades dos utilizadores. Este é um risco contínuo a todos os níveis (QUARANTA, RICCA, 2012).

Para trabalhar sobre o significado da experiência, devemos considerar outra transição, relacionada com a necessidade de criar um contexto capaz de dar o devido reconhecimento às competências relacionais que normalmente, na hierarquia do conhecimento médico, são muitas vezes consideradas como residuais e não determinantes. No contexto médico, temos uma hierarquia clara que vê no seu ápice a medicina concebida como uma técnica objetiva, baseada numa realidade objetiva, que vê no corpo biológico o seu parâmetro de referência; logo a seguir, temos aquelas disciplinas de natureza “psicológica”, que, no entanto, já não gozam da mesma cientificidade que as outras, segundo a lógica dominante na comunidade médico-científica; se então chegarmos ao nível do conhecimento social, a cientificidade e o prestígio estão a tornar-se cada vez mais raros. No entanto, sem essas habilidades relacionais nos privamos de ferramentas para realizar nosso trabalho, já que só através delas podemos construir vínculos que nos permitem entender o significado da experiência do paciente e agir na promoção de suas condições de vida.

Então, como trabalhar sobre o significado da experiência? Dentro das Humanidades Médicas, há muita ênfase na necessidade de cuidar da “perspectiva do paciente”. Muitas vezes e involuntariamente, os pacientes não têm uma perspectiva, porque suas circunstâncias existenciais são precisamente caracterizadas pela dissolução do sentido, todavia, o corpo não é apenas uma massa biológica, mas é também a dimensão vivida da nossa relação com o mundo e com os outros. A crise do meu corpo reverbera dentro de todas as relações em que participo, que são relações interpessoais. O problema de saúde de um ente querido reverbera inevitavelmente em toda a rede de relacionamentos em que ele ou ela participa. Podemos certamente falar de problemas de saúde em referência a um organismo biológico específico, porque o conhecimento médico cultural

e histórico encerra a experiência na sua dimensão anatômico-fisiológica, mas é preciso pouco para perceber que também podemos olhar para ele de outra forma. Essa experiência não é simplesmente a dimensão vivida de uma pessoa, é uma realidade que reverbera em toda a rede em que essa pessoa participa.

Se a crise do corpo nos lança num processo de dissolução de certezas, minando a própria capacidade de ter uma perspectiva capaz de dar sentido ao mundo, de trabalhar sobre a sentido da experiência, esse sentido deve, então, ser produzido (GOOD, 1994; LEDER, 1990; QUARANTA, 2012). Nossa tarefa é, portanto, criar condições para que as pessoas participem ativamente na exploração de suas ideias, na exploração de suas necessidades: só assim é que criamos um contexto para a co- construção, para a coprodução de um sentido para a experiência. Tudo isto não só nos fornece as ferramentas para as nossas ações de cuidado, mas também produz uma verdadeira transformação nos usuários. Os pacientes e seus familiares sozinhos não são necessariamente capazes de gerar uma transformação: é na relação de cuidados que podem surgir apoios válidos para se imaginarem de forma diferente no mundo, para pensarem em um novo mundo no qual possam se colocar ativamente. No relacionamento, não só é uma versão compartilhável da própria história co-construída que nos dá ferramentas para trabalhar como operadores, mas uma incrível transformação do usuário está sendo produzida.

Um sistema de saúde que não oferece espaços para promover sistematicamente a participação dos usuários com o objetivo de co-construir o sentido da experiência está desistindo e se condenando a se privar de uma fatia significativa de eficácia. Isto porque grande parte da eficácia é gerada precisamente pelos pacientes. A produção e a capacidade de dar sentido ao que está a acontecer ordena a experiência, ou pelo menos dá clareza sobre as prioridades (o que faz sentido fazer e o que não faz). Enquanto eu não produzir esta ordem - e tenho de a produzir no relatório - sou capturado pela dissolução. A passagem é delicada, mas crucial. É a produção de sentido, e não a sua comunicação, que transforma a experiência (QUARANTA, 2012). Como profissionais, podemos ter visto casos semelhantes muitas vezes e, à luz da nossa experiência passada, pensamos saber o que é melhor fazer, no melhor interesse dos nossos pacientes. Ao fazer isso, estamos pulando esse passo crucial de envolver os pacientes no processo. O que nós

precisamos - e o que eles também precisam - é que eles participem da produção de sentido. Não é na comunicação que transformamos a experiência, as pessoas têm de a produzir cultura, porque esse processo de produção de sentido através do qual fazemos sentido do mundo e qualificamos a nossa experiência do mesmo, isto é algo que fazemos constantemente. Se não colocarmos as pessoas em condições de “fazê-lo”, estamos na verdade desistindo de uma fatia incrível de eficácia.

De que eficácia estamos a falar? Aqui o nosso exercício auto-reflexivo encontra outro elemento de transição: não é uma eficácia calibrada no resultado da cura, é uma eficácia centrada no processo e na capacidade de elaborar um significado para a experiência. No contexto da pesquisa de fim de vida, muitas vezes emerge o quão crucial pode ser a capacidade de promover a participação dos pacientes e dos seus outros significativos. A pesquisa realizada nesses contextos destacou como durante essas palestras dominou inicialmente o silêncio: é difícil para cada um de nós lidar com o tema da morte. Quando você consegue quebrar esse silêncio, algo que antes não existia toma forma: na discussão você consegue construir algo capaz de dar sentido a essas situações. Onde, por exemplo, a eutanásia é permitida por lei, um grande número de pessoas, como resultado desse processo, retira o seu pedido de eutanásia, à luz do fato de que através dessas conversas chegaram à consideração de que nada no mundo os privaria do privilégio de compartilhar a experiência de morrer com seus entes queridos. Já erradicamos a patologia? Não. Existe, no entanto, uma dimensão de eficácia que tem a ver com o valor da experiência. É deste nível de eficácia que não devemos nos privar. E quem é o protagonista de tudo isto? Não é o operador, mas sim o usuário. Por isso, é que devemos criar as condições para que eles participem na produção de sentido, mesmo que acreditemos que já sabemos o que o nosso serviço deve proporcionar em termos de desempenho.

Agora, para fazer isso, sabemos muito bem o quanto os Hospitais Comunitários precisam produzir invasões, entrar em relações com outros serviços: invasões conceituais, invasões nas relações entre serviços ou criar uma rede que seja multiprofissional. Mas esta rede precisa claramente ser capaz de envolver ativamente as pessoas queridas, os membros da família ou aquilo a que eu gosto de chamar “outros socialmente significativos”. Isto significa avançar para um conceito de rede que a Lancet (NAPIER, et al., 2014) define em termos de

“comunidade de cuidados”, indo além da ideia de criar uma rede entre serviços para cuidar das necessidades. Existe a ideia de criar uma verdadeira comunidade que tenha diferentes serviços envolvidos, e que ao mesmo tempo seja capaz de incluir ativamente o paciente e os outros socialmente significativos. O objetivo deste envolvimento, vale a pena repetir, não é somente tomar decisões em conjunto. Antes de qualquer decisão, devemos primeiramente promover o “direito ao sentido” (GADOW, 1980; QUARANTA, 2012): ou seja, colocar os atores em condições de esclarecer primeiro a si mesmos sobre suas próprias necessidades.

O Hospital Comunitário é o contexto ideal para a promoção do direito ao sentido: o que agrega valor na perspectiva daqueles que vivem a vida com seus entes queridos, e que despojamos pela doença quando resistimos à vida. Uma vez reduzida a uma mera patologia, a vida é nua e perdemos todos os esforços com o nosso trabalho para restaurar aquilo que faz valer a pena. Se retirarmos a doença das suas relações, perdemos as nossas bases para promover a saúde.

A promoção do direito ao sentido é aquela forma pragmática através da qual tornamos operacional o “corpo vivido”, criamos participação, transformamos cuidados em tratamento, e nos colocamos em jogo nas relações, dando um papel de liderança aos pacientes na definição das suas necessidades. Como podemos cuidar das pessoas se não sabemos o que dá valor à sua existência? Mas as pessoas não sabem necessariamente como expressar de forma tão rápida e clara esse valor.

Entendemos bem como tudo isso implica a necessidade de contemplar uma série de competências que atualmente não têm cidadania plena no campo da saúde e não apenas no contexto dos Hospitais Comunitários (Napier et al., 2014). Estas habilidades têm a ver com a capacidade de dar sentido às experiências e aos relacionamentos. As relações representam precisamente o terreno vivido e intersubjetivo das práticas de cuidados. É irônico, definir o Hospital Comunitário como uma articulação “intermediária” do sistema de atendimento: parece representar antes, o contexto eletivo para um profundo repensar paradigmático daquele conceito de atendimento capaz de calibrar a ação médico-sanitária no sentido da promoção da saúde, e não do tratamento da doença. Os cuidados intermédios parecem ser hoje o único terreno operatório para enfrentar os desafios dos cuidados produzidos pelas transformações demográficas e epidemiológicas sob a bandeira de um conceito de eficácia que se refere à capacidade de “estar no mundo” e não à eliminação da doença.

Referências

- CSORDAS, T. *Body/Meaning/Healing*. Nova Iorque: Palgrave, 2002.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, *The Lancet*, vol. 376, 2010.
- gadow, S. *Existential advocacy: Fundação filosófica da enfermagem*, In Spiker, S.F.; GADOW, S., *Nursing: Images and Ideas*, Nova Iorque: Springer, 1980.
- GOOD, B. *Medicina, racionalidade e experiência. Uma Perspectiva Antropológica*. Cambridge: Cambridge University Press - *Narrating Disease. Uma perspectiva antropológica sobre a relação médico-paciente*. Trad. it.: Turin: Edizioni di Comunità, 1999.
- KHUSE, H. *Cuida-te. A ética e a profissão de enfermagem*. Turim: Edizioni di Comunità, 2000.
- KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry (Uma Exploração da Terra Fronteiriça entre Antropologia, Medicina e Psiquiatria)*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LEDER, D. *O corpo ausente*. Imprensa da Universidade de Chicago, Chicago, 1990
- MOL, A. *The logic of care. A saúde e o problema da escolha do paciente*. Londres: Routledge, 2008.
- NAPIER, D. et al., ‘Culture and health’, *The Lancet*, 384 (Cultura e salute: <https://centri.unibo.it/csi/it/publicazioni/cultura-e-salute-traduzione/cultura-e-salute-def.pdf/@@download/file/Lancet%20Commission%20Cultura%20e%20Salute.pdf>). 2014
- PIZZA, G. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci Editore, 2005.
- QUARANTA, I. *A transformação da experiência. Antropologia e processos de cura. Antropologia e Teatro, Journal of Studies* (<https://antropologiaeteatro.unibo.it/article/download/3187/3279>), 2012
- QUARANTA, I.; MINELLI, M.; FORTIN, *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*. Bolonha: Bononia University Press, 2018
- QUARANTA, I.; RICCA, M. *Sick out of place. Medicina Intercultural*. Milão: Raffello Cortina Editore, 2012.
- SCARRY, E. *The body in pain The Making and Unmaking of the World*. Oxford: Oxford University Press. (Trad. It.: *La sofferenza del corpo*. Bologna: Il Mulino, 1990), 1995.

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.

O PROCESSO DE CRIAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – UCP/HMCT

Mariana Janssen

Introdução

Completei minha graduação em Medicina no ano de 1990 pela Universidade Federal de Sergipe e ainda vivenciei, naquela época, um serviço de saúde voltado apenas para os trabalhadores formais, oferecido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), obedecendo uma lógica assistencial voltada à produção capitalista. Todas as outras pessoas eram atendidas pelas beneficências ou outros serviços financiados por governos locais e Hospitais Universitários, intensamente focados nos atendimentos curativos e centralizados no profissional médico. Além disto, a oferta de atendimentos era sempre insuficiente pela demanda gerada pela pobreza, endemias e outras mazelas. Serviços privados de qualidade sempre foram exclusividade das elites, acessados pela população pobre somente em casos excepcionais. Isto marcou o comportamento do povo brasileiro com relação à saúde. Muitos ainda só procuram atendimento em último caso, quando se sentem muito doentes. Outros recusam o atendimento oferecido na expectativa de não tirar a vaga de alguém que precisa mais... Outros ainda têm medo de ir ao médico pela possibilidade de receber uma má notícia quanto à sua saúde, porque era esta a tradição. O resultado desta cultura é uma soma de indivíduos, especialmente homens, que não têm o hábito da prevenção, e que engrossam as estatísticas de pacientes com doenças diagnosticadas em estágios avançados.

Na década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) já instituído, trouxe conceitos revolucionários e progressistas, trazendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, onde cada brasileiro tem acesso igualitário a todos os níveis de assistência (Universalidade), com equidade, integralidade do cuidado e preservação da autonomia, o que fez do SUS objeto de interesse e admiração mundial.

Vivendo esta nova etapa da saúde pública, tive a oportunidade de vir trabalhar na Saúde da Família de Niterói, em meados do ano 2000. Na ocasião,

ainda um Programa, o Médico de Família de Niterói (PMF) já se fazia notar em todo território nacional. Foi espelhado na experiência cubana, onde a lógica do atendimento é baseada na delimitação do território de abrangência, no cadastramento das famílias, e no desenvolvimento de ações específicas de prevenção e recuperação da saúde daquela população, com busca ativa dos usuários pela equipe de saúde, com olhar gerencial sistemático para priorização de ações que modifiquem o perfil de morbidade e mortalidade, como a intensificação da cobertura às imunizações, realização de pré-natal, cuidados à saúde da criança, saúde da mulher, tratamento da hipertensão arterial e diabetes, saúde do idoso, entre outros. Veio para suprir o imenso abismo assistencial e suas consequências para as populações mais pobres, mudando a lógica de demanda espontânea dos usuários para a presença ativa das equipes de saúde no território em busca dos casos prioritários e realizando ações de promoção, prevenção, vigilância e recuperação da saúde das populações. Cada equipe de saúde da família é responsável sanitária da população de seu território de abrangência.

Não havia médicos com esta expertise na época, e as equipes eram formadas apenas por um médico e um auxiliar de enfermagem, para uma população cadastrada próxima de mil pessoas. No entanto, uma equipe de apoio técnico, a equipe de supervisão, formada por clínico geral, tóco ginecologista, pediatra, assistente social, profissional de saúde coletiva, de saúde mental e enfermeiro, realizavam educação permanente e continuada às equipes, produzindo a formação em serviço. Olhando para a experiência de Niterói e de outros municípios, o Ministério da Saúde apostou na estratégia em todo território Nacional, com equipes mais ampliadas, as quais Niterói se adaptou.

Hoje no Brasil, a atenção básica deve ser executada preferencialmente pela saúde da família, e deve ser a principal porta de entrada dos usuários no SUS, onde as equipes devem coordenar todo o cuidado. Cabe à saúde da família propiciar o atendimento integral, através da integração com as demais instâncias assistenciais e de complexidade, e com os serviços de urgência e emergência. São estas equipes que dão seguimento após as altas hospitalares, garantindo o máximo de recuperação e prevenção de novas intercorrências.

Em poucos anos vislumbramos mudanças no perfil populacional da cidade com um aumento impressionante da expectativa de vida e redução das

taxas de natalidade, com conseqüente envelhecimento da população. O perfil dos agravos atendidos também mudou rapidamente da desnutrição calórico-proteica para a obesidade, dislipidemia e diabetes, inclusive em crianças, e das parasitoses intestinais para as neoplasias. As abordagens também estão cada vez mais complexas e exigentes de novas tecnologias que vieram para qualificar o cuidado, mas que dependem de novas organizações dos serviços e de recursos.

Depois de quase 20 anos trabalhando na Saúde da Família de Niterói, aprendi muito, inclusive como lidar com a engrenagem, formar melhores interações em rede, aperfeiçoar o trabalho, otimizando ao máximo os recursos disponíveis. Mas temos problemas. Um deles, e é geral na saúde do Brasil, é a falta de estruturas para o atendimento dos pacientes com necessidades de internações prolongadas, o que se sobrepõe às superlotações nas emergências. Sabemos que as superlotações ocorrem por motivos diversos e que precisam de melhor gerenciamento. Envolvem questões que vão desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade, passando por problemas locais, políticas públicas e até questões globais como movimentos migratórios e meio ambiente. Embora muitas das demandas às emergências correspondam a questões sensíveis à atenção básica, esse nível de atenção não funciona isolado dos outros níveis assistenciais, tão pouco sem o apoio e atuação oportuna dos demais elementos necessários para se ter saúde, como educação, moradia e renda. A Atenção Básica também não é um serviço de baixo custo, ela reduz gastos da assistência quando bem realizada, mas precisa de investimentos que garantam estrutura, capacitação, funcionamento em rede e pesquisa.

A criação dos Cuidados Intermediários

Não existe no Brasil, até o momento, uma legislação que fale especificamente sobre Cuidados Intermediários no SUS, apesar desta demanda existir desde sempre. Acompanhando o envelhecimento da população, percebemos o crescente da necessidade destes leitos. Com a constante reorganização da assistência à saúde, não só no Brasil, como no mundo todo, países que já convivem com o envelhecimento há mais tempo, começaram a criar unidades assistenciais voltadas também para a demanda daquelas situações que se encontram entre o atendimento domiciliar, habitualmente pela saúde da família, e a necessidade do

leito hospitalar. Na Itália, por exemplo, houve um movimento de redução de leitos hospitalares com transformação de algumas destas estruturas em unidades para Cuidados Intermediários.

Em 28 de setembro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação Nº 3, que trata no Título XI, da organização dos cuidados prolongados para retaguarda Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria prevê duas categorias de Cuidados Prolongados, a Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP), e o Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) (Ministério da Saúde, 2017). Utilizando-se desta Portaria, foi possível desenvolver projetos de assistência voltados para os Cuidados Intermediários, adaptando o conceito de Cuidados Prolongados, que, na verdade, é muito similar.

Em 2019, a Secretaria Municipal de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói e a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência, através de seus representantes, após um processo de análise sobre a Portaria e a experimentação internacional, especialmente a italiana, convidou uma equipe de profissionais de múltiplas formações e de diversas áreas de atuação na Fundação, para contribuir com a construção do Projeto de Implantação da Unidade de Cuidados Prolongados da Rede de Atenção à Saúde no Município de Niterói (Vipahe/SMS-Niteroi, 2017). Inicialmente foi formado um grupo de trabalho constituído por representantes da gestão da Secretaria de Saúde em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), Ministério da Saúde (MS) e Agência Sanitária e Social da Região Emília Romagna na Itália. Em prosseguimento, em maio de 2019, uma equipe mais ampliada de profissionais da assistência do Município, com representantes da direção do Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento ao Idoso (SADI), Policlínica Regional, Saúde da Família, Vice-presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF), reabilitação e coordenação de saúde do idoso, com apoio de alunos de mestrado e doutorado, e com a tutoria de professores das Universidades Federais do Rio de Janeiro (UFRJ) e Fluminense (UFF), reuniu-se periodicamente até a apresentação do projeto de implantação em outubro do mesmo ano. O conjunto de encontros correspondeu

ao Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica, oferecido pelo Serviço Público Federal, Ministério da Saúde e Universidade Federal Fluminense.

Um grupo de trabalho semelhante com intuito de implantação de serviço de cuidados intermediários no Município de Nova Friburgo – RJ e uma equipe de cuidados intermediários, já em funcionamento, da região de Emília-Romagna na Itália, utilizando-se de video-conferência, puderam contribuir, de forma periódica, com suas experiências, durante a execução do curso.

Sobre a cidade de Niterói

O Município de Niterói é uma cidade do Estado do Rio de Janeiro, região sudeste do Brasil, com aproximadamente 500 mil habitantes, um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0.837 em 2010, que significa um índice elevado, apesar de possuir um grande quantitativo de pessoas vivendo em situação de pobreza extrema. Apresenta um percentual crescente, hoje próximo à 20% de pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2019).

Como sabemos, no Brasil, a saúde é pública, garantida pela Constituição Federal, que prevê acesso universal e igualitário, financiado por recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Lei Federal 8080).

As unidades de saúde Municipal, Estadual e Federal, além do setor privado, compõem a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na organização dos serviços e em alinhamento com o SUS, a assistência em Niterói, é regionalizada e hierarquizada. O Município é organizado em seis regiões, que são: Leste Oceânica, Pendotiba, Praias da Baía 1 e 2, Norte 1 e 2 (FMS, 2019).

Na atual estrutura assistencial do Município, a atenção básica é realizada principalmente pela Saúde da Família, que atende populações de maior vulnerabilidade social, mas também por unidades básicas de saúde e por policlínicas regionais. Parte das equipes de Saúde da Família recebem o reforço de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) compostos por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Há ainda uma equipe ampliada de Consultório na Rua, que corresponde a uma equipe multiprofissional que dá

assistência para pessoas em situação de rua (FMS, 2019).

As Policlínicas Regionais (PR) e as Policlínicas de Especialidades (PE) centralizam, dentre outros, a assistência de nível secundário de especialidades, exames de baixa complexidade, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia. A Policlínica Regional do Largo da Batalha, da Regional Pendotiba, ainda oferece um Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso acamado (SADI) (FMS, 2019).

A saúde mental conta com Centros de Atenção Psicossocial, uma Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, e o Hospital Psiquiátrico Jurujuba (HPJ).

O atendimento de urgência e emergência de adultos no Município é feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por duas unidades de atendimento pré-hospitalar, uma Unidade de Pronto Atendimento (Unidade de Urgência Mario Monteiro) de gestão municipal e um hospital, o Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT). O Município ainda conta com um hospital de cirurgias, o Hospital Municipal Orêncio de Freitas, este, sem emergência, recebe pacientes previamente regulados pelos ambulatórios ou emergências. Além desta estrutura, o município dispõe, para o atendimento de pacientes adultos, o Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), que atende preferencialmente trauma, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de gestão estadual, o Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IEDTA) para atendimentos específicos de tuberculose, e um hospital universitário, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), de gestão federal, sem emergência, para casos de alta complexidade. Não há leitos específicos para cuidados prolongados, cuidados paliativos ou pacientes terminais. Também não há serviço de “home care”.

O SAMU que nos assiste, pertence à Região Metropolitana II, que é formada pelos Municípios de Niterói, Tanguá, São Gonçalo, Silva Jardim, Maricá, Rio Bonito e Itaboraí (Região Metropolitana2 do RJ, 2019; SAMU, 2019).

O acesso aos leitos hospitalares é disputado. As condições clínicas precisam se agravar de forma suficiente para que sejam consideradas elegíveis para internação, devido à grande demanda, o que aumenta o risco para o paciente e os custos do tratamento. Os ambulatórios só têm acesso efetivo aos leitos hospitalares através das emergências.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) se encarrega do primeiro atendimento e do transporte, quando necessário, de pacientes de urgência e

emergência, do território para os hospitais ou unidades pré-hospitalares, com apoio da defesa civil e do corpo de bombeiros. Também dá retaguarda para as unidades da Atenção básica e Policlínicas²⁶. Para transporte de usuários para atendimentos programáticos, como fisioterapia, existe outro dispositivo (PMN, 2019).

As emergências e as enfermarias enfrentam o dilema dos pacientes de alta hospitalar, mas ainda com certas demandas clínicas, como esquemas terapêuticos a concluir. Ou mantém o paciente no leito, impedindo a entrada de um novo, ou recebe alta ainda com demandas, podendo evoluir com complicações decorrentes da interrupção do tratamento adequado. Assim, a Saúde da Família frequentemente recebe pacientes dos serviços de urgência e emergência que ainda precisam de avaliações clínicas constantes, alguns com grandes limitações, sem autonomia, que têm dificuldades de acessar e acompanhar os serviços de reabilitação, perdendo a possibilidade do cuidado em completude e da evolução mais segura. Apesar dos atendimentos domiciliares pelas equipes de saúde da família, pelos núcleos de apoio à saúde da família e do serviço de assistência ao idoso acamado, não há dispositivo que garanta o uso conforme prescrito dos medicamentos pelos pacientes, curativos em ambientes suficientemente higienizados nos domicílios, realização mais intensiva dos exercícios de fisioterapia e fonoaudiologia, acesso à nutrição e hidratação ou apoio psicológico constante.

Assim, apoiando-se na publicação pelo Ministério da Saúde da Portaria de Consolidação N 3, de 28 de setembro de 2017 e entendendo a ausência de um serviço formal, a gestão municipal promoveu a implantação de serviço de Cuidados Intermediários, onde, com leitos específicos e assistência multidisciplinar, será possível planejar um percurso terapêutico seguro e amplo, que impeça a interrupção do cuidado, promova a recuperação do paciente, e permita uma volta para casa em condições mais seguras, minimizando complicações, recaídas e sequelas (VIPAHE/SMS-Niterói, 2019).

O grupo de estudos e sua trajetória

Grupo formado, com representantes dos vários setores da saúde do Município, com a participação das Universidades e interlocução com os parceiros da Itália, nos reunimos durante seis meses, semanalmente.

Inicialmente o grupo avaliou a trajetória dos pacientes na rede de serviços de saúde atual do Município com ajuda de ferramentas importantes como o

fluxograma analisador do processo de trabalho (Franco, 2004, 2019; Merhy, 2019) que propiciou a identificação de uma rede bem estruturada, porém ainda com falhas no percurso terapêutico, pela falta, por exemplo, de leitos para Cuidados Intermediários. Por outro lado, esta análise revelou também a potência do trabalho vivo em saúde no Município, a importância das micropolíticas e a rede de petições e compromissos firmada entre os diversos elementos da rede (Franco, 2013, 2019a,b,c; Jorge, 2019). Possibilitou também exercícios auto analíticos dos participantes na construção de um cuidado de qualidade e de aproximação e reaproximação com a humanização da saúde e vínculo, tanto como produtores do cuidado como usuários do SUS (Merhy, 1997, 2002). Neste ponto, para aprofundar ainda mais os debates, foram utilizados textos dos livros *Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde* (Merhy, 2016 vol 1 e 2), que causou inclusive desconforto para alguns, por trazer elementos do cotidiano da assistência que não têm resposta em nenhuma estrutura formal, e que exige da rede soluções, as vezes inusitadas, dentro de um conceito de promoção e redução de danos. Trouxe também a necessidade de se gerir os casos não apenas reconhecendo um diagnóstico, mas uma pessoa em toda sua complexidade de possibilidades e restrições, relações com os serviços, a família e a comunidade. A valorização dos conceitos pessoais de saúde e de como tocar a vida.

Para embasar a estruturação do projeto no Município de Niterói, cada elemento do grupo contribuiu com suas experiências pessoais no percurso do trabalho em saúde e trouxe as rotinas de cada setor da rede. Foram feitas visitas guiadas pelos próprios componentes do grupo, aos seus locais de trabalho, serviços e setores da rede municipal de saúde envolvidos na assistência e seu gerenciamento, com a análise das potencialidades e fragilidades. Foram, pois, visitadas uma Unidade de Saúde da Família, uma Policlínica Regional e uma Policlínica de Especialidades, o Serviço de Assistência Domiciliar ao Idoso (SADI), a Central de Regulação (CREG), a Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF), a Vice Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE), o Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT) e o local proposto para alocação do primeiro serviço de cuidados intermediários no Município, que fica dentro da estrutura física do HMCT. Isto foi fundamental sob outros dois aspectos. O primeiro, que apresentou a estrutura da rede e os trabalhadores que a

constituem para o grupo, que faz parte dela, e que não a conhecia profundamente. Aproximou as pessoas. Facilitou a interlocução. Qualificou o trabalho. Segundo, que isto imediatamente trouxe ao fórum a avaliação das vantagens e desvantagens de se implantar uma unidade de cuidados intermediários dentro da estrutura física de um serviço hospitalar tradicional.

Analisou-se então o conceito de Cuidados Intermediários¹⁶ presente na portaria do MS nos seus artigos 151, 152 e 153:

“...se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo”.

Analisou também as experiências das equipes nas cidades italianas onde o serviço já foi implantado (Ministerio della Salute, 2018; Mongardi, 2015; Pesaresi, 2017; Sali Calogero, 2010). Na Itália há formatações um pouco diferentes, baseadas também nas experiências de outros países europeus. Existem hospitais comunitários inseridos no território dos usuários com um caráter mais próximo do cuidado domiciliar ou territorial, e estes participam de uma rede que também apresenta serviços de atendimento pós-agudo de longa duração, reabilitação hospitalar, residência para idosos e instalações residenciais de reabilitação. As denominações de serviços semelhantes também são diversas nas regiões da Itália¹⁷. Nas conversas com as equipes italianas, foi possível perceber que, pontos que consideramos sensíveis na implantação aqui também ocorreram lá, como a grande demanda por estas vagas, geradas na Itália pelo intenso envelhecimento da população, e a preocupação com a utilização indevida do recurso.

A Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) de Niterói deve ser implantada no piso térreo do Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT), com

acesso à emergência, com 15 leitos e contará com a sala multiuso de reabilitação. Calcula-se que seriam necessários mais de 40 leitos de Cuidados Intermediários para atender a atual população do Município.

A possibilidade de liberação de leitos hospitalares pela transferência de pacientes para leitos de cuidado intermediário é, provavelmente, a demanda mais visível no cenário atual. Em visita ao HMCT, que possui próximo de 100 leitos, pudemos observar que possivelmente a maioria dos pacientes ali internados em enfermarias, poderiam usufruir dos cuidados intermediários. Porém não são os únicos. Tecemos varias horas de debate sobre as questões da atenção ambulatorial.

Além da grande necessidade por este tipo de assistência, outra preocupação do grupo foi a possibilidade do uso inadequado das vagas, por pacientes que tenham demandas que ultrapassam as de cuidados intermediários, o que levou à qualificação da regulação dos leitos e a clareza dos critérios de inclusão e exclusão dos pacientes. Esta discussão ganhou ainda mais folego devido aos aspectos éticos e jurídicos que podem envolver por um lado a superlotação das emergências e por outro a possibilidade de disponibilidade de leitos dos cuidados intermediários, ressaltando-se que, no projeto de Niterói, estes leitos estariam dispostos num espaço na mesma edificação do hospital geral Carlos Tortelly.

A tipificação dos casos elegíveis para as vagas foi construída através de critérios includentes e excludentes, preenchimento de protocolos de avaliação funcional e de autonomia, além de avaliação de estabilidade clínica (Lino, 2008; National Early Warning Score, 2019).

Naturalmente outras questões emergiram nos encontros, sugerindo novas propostas para melhorias da saúde no Município, como a necessidade de leitos para terminalidade, longa permanência e abrigo. Historicamente temos em hospitais, tanto adultos como pediátricos, pacientes sem possibilidade de voltar para suas casas por motivos convincentes e acabam ocupando leitos por períodos indeterminados. Temos casos que precisam de “home care”, outros que simplesmente não tem casa ou família e perderam a autonomia. A implantação dos cuidados intermediários trará fortemente esta pauta.

Sobre o cuidado em si, muito se falou sobre o doente, o usuário foco de todo o nosso trabalho. A necessidade imperiosa de pactuação e de corresponsabilização

do cuidado entre os elementos de rede envolvidos; equipe assistente, equipe de cuidados intermediários, família e, principalmente, o próprio paciente. Pensamos na construção conjunta do cuidado visando a autonomia e restabelecimento mais completo da saúde, de maneira que, na admissão do paciente, dentro do projeto terapêutico multiprofissional, já se tenha a previsão do momento da alta.

Foram lembrados os casos de pediatria e de saúde da mulher, porém, como o projeto será implantado em um hospital clínico de adultos, direcionamos as discussões para a atenção às demandas clínicas, especialmente dos idosos.

Também nos interessou saber mais sobre outros sistemas de saúde e de como outros países estão solucionando as demandas decorrentes do envelhecimento das populações, tema a ser ainda aprofundado. Nosso Município, neste aspecto, tem um grande desafio pela frente.

O projeto de implantação da Unidade de Cuidados Prolongados da rede de atenção à saúde no município de Niterói – UCP/HMCT

O projeto se estabeleceu considerando a formação de uma Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral (UCP) (Lino, 2008), o Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT). A proposta inicial é de 15 leitos, masculinos e femininos, para adultos, sem possibilidade de isolamento, assistidos por uma equipe multidisciplinar diarista composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Em regime de plantão, haveriam enfermeiro e técnico de enfermagem 24 horas, todos os dias da semana. Se necessário, os pacientes terão acesso a outras especialidades e serviços da rede, como também terão a retaguarda do próprio hospital (VIPAHE/SMS-Niterói, 2019). É prevista uma sala multiuso de reabilitação e equipamentos básicos de suporte (VIPAHE/SMS-Niterói, 2019).

Foram pensados critérios de avaliação da qualidade dos serviços executados pela UCP, sendo os principais o planejamento terapêutico pactuado na internação, já com previsão de alta, atendimento multiprofissional voltado principalmente para a reabilitação e ganho de autonomia, articulação com a atenção básica e domiciliar, participação da família ou cuidadores na execução do

percurso terapêutico, incluindo a capacitação destes para as práticas posteriores no domicílio, além de tempo médio de ocupação dos leitos e taxa de mortalidade.

A regulação dos leitos foi outro ponto fundamental do processo de discussão. Considerou-se de suma importância que a regulação cumprisse seu papel de dispositivo qualificador, sendo ágil, transparente e seguro, com equidade no acesso e articulado com a atenção básica, centros de referência e de reabilitação. Para garantir o bom aproveitamento do dispositivo foi pensado num sistema eletrônico on line de regulação de vagas, gerenciado diretamente pela equipe multidisciplinar do serviço de cuidados intermediários, que avalia, no sistema, um protocolo de acesso aos leitos, composto pela avaliação pela equipe solicitante, seja ambulatorial ou da rede de urgência, com preenchimento de instrumentos padrão para quantificação da estabilidade clínica e autonomia, e posteriormente uma análise pela própria equipe multiprofissional dos cuidados intermediários, evitando a ocupação dos leitos de forma indevida, como pacientes graves com demandas excedentes àquelas dos cuidados intermediários. Na admissão, uma linha de cuidado é traçada para possibilitar o máximo de recuperação. Os pacientes sem critérios para cuidados intermediários serão direcionados para a emergência clínica ou remetidos para o ambulatório demandante.

Foram então sugeridos critérios de inclusão e exclusão de pacientes, alinhados com a portaria do MS (MS, 2017), incluindo a possibilidade de alta em até seis semanas da enfermaria de cuidados intermediários. Objetivamente foram selecionados formulários validados de aferição de autonomia e gravidade clínica, e, também, segurança social obrigatória para continuidade do cuidado após a alta, que pode ser assumida pela família ou pode ser institucional, como a saúde da família e consultório na rua. Na alta dos cuidados intermediários também deverá ocorrer a interlocução com a equipe de saúde ambulatorial ou domiciliar, que dará prosseguimento após a alta.

A participação da família ou dos cuidadores do paciente nestas internações é de suma importância. A educação participativa do usuário e de seus conviventes no cuidado com a saúde é um dos pilares do Cuidado Intermediário, trazendo, não apenas a capacitação da população para o cuidado, mas como ferramenta de aproximação da sociedade ao SUS. As equipes de saúde também têm muito a aprender neste contato.

A participação das universidades

Imprescindível a participação das universidades na construção dos serviços para assistência em Cuidados Intermediários, uma vez que estamos em momento de aprendizado e vivência inédita com esta modalidade de assistência. As universidades participam ativamente do movimento de reflexão na estruturação da ideia central do projeto, como prumo norteador da condução desta nova prática. Cabe também às universidades a integração e troca de experiências entre os municípios que se interessaram em implementar o serviço, e fomentar o intercâmbio com os países que já avançaram neste sentido e têm muito a contribuir. O Brasil também tem larga experiência em atendimento multidisciplinar e interdisciplinar, sendo objeto de observação e admiração internacional. Cabe ressaltar que nosso país também é continental, teremos cenários muito diversos dependendo da região de instalação do serviço, o que trará muita riqueza de experiências extraordinárias e soluções peculiares à cada especificidade local.

Ainda diz respeito à academia o papel de colaborar de forma consistente na capacitação dos profissionais que participarão direta ou indiretamente desta iniciativa, na tentativa de garantir a persistência da formatação legítima desta assistência. Não seria de surpreender a utilização indevida das vagas frente à grande demanda reprimida por leitos hospitalares no SUS e a consequente desvirtualização do serviço.

As Universidades, inclusive, devem olhar para os Cuidados Intermediários como campo de ensino e aprendizagem para seu corpo discente e docente, participando ativamente da organização das linhas de cuidado, capacitações e produção de conhecimento. Poderá ainda exercitar a educação participativa, com os usuários, as famílias e a comunidade, movimento contemporâneo das práticas educativas nas academias que propõe mudanças na formação médica e paramédica. Ainda terá nos Cuidados Intermediários objeto de aproximação da assistência terciária, que são os Hospitais Universitários, com a Atenção Básica e os níveis intermediários de assistência, na consolidação de uma Rede de saúde integral.

Conclusões

A convivência entre os representantes de cada setor da rede possibilitou, não apenas o desenvolvimento do projeto em si, mas, o fortalecimento do trabalho cooperativo em rede. Sempre bom reavivar em cada um de nós os princípios norteadores do SUS. Reafirmar questões de vanguarda e admiráveis na saúde no Brasil, como acesso universal, equidade e longitudinalidade do cuidado. Humanização, preocupação com a autonomia, participação familiar e co-responsabilização da atenção na saúde.

Valorosa também a possibilidade da avaliação e do planejamento da trajetória do cuidado com equipe multidisciplinar. Os Cuidados Intermediários tem o grande potencial de fortalecer as práticas de atenção compartilhada e coordenada, evitando a produção de doenças e complicações secundárias a falta de organização e interlocução nos projetos terapêuticos. Fundamental o embasamento das discussões sobre cuidados mais personalizados, compartilhados e respeitosos às decisões conscientes dos pacientes.

Os Cuidados Intermediários vêm para preencher uma lacuna da assistência, com qualificação do cuidado e maior aproximação das instâncias de atendimento. Possibilita um diferencial de saúde importante para os usuários e para as equipes assistentes, promove uma retaguarda preciosa no manejo de certos casos do ambulatório e também oferece possibilidades de liberação de pacientes dos leitos hospitalares.

Referências

- FRANCO T. Fluxograma Analisador do Processo de Trabalho. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SGnEbjU4X-s&feature=share>. Acesso em 05 jun. 2019.
- FRANCO, T.B; MERHY E.E. O uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec: São Paulo, 2004.
- FRANCO T.; MERHY E. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: São Paulo: Editora Hucitec, 2013.
- FRANCO T. Aula 01 Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_Ou5H0Tr7e0&feature=youtu.be. Acesso em 17 jul. 2019.
- FRANCO T. Aula 02 Final Tecnologias de Trabalho e a Reestruturação Produtiva na Saúde. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=9_o564P9PEc&feature=youtu.be. Acesso em 31 jul. 2019.

FRANCO T. Aula 07 Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8i8QpcRPvU0&t=10s>. Acesso em 12 set. 2019.

Fundação Municipal de Saúde. www.saude.niteroi.rj.gov.br. Acesso em 10 nov. 2019).

INstituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 15 nov. 2019.

JORGE A.O. A Gestão Hospitalar sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/13bo6sLdn60NzpKsJVVW9jpb2CV17Uqus/view?usp=drive_web. Acesso em 25 set. 2019.

Lino TVS et al. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):103-112, jan, 2008

MERHY E.E.; ONOCKO R. Agir em Saúde: um Desafio para o Público: São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY E.E. Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde: São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY E.E. Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: Surpreendendo o Instituído nas Redes. 5 ed. Rio de Janeiro : Editora Hexix, 2016. Vol 1.

MERHY E.E. Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes: 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Hexix, 2016. Vol 2

MERHY E. E. Aula 06 O Fluxograma Analisador. Disponível em: <https://youtu.be/WWo82RFswoU>. Acesso em 19 set. 2019.

Ministério da saúde – gabinete do ministro – portaria de consolidação numero 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do sistema único de saúde. Anexo III. Livro II – dos componentes da rede de atenção às urgências e seus objetivos. Título XI – da organização dos cuidados prolongados para retaguarda à rede de atenção às urgências e emergências (RUE) e demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Ministero della Salute. Conferenza Stato Regione- “Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità”. Luglio 2018. DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA Ufficio II.

MONGARDI M, BASSI E, DI RUSCIO E. Ospedale per Intensità di Cura: Strumenti per la Classificazione dei Pazienti. DGSPS, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna, Febbraio 2015.

National Early Warning Score. <https://www.mdcalc.com/national-early-warning-score-news>. Acesso em 18/12/2019.

PESARESI, F. Le cure intermedie. In: “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”: 6 ed. Editora Maggioli 2017.

Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei número 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 16 nov. 2019.

Programa Ponto a Ponto. Prefeitura Municipal de Niterói. Disponível em: http://www.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=866:programa-ponto-a-ponto-amplia-atendimento-e-tera-mais-5-carros-adaptados. Acesso em 15 nov. 2019.

Região Metropolitana 2. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/retratos/METROPOLITANA_II/MTII.html. Acesso em 15 nov. 2019.

SALI A; CALOGERO P. Le cure intermedie. Italian Journal of Medicine (2010), 4, 57-64.

Secretaria Municipal de Saúde – Fundação Municipal de Saúde – Vice-presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência. Projeto de implantação da unidade de cuidados prolongados da rede de atenção à saúde no município de Niterói – UCP/HMCT.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acesso em 15 nov. 2019.

A ATENÇÃO BÁSICA E OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: UM DEBATE NECESSÁRIO

Túlio Batista Franco
Luiz Carlos Hubner Moreira

Introdução

Este artigo pretende discutir a atenção básica, tomando como pressuposto a questão estrutural quanto ao seu escopo de atribuições. Isto tem sido tema de grande debate entre os formuladores de políticas, órgãos reguladores nacionais e internacionais, e constata-se que há uma tendência a considerar a Atenção Básica como um seguimento fundamental e estruturante da rede de serviços de saúde. Isto significa superar a ideia já muito propagada de que “...a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, conforme apontado por Conill (apud 2008), com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema” (LAVRAS, 2011, pág. 868).

As concepções atuais têm colocado a Atenção Básica em um lugar mais relevante, adotando o conceito de integralidade que traz a importante ideia de que deve haver uma rede de serviços conectada para garantir a oferta de serviços e o acesso, no atendimento às necessidades dos usuários. Tem sido relevante o conceito segundo Lavras (2011):

“...a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação”. (LAVRAS, 2011, pág. 869).

Embora haja uma centralidade maior para a Atenção Básica na hora de pensar as políticas e organização dos serviços de saúde, permanece um escopo de atribuições reduzido, em relação aos atributos que poderiam ser imputados à Rede

Básica. Especialmente quando se trata de pensar usuários por exemplo, em condições crônicas que venha ter uma piora na sua situação apresentando um quadro agudo, pessoas com baixa autonomia e níveis elevados de dependência, encontram pouco respaldo na Atenção Básica para a continuidade do seu cuidado. Situações como estas revelam seus limites, e colocam em questão a sua resolutividade, e capacidade em ser a “ordenadora da rede de serviços de saúde”. Entendemos que neste ponto há uma lacuna a ser preenchida, ou seja, a Atenção Básica deveria ter a possibilidade de também dar continuidade ao cuidado nessas situações.

Neste sentido se pretende discutir neste texto a necessária expansão do escopo de atribuições da Atenção Básica, supondo um aumento da sua resolutividade, com maior possibilidade de atuar nos problemas de saúde, em especial condições agudas e de baixa autonomia. Nestes termos prevemos construir uma atenção básica como rede robusta, com alta potência na gestão do cuidado, operando em rede com todo sistema de saúde.

Nesses termos propomos discutir juntamente com o tema a Atenção Básica, os Cuidados Intermediários, e em especial um dispositivo muito difundido na Europa, os Hospitais Comunitários, cuja definição e características serão explicitadas à frente. Este texto propõe fazer esta discussão com base em três dimensões do problema, especialmente com foco na micropolítica da gestão e do trabalho em saúde. São elas:

1. a possibilidade de qualificação e expansão dos cuidados aos crônicos, contribuindo com isto os vários dispositivos de possibilidades, inclusive a ideia de “Hospital Comunitário”, nos termos do NHS da Inglaterra, os serviços de saúde da Itália e outros países europeus. Este equipamento estaria vinculado à atenção básica, como mais uma instância de trabalho e ferramenta para o cuidado, atuando em rede, com uso massivo de tecnologias leves nos processos de trabalho.
2. aumento do escopo de atuação da Atenção Básica no que se refere ao cuidado à saúde. Para isto propõe-se utilizar dos cuidados intermediários, aqueles que se situam entre a atenção básica e hospitalar.
3. a formação de uma rede operando sob a gestão do cuidado que garanta a formação das linhas de cuidado, especialmente a usuários portadores de condições crônicas, ou egressos de internação hospitalar e que necessitam de ganhos de autonomia.

Para fazer esta discussão procuramos nos debruçar sobre a construção da atenção básica, entendendo-a como uma instância de cuidado estratégica para o ordenamento da rede de saúde. É por considerar isto que vamos sugerir no decorrer desta discussão, que a mesma incorpore os cuidados intermediários.

É fácil constatar que desde o movimento da reforma sanitária na década de 1970, até os dias atuais, a atenção básica tem sido o centro do discurso reformista e de construção do SUS. Esperava-se com a organização de uma pujante rede básica, uma grande revolução, que passava pela inversão dos gastos do sistema hospitalar, e da rede de média e alta complexidade para a atenção básica, ao mesmo tempo apostou-se fortemente na descentralização dos serviços de saúde para o município. Combinado a isto sempre se perseguiu a ideia de que seria possível resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população, com uma rede básica bem montada, equipada, e pessoal treinado.

Após a consolidação do SUS com a Lei Orgânica da Saúde aprovada em 1990, houve uma reorganização do modo de organização dos serviços, com a proposta do Ministério da Saúde e implantar o Programa de Saúde da Família, em 1994, que se transformou no Estratégia Saúde da Família, em 2003. Esta diretriz representou um forte investimento de recursos na Atenção Básica:

No ano de 2004, o PSF abrangia 80,2% dos municípios brasileiros, 4.600 municípios, proporcionando uma cobertura de 39% da população, o que correspondia a 69,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2006c). Quando publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006 (BRASIL, 2006c), foram implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família (EqSF), em 5.106 municípios, cobrindo 46,2% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 85,7 milhões de pessoas. Em síntese, ao longo de todo o período, o número de EqSF, 328, em 1994, ultrapassou 33 mil, em 2012, atingindo uma cobertura da população brasileira (193.946.886) de 54,8% (Vasconcellos, 2013 apud Mendes e Marques 2014, pág. 900).

A expansão da ESF continua em ritmo acelerado, e no “final de 2013, constatou-se a presença de 36 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), de 300 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 23 mil equipes de Saúde Bucal (EqSB)” (MENDONÇA, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2014, apud idem, pág. 901).

Ao mesmo tempo em que há uma mudança na organização dos serviços, o Ministério da Saúde aumenta o repasse para a Atenção Básica:

Por sua vez, foram praticamente beneficiados os recursos destinados à Atenção Básica, que passaram de 9,7% para 17,7%, no mesmo período [1995-2011] (SERVO *et al.*, 2011; IPEA, 2013). Isso é decorrente da política prioritária do MS, de fortalecimento das ações ou programas da Atenção Básica, especialmente os incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que evoluíram de 0,6% do total, em 1995, para 8,9%, em 2009 (SERVO *et al.*, 2011; IPEA, 2013, apud idem, *ibidem*, pág. 903).

Podemos constatar que houve no Brasil um importante investimento na Atenção Básica, e embora isto tenha sido muito positivo, com efeitos importantes, mas ainda limitados em relação à aposta que se fez, a de ver a rede básica com alta resolutividade, fazendo a gestão das redes que se conectam para o cuidado, e constituindo linhas de cuidado no emaranhado da rede SUS. Se após estes anos, e o investimento realizado, não se consegue o objetivo proposto, há algum problema estrutural que impede o desenvolvimento da rede básica, para atingir a imagem objetivo pensada anteriormente, desde a constituição do SUS.

No nosso entendimento identificamos três questões que possam estar impedindo a atenção básica de assumir sua principalidade na rede de serviços do SUS:

1º. Mesmo que tenha havido uma reorganização dos serviços de Atenção Básica, com a instituição do Programa ou Estratégia de Saúde da Família, esta mudança aconteceu apenas na estrutura de organização das equipes de trabalho, com baixo impacto no processo de trabalho. Este se limita em alterar o centro de gravidade da produção do cuidado, da Unidade de Saúde, para o território e domicílio prioritariamente. Mesmo que esta mudança seja importante, representa uma reestruturação produtiva, ou seja, muda o modo de produzir o cuidado, ela é insuficiente para transformar a essência do trabalho, o seu núcleo tecnológico. Tais limites foram apontados por Franco, Bueno e Merhy (2000), e indicam principalmente que as diretrizes de reordenamento do processo de trabalho da ESF, não conseguem orientar para que as equipes invertam seu processo de trabalho, mudando a centralidade das tecnologias de cuidado, com maior

densidade das tecnologias leves no processo de trabalho. Isto efetivamente não era tratado pelo Ministério da Saúde, e portanto, o próprio PSF continuava operando principalmente no modelo “produtor de procedimentos”, mesmo atendendo as pessoas no domicílio, e assim operando da mesma forma o cuidado com base no alto consumo de tecnologias duras, em detrimento das leves. Por esta razão os fluxos produtivos do cuidado continuavam fortemente voltados à alta e média complexidade, e ao sistema hospitalar, mesmo que estes tenham reduzido uma pequena margem no seu financiamento federal, em relação à atenção básica.

2º. O escopo da atenção básica permanece restrito e limitado a processos de prevenção e promoção da saúde, com a intervenção clínica que ampliou em muitos lugares sua atuação, no entanto permanece restrita na medida em que não há recursos suficientes para o atendimento ao agudo, ou pessoas com baixa autonomia, em processo nos quais seriam necessárias ações de recuperação e reabilitação. A discussão de cuidados intermediários problematiza o atual escopo de atribuições da atenção básica. O que se discute, baseado nas experiências internacionais, e mesmo na experiência brasileira, é o de vinculação das ações de cuidado intermediário, à atenção básica, o que não significa um vínculo administrativo apenas, e às vezes nem isso seria adequado em muitos casos, mas uma conexão com fluxos seguros em rede, coordenado pela atenção básica, ou seja, ela seria a gestora do cuidado, incluindo os cuidados intermediários na sua governabilidade.

A Atenção Básica com eficácia no cuidado ao agudo, e mesmo situações de baixa autonomia, é a urgência do momento. Especialmente ao verificarmos o sucessivo crescimento da população idosa, em relação à população geral nas últimas décadas, que será discutido mais à frente. Assim, torna-se necessária uma reconfiguração dos serviços de saúde no Brasil, para atender às novas e importantes demandas dos serviços, principalmente os cuidados aos crônicos e egressos de internação hospitalar necessitando da continuidade do cuidado.

3º. A gestão do cuidado tem como pressuposto a constituição de redes, que operam a partir do trabalho cotidiano, onde os trabalhadores fazem os fluxos assistenciais acontecerem, e operam em conexão entre eles próprios e com os usuários. Neste sentido sugerimos observar que a micropolítica do processo de trabalho tem sido a referência importante para análise do funcionamento das linhas de cuidado. Estas linhas que refletem o percurso do usuário na rede de saúde, é a

expressão material e mais intensa destas redes, mesmo que as redes normativas e protocolares tenham seu destaque como referência para estes fluxos. Entre as redes que regulam, e as que são criadas no processo de trabalho cotidiano, há uma tensão constitutiva destes cenários, que são parte intrínseca do funcionamento destas redes, porque são sempre o produto da ação dos trabalhadores.

Historicamente os serviços de saúde no Brasil se organizaram de forma polar, ou seja, de um lado a Atenção Básica, e de outro a Hospitalar. Não há entre ambos um serviço amplo, consistente, em larga escala, constituído como uma rede, os cuidados intermediários, que serviria como uma instância de cuidado que poderia trabalhar no âmbito da recuperação e reabilitação, cuidando de pessoas com sinais de agudização, em estado agudo, e egressos de internação ainda com baixa autonomia. A missão destes serviços, e mesmo os de uma Unidade de Cuidados Intermediários, seria a de elevar o grau de autonomia do usuário para que o mesmo retorne em segurança para o domicílio.

Vimos até aqui que no Brasil vivemos um paradoxo no qual se constata que tem havido muito investimento na Atenção Básica, especialmente na primeira década e meia deste século. São investimentos materiais que significam expansão territorial da cobertura, construção e reformas de prédios, assim como aumento de equipes; e em recursos imateriais como a educação permanente e programas de formação técnica dos trabalhadores. No entanto mesmo com altas possibilidades de atender às necessidades de saúde nas comunidades onde de instala, há uma lacuna na atenção ao agudo, ou pessoas com baixa autonomia. Ao que parece, a rede básica chegou ao seu limite de possibilidades em relação ao atual escopo de atribuições, contando com os recursos assistenciais de que dispõe. Esta me parece a principal discussão a ser tratada, quando se fala em “cuidados intermediários vinculados à Atenção Básica”.

Reverendo a Experiência de Cuidados Intermediários no Brasil

O fortalecimento da Atenção Básica, sobretudo para o cuidado aos crônicos, se coloca desde sempre como um fator importante para qualidade dos serviços de saúde. Hoje é uma emergência especialmente diante do fenômeno de altas taxas de crescimento da população idosa em razão da população geral no Brasil. Esta população mais susceptível às condições crônicas precisa encontrar respostas consistentes das

redes de atenção à saúde, especialmente na atenção básica, para o atendimento às suas necessidades. Assim, serviços com capacidade de operar com foco na recuperação e reabilitação, especialmente fazendo uso central das tecnologias leves, no processo de produção do cuidado, são fundamentais para dar esta resposta.

Verificando o cenário demográfico dos últimos anos, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que a população brasileira acima de 60 anos no ano de 2.000, representava 8,2% do total, em 2017 são 12,5% e projeta-se para o ano de 2030 um percentual de 18,6%. Já acima de 50 anos hoje são 23,3% e em 2030 serão 31,2% da população. Nota-se a importância em ter uma política eficaz no cuidado ao idoso, em especial às doenças crônicas. Uma importante alternativa aos altos custos hospitalares, e a um cuidado de melhor qualidade, são os cuidados intermediários que se situam entre a Atenção Básica e Hospitalar. No Brasil apenas recentemente teve regulamentação governamental através da Portaria 895 de 31 de março de 2017 (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) informa que no ano de 2016 foram realizadas 11.282.302 internações hospitalares, sendo 7,1% de alta complexidade, e 92,9% de média complexidade conforme classificação do MS. Os gastos correspondentes foram de R\$ 11.145.926.740,99, dos quais 30,6% na Alta Complexidade e 69,4% na Média Complexidade. (DATASUS, 2017). Supõe-se que parte das internações de média complexidade poderiam ser evitadas, se houvesse uma instância de cuidados intermediários, situada entre a Atenção Básica e Hospitalar, capaz de ações de recuperação e reabilitação. Tal medida além de produzir um cuidado mais eficaz, possivelmente reduziria custos ao sistema de saúde.

Uma melhor resolutividade na Atenção Básica pode efetivamente reduzir internações desnecessárias e inadequadas, otimizando o uso de leitos, com possibilidade de aumentar esta oferta. Este texto propõe uma discussão para sistematizar e analisar as experiências de cuidados intermediários existentes junto à Atenção Básica no Brasil, e em parceiros europeus, especialmente vinculados a esta proposta. Os resultados da discussão devem servir para um debate em torno da ideia de incremento de ações e serviços junto à rede básica.

Os cuidados intermediários tal como sugeridos aqui, os que se situam entre a Atenção Básica e Hospitalar, podem servir para atender a uma demanda de problemas de saúde, de casos em que o usuário tem necessidades de cuidado

acima das condições às quais a Atenção Básica não consegue atender, mas por outro lado não se enquadra no perfil para a assistência hospitalar. Sendo assim é capaz de oferecer um cuidado mais adequado a estes usuários, e ao mesmo tempo prevenir internações desnecessárias, trabalhando a recuperação e reabilitação do crônico ou pessoa com baixa autonomia,

O termo cuidados intermediários, no Brasil, tem sido usado para nomear os serviços que estão atrelados à linha de cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, conforme Portaria do MS 895/2017. Nesta portaria os cuidados intermediários se situam entre a unidade de internação e a Unidade de Terapia Intensiva: “A Unidade de Cuidado Intermediário - UCI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva” (PT 895/2017).

Para efeito deste artigo, cuidados intermediários são entendidos como aqueles que se situam entre a Atenção Básica e o Hospital, destinados a usuários em situação crônica, e em processo de agudização, ou com baixa autonomia, necessitando de cuidados de reabilitação ou recuperação, para os quais os recursos disponibilizados em domicílio ou na atenção básica são insuficientes. Nestes casos seria inadequada e desnecessária uma internação em Hospital, que devem ser reservados para internação de dos casos que necessitem de tecnologias hospitalares para seu cuidado

Segundo Salsi e Colagero (2010) os serviços de cuidados intermediários começam a ser definidos nos anos 1990, prevalecendo o que propõe a Sociedade Britânica de Geriatria, segundo a qual estes serviços devem atender a algumas condições que seriam:

| Tabela 1 Critérios para definição de cuidados intermediários | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Serviços destinados àqueles indivíduos que necessitam de longa internação hospitalar, ou com risco de internação hospitalar, ou necessidade de assistência em residências | Serviços articulados sobre abordagem global destinada a desenvolver um percurso de cuidados individuais (PAI) | Serviços com o objetivo principal de máximo recuperação funcional e de retorno ao domicílio. | Serviços prestados por um período normalmente não superior a 6 semanas | Serviços que adotem o método de trabalho interprofissional com um processo avaliativo baseados em protocolos compartilhados |
| PAI = Plano Individual de Cuidado | | | | |

*Salsi e Colagero, 2010. Pág. 58.

Ainda segundo os autores, no âmbito da rede de serviços, algumas das formas possíveis e mais utilizadas de cuidados intermediários são: Internação domiciliar; Pós-agudização e cuidados de longa duração; Hospital Dia; Cuidado de enfermagem domiciliar (residência sanitária e assistencial, casa protegida); Hospital Comunitário.

No Brasil há vários Serviços de Cuidados Intermediários que têm uma função importante, embora seja necessário maior investimentos e a sua ampliação, como por exemplo, os Serviços de Atenção Domiciliar, “Melhor em Casa”, as Unidades e Hospitais de Cuidados Prolongados (PRT/MS/GM No. 2809/2012; e PRT de 28/09/2017), se enquadram no perfil de cuidados intermediários citado acima. Apenas recentemente houve regulamentação governamental de Cuidados Prolongados e de Serviços de Atenção Domiciliar, estruturas equivalentes aos cuidados intermediários, conforme conceito apresentado aqui.

No Brasil, especificamente o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem como objetivos: a redução da demanda por atendimento hospitalar ou redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É organizado por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), devendo atuar de forma complementar aos cuidados realizados na atenção básica, em serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Foi lançado, em agosto de 2011, por meio da portaria GM/MS 2.029, e atualmente é regulamentado pelas Portarias Consolidadas GM/MS 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, tendo abrangência nacional, contando com aproximadamente 1.000 equipes que cobrem cerca de 26% da população brasileira. Dentre os principais perfis atendidos pelo programa estão os pacientes com sequelas de AVC, já estabilizados, mas ainda com necessidade intensiva de cuidados, os pacientes com sequelas de traumas (acidentes de trânsito e vítimas de violência) e os pacientes com doenças degenerativas ou ameaçadoras da continuidade da vida, especialmente aqueles em fase final de vida.

Experiências de Cuidados Intermediários e o Hospital Comunitário

Em tese defendida da Universidade de Bolonha, Itália, Pieri (2016) informa que o conceito de “cuidado intermediário” nasce na Inglaterra no ano 2000, no National Beds Enquiry⁴. Discussões sobre este tema aconteciam desde os anos 1990, e neste século entra definitivamente na política sanitária europeia. Segundo o autor, o objetivo destes serviços é o de evitar internações desnecessárias ou inadequadas, atuando preventivamente no cuidado a usuários antes que se tornem agudos, ou nos cuidados a egressos de internação hospitalar, para que obtenham ganhos de autonomia para o retorno seguro ao seu domicílio.

Importa informar que como já dissemos anteriormente, há muitos tipos de cuidados intermediários. Neste momento passamos a discutir principalmente o Hospital Comunitário, tratando-o como uma novidade que se coloca frente ao Sistema Único de Saúde, e suas necessidades e possibilidades de cuidado aos usuários. Nas atuais condições sócio-sanitárias do Brasil, especialmente o crescimento da prevalência das condições crônicas, em razão da mudança do perfil censitário da população, com aumento da população idosa em relação à população geral do país. Esta situação nos coloca à frente da urgência de uma reestruturação produtiva no segmento da saúde, onde uma nova configuração das redes de atenção deve melhor responder às necessidades de saúde deste momento.

O Hospital Comunitário é uma Unidade de Cuidados Intermediários, se situando portanto entre a Atenção Básica e Hospitalar. Serve para internação de usuários com baixa autonomia, ou intercorrência da sua condição crônica. Nos protocolos ingleses e italianos, por exemplo, o período de internação em uma Unidade desta deve estar dentro de até 6 semanas, podendo variar de acordo com a região ou país. Muito difundido na Europa atualmente, tem sido um importante dispositivo na melhora do cuidado especialmente ao crônico, ou egressos do hospital mas ainda com baixa autonomia. Contribui de forma importante para o aumento da resolutividade da atenção básica, e é especialmente eficiente na relação custo-benefício por incidir sobre a redução de internações desnecessárias e inadequadas em hospitais gerais.

Um exame no relatório de auditoria realizada sobre os serviços de cuidados intermediários, publicados no *National Audit of Intermediate Care*

⁴ Department of Health. Shaping the Future NHS: Long-Term Planning for Hospital Services. London: Department of Health, 2000.

Summary Report 2015, na Inglaterra, verificamos que 70% dos usuários que recebem alta do Hospital Comunitário são encaminhados ao domicílio, revelando uma alta resolutividade, ou seja, demonstra que o objetivo de evitar internações no Hospital Geral, está sendo cumprido. Outros 10% apenas vão para um hospital geral, para agudos, e para recuperação em casa, 8% aproximadamente. (NHS BENCHMARKING NETWORK, et al, 2015, pág. 54).

Na mesma direção do informe inglês, a eficácia do Hospital Comunitário no cuidado é comprovada em estudo realizado na Noruega por Garåsen et al (2007), que comparou pacientes internados no Hospital Comunitário, com aqueles do Hospital Geral, e conclui que: “O cuidado intermediário em um hospital comunitário diminuiu significativamente o número de readmissões para a mesma doença para o hospital geral e um número significativamente maior de pacientes ficou independente do atendimento comunitário após 26 semanas de seguimento, sem aumento na mortalidade e número de dias em instituições” (GARASEN et al., 2007, pág. 08).

Ainda segundo este estudo, “Os cuidados intermediários em um hospital comunitário parecem ser altamente efetivos. Em um sistema de cuidados de saúde moderno, o cuidado é cada vez mais especializado, fragmentado e focado em órgãos. Além da expansão de uma sub-especialização adicional na medicina moderna, os resultados deste estudo ressaltam a necessidade adicional de melhores sistemas de cuidados de *step-down* em um nível intermediário” (GARASEN et al, 2007, pág. 07).

A Itália e em especial a Região Emilia-Romagna tem feito investimentos significativos na organização de serviços de atenção intermediária, incluindo o Hospital Comunitário.

Um informe da Região registra um quadro da rede de serviços da cidade de Modena, no qual é possível observar muitos pontos de convergência com situações vivenciadas nos serviços de saúde no Brasil: 1) **o fenômeno do envelhecimento da população** e o conseqüente aumento de incidência de doenças crônicas, que necessitam de políticas fortemente voltadas para este cuidado; 2) **a fragmentação do cuidado a esta população**, resultando em dificuldades na assistência e risco de piora no quadro clínico; 3) **internações hospitalares desnecessárias e inapropriadas**, piorando as condições de cuidado do usuário, e elevando a relação

custo-efetividade na prestação de serviços de saúde; 4) **a insuficiência na rede de serviços de saúde de estruturas para cuidados intermediários** destinadas ao usuário crônico, ou ao egresso de internação hospitalar e que necessita de suporte para retornar para casa. (ITÁLIA-RER-MODENA, 2016).

No Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região de Emilia-Romagna, Itália, define o Hospital Comunitário da seguinte forma:

“uma estrutura com número limitado de leitos, gestão da enfermagem, e assistência médica é garantia pelo Médico de Medicina Geral, o Pediatra de livre escolha ou o Médico Servidor Público do Serviço Sanitário Nacional. Atende prevalentemente pacientes que necessitam de acompanhamento de enfermagem de forma continuada, ou de cuidados potencialmente ofertados em domicílio, mas que necessitam de internação nesta estrutura, na falta de estrutura e acompanhamento familiar no domicílio” (RER, pág. 37).

Há um investimento importante da Região na organização de Hospitais Comunitários. O documento citado acima informa que existiam em 2017, 13 Hospitais Comunitários com um total de 230 leitos, exercendo atividades de cuidados intermediários em Emilia-Romagna.

Pela história e experiência no *National Health Service* inglês, na Noruega e Itália, informados acima, é possível formar evidência quanto à eficácia e eficiência destes serviços, podendo servir de referência para se pensar um projeto de ampliação e qualificação dos cuidados intermediários, junto ao Sistema Único de Saúde no Brasil, particularmente com a implantação de Unidade de Cuidados Intermediários vinculados à Atenção Básica.

Considerações Finais

Este texto pretendeu levantar um debate e não fechá-lo aqui, que procura problematizar a Atenção Básica, sobretudo a abrangência atual do seu escopo de atribuições, propondo que o mesmo seja estendido para abarcar um volume maior de atividades e dispositivos para o cuidado à saúde.

Foi pensado para isto os cuidados intermediários, tal como exposto aqui, os dispositivos de cuidado que se situam entre a atenção básica e hospitalar, fazendo

mediação entre estes serviços, através de uma potente rede de cuidado, com fluxos seguros aos usuários. Especialmente a vinculação destes serviços com a Atenção Básica nos parece a questão importante, pois significa uma reconfiguração da rede de serviços, em especial, o fortalecimento dos cuidados no âmbito local e das comunidades.

Espera-se com isto aumentar a resolutividade no cuidado aos crônicos, demanda cada vez mais frequente nas redes de serviços, e que deve ser prioridade, sobretudo com o fenômeno da transição demográfica, com o aumento significativo da população idosa, em relação à população geral, aumentando a demanda para este perfil de usuário.

Por outro lado, o Brasil traz uma importante experiência de cuidados, inscrita no Programa de Atenção Domiciliar (PAD), e os Cuidados Prolongados, que tem vários dispositivos assistenciais. Estes programas embora significativos, e regulamentados, ainda são insuficientes para atender à demanda existente e certamente crescente.

Esperamos ter suscitado o debate sobre o tema que envolve o fortalecimento da Atenção Básica, mudanças estruturais na forma de pensar e fazer os serviços de saúde, nos quais a questão do seu funcionamento cotidiano esteja em foco. Esperamos contribuir para inovações no campo da produção do cuidado, inserindo no debate da Atenção Básica, o dispositivo de cuidados intermediários como um elemento de mudança no rumo da sua qualificação e ampliação de possibilidades de cuidado.

Referências

- BRASIL/Ministério da Saúde. Brasília, 2014. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/537-sgep-raiz/dai-raiz/dai-sgep/12721-diagnostico-dos-hospitais-de-pequeno-porte-e-atualizado>, acesso em outubro de 2017.
- BRASIL/MS. Portarias Consolidadas GM/MS 2, 3, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017.
- BRASIL/MS/DATASUS. www.datasus.gov.br (acesso em agosto de 2017).
- BRASIL/MS/GM. Portaria 2.809 de 2012.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. Hucitec: São Paulo, 2013.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 1999, vol.15, n.2, pp.345-353.
- GARÅSEN, H.; WINDSPOLL, R.; Johnsen, R. . Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *Londres: BMC Public Health* . 2007; 7: 68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/#idm140430022376160title> (acesso em setembro de 2019).
- ITÁLIA/Região Emilia-Romagna. Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região de Emilia-Romagna.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, OUT-DEZ 2014.
- MERHY, E.E. Criação De Observatório Microvetorial De Políticas Públicas Em Saúde E Educação Em Saúde. Projeto de Pesquisa apresentado do CNPq. Rio de Janeiro, 2013.
- MERHY, E. E. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NHS BENCHMARKING NETWORK, et al; 2015. <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/national-audit-of-intermediate-care-summary-report-2015-assessing-progress-in-services-for-older-people-aimed-at-maximising-independence-and-reducing-use-of-hospitals/r/a11G00000CTEgOIAx> (Acesso em setembro de 2017).
- PIERI, G. L'ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza. Tese de doutorado apresentada junto à Universidade de Bologna. Bologna, 2016.
- SALSI, A.; COLAGERO, P. Le Cure Intermedie. *Italian Journal of Medicine* (2010) 4, 57—62.
- SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE /Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare / RER. “Um novo avanço no desenvolvimento da rede de serviços de assistência territorial e a implantação dos Hospitais Comunitários na Região Emilia-Romagna”, RER-2016.
- UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E. M. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):915-928, 2007.

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.

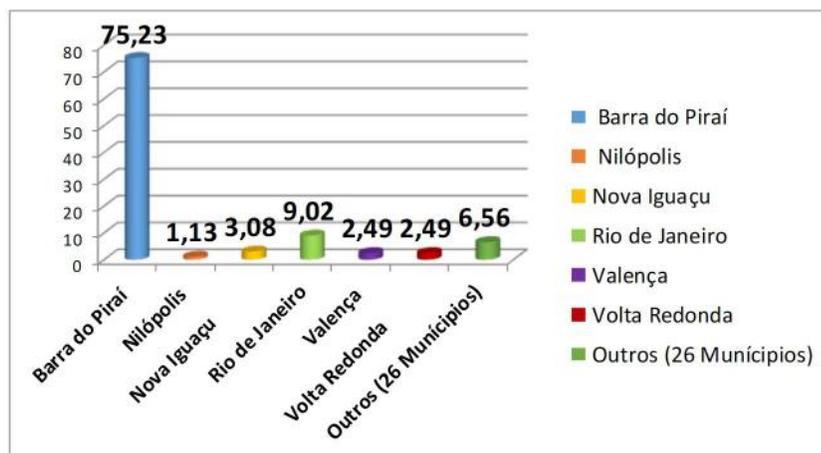
Por se tratar de coleta de dados secundários de domínio público, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva na Plataforma Brasil.

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.



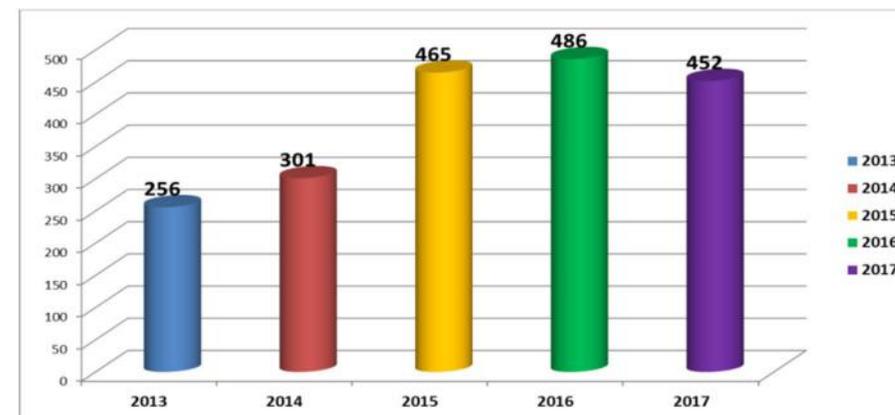
Fonte: DATA – SUS - SIH-SUS

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 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|---------|
| Causas Externas | 6,3 | 7,9 | 3,7 | 8,73 | 10,1 | 8 |
| Enfer.Cardiovasculares | 4,5 | 7 | 28,3 | 40 | 34,5 | 27,6 |
| Enfer.Pneumológicas | 3,9 | 7,5 | 2,9 | 3 | 0,6 | 3 |
| Enfer.Decorrentes da Aids | 0,3 | 1,4 | 1 | 1,1 | 1,4 | 1,1 |
| Enfer.Neurológicas | 26,9 | 32 | 28,9 | 21,1 | 30,2 | 27,8 |
| Enfer.Oncológicas | 58 | 44,1 | 34,7 | 24,8 | 21,8 | 32,4 |
| Enfer.Osteomusculares | 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 |
| Causas Externas | 6,0 | 7,0 | 2,7 | 6,0 | 7,8 | 0,3 | 0,9 | 1,0 | 2,7 | 2,3 |
| Enfer.Cardiovasculares | 2,1 | 4,0 | 13,6 | 19,8 | 17,5 | 2,4 | 3,0 | 14,7 | 20,2 | 17,1 |
| Enfer.Pneumológicas | 3,0 | 3,3 | 1,4 | 1,5 | 0,2 | 0,9 | 4,2 | 1,4 | 1,5 | 0,4 |
| Enfer.Decorrentes da Aids | 0,3 | 1,4 | 0,8 | 0,8 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 1,2 |
| Enfer.Neurológicas | 11,4 | 15,4 | 11,8 | 7,6 | 13,0 | 15,6 | 16,6 | 17,1 | 13,5 | 17,3 |
| Enfer.Oncológicas | 30,2 | 25,2 | 18,0 | 14,1 | 11,3 | 27,8 | 18,9 | 16,7 | 10,8 | 10,5 |
| Enfer.Osteomusculares | 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

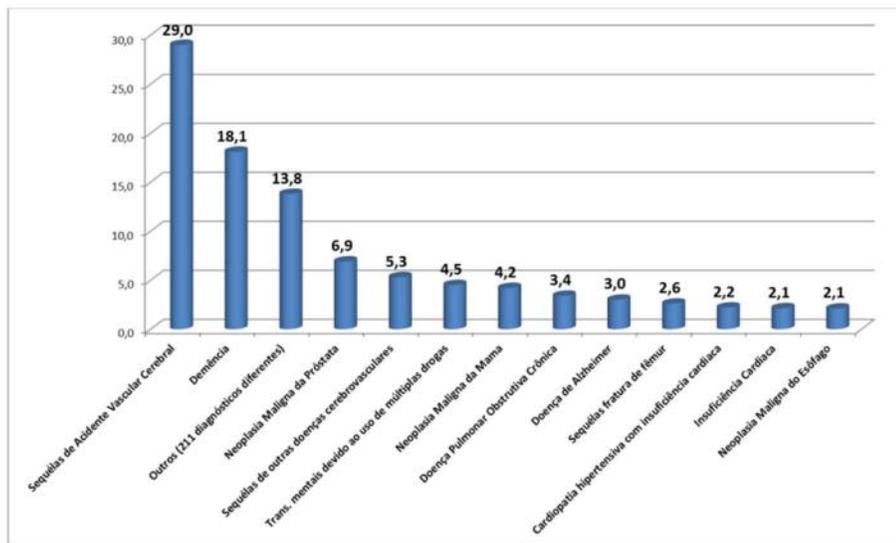
ambos apresentaram discreto aumento (M: 11,4 - 13,0 e F: 15,6 - 17,3. Já nas enfermidades oncológicas, corroborando com dados anteriores, houve relativa diminuição entre pacientes deste perfil para ambos os gêneros (M: 30,2 - 11,3 e F: 27,8 - 10,5).

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.

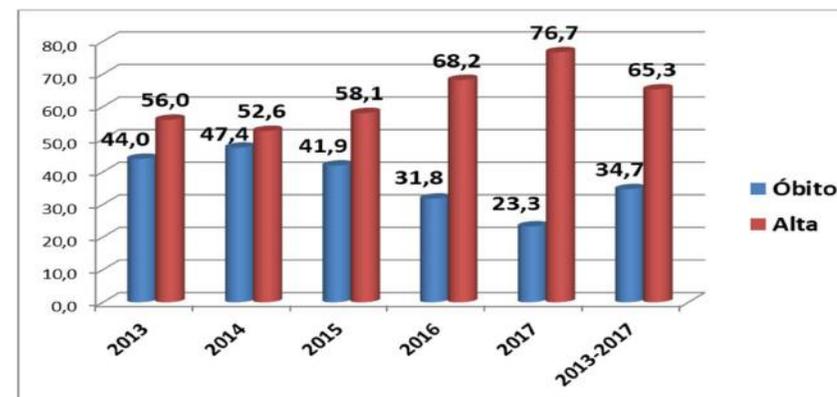
As sequelas de acidentes vasculares cerebrais juntamente com a demência somam-se 47,1% dos pacientes atendidos, sendo estas doenças, na maioria dos casos, incapacitantes com perda de autonomia consideráveis. Entretanto, verifica-se que não somente estas, mas a maioria dos diagnósticos atendidos no referido 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

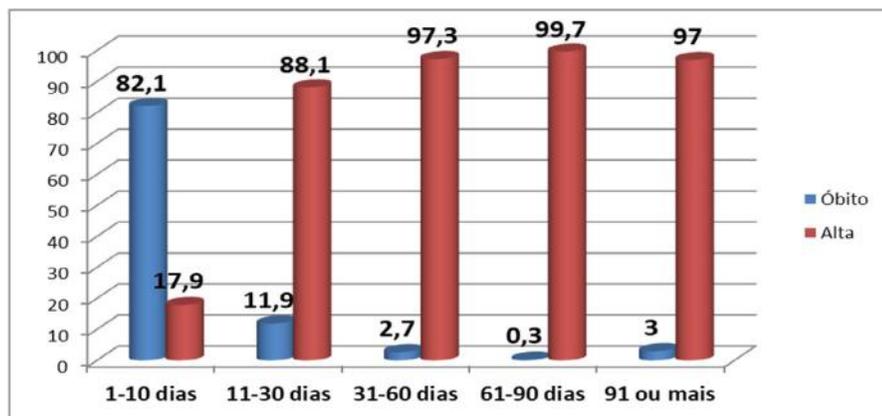
um possível risco de se perder o foco sobre a reabilitação do usuário em cuidados prolongados. A princípio, esta medida visaria o atingimento máximo de níveis de autonomia para as atividades da vida diária e assim andarem o máximo por si, a suas próprias vidas (Portaria MS/GM 2.809 de 2012).

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.

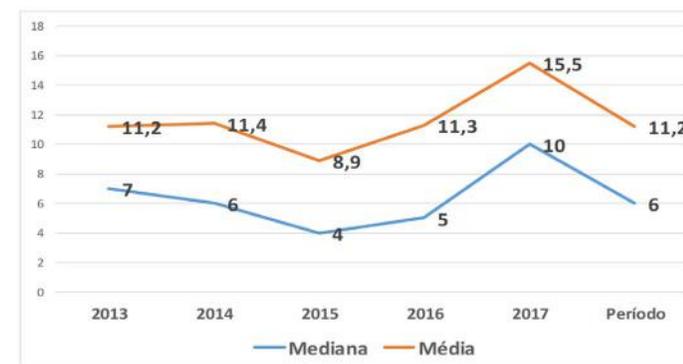
Quadro 8 – Quadro comparativo quanto à média de idade, óbito e tempo médio de permanência segundo o gênero por ano e período, 2013 – 2017.

| | 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.

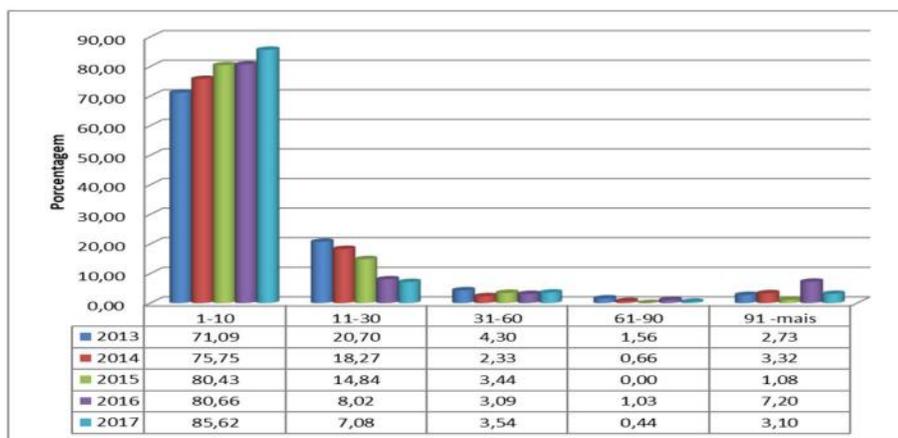


Fonte: DATASUS - SIH-SUS

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.

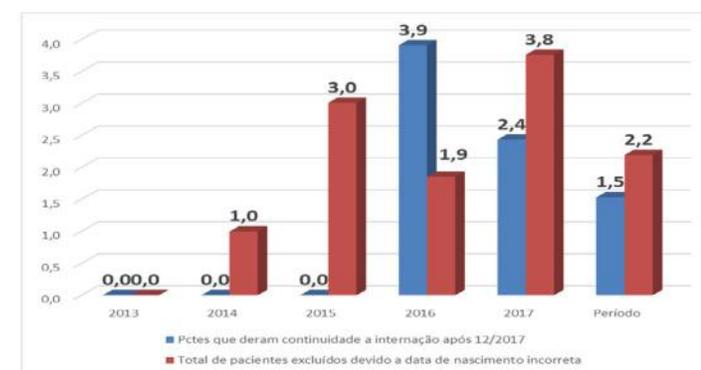
Em 2015 houve 3 pacientes que permaneceram mais de 800 dias, porém, em 2017 o número de paciente com tempo de internação acima de 200 dias foi reduzido a 4 usuários.

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.



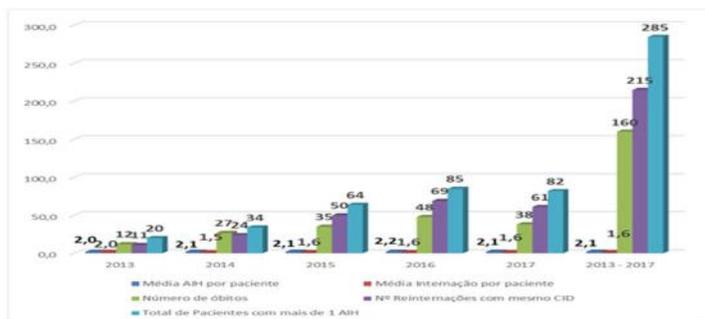
Fonte: DATASUS – SIH-SUS

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.

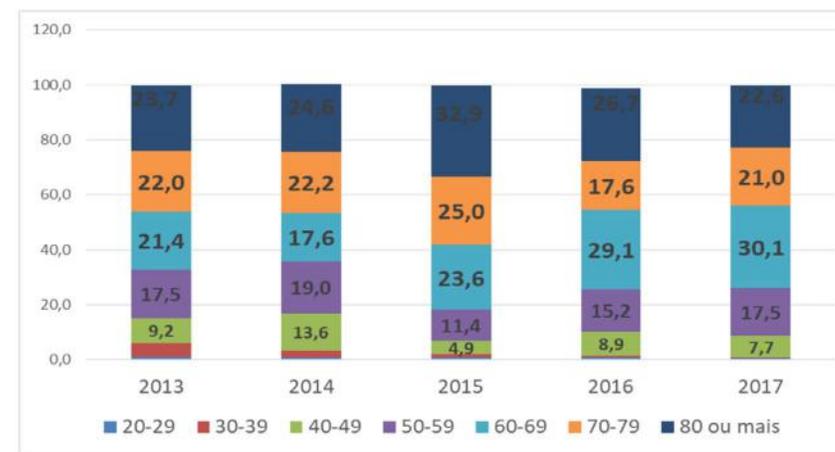


Fonte: DATASUS – SIH-SUS

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 |
|---|---------------------|-----------------------------|
| GESTÃO DE LEITOS | RUE | ATENÇÃO PRIMÁRIA |
| NÚMERO DE LEITOS | MINÍMO 40 | 15 - 20 |
| COORDENAÇÃO LOCAL | MÉDICO | ENFERMAGEM |
| COORDENAÇÃO GERAL | PRÓPRIA | ATENÇÃO PRIMÁRIA |
| PERÍODO DE ASSISTÊNCIA | 24 HORAS | 24 HORAS |
| SUPORTE MÉDICO | PRÓPRIO | MÉDICO DA FAMÍLIA / PRÓPRIO |
| TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO | 11,2 DIAS | 23,1 DIAS |
| HOSPITAIS COMUNITÁRIOS X POPULAÇÃO | 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,

a ideia de que onde há uma forte a captura do agir do outro, há o seu contrário, a nossa capacidade de fugir delas e de inventar novas organizações dentro da organização, ao explorarmos potências do nosso trabalho vivo em ato e nossas capacidades de autogovernos no campo organizacional.

A terceira questão traz para a cena da experiência o elemento que aponta a noção de como, no fazer em saúde, a presença do outro e o seu modo de existir produz intensivamente interferências efetivas no nosso corpo, que podem nos levar para outras formas de produzir sentidos ali nas nossas ações.

A quarta, é sobre a ideia que podemos adquirir a partir da nossa relação com a produção das vidas dos povos originários amazônicos que partem da noção de que o mundo nem sempre existiu, como diz Ailton Krenak, uma grande liderança indígena no Brasil, em um texto de 1983.

Após recolher essas quatro questões, podemos, então, pensar o tema do governo, que é um elemento importante nessa discussão sobre os modos de cuidar, pois em última instância o que está em jogo, aqui, é como se governa, no encontro com o outro, um conjunto de estratégias de ações, que implicam em agir sobre e/ou com o outro.

Trago esses elementos para a produção de um conjunto de reflexões que podemos fazer sobre os vários lugares que nos permitem experimentar práticas e formas de agir na nossa dimensão como governantes dos nossos processos relacionais, em qualquer contexto institucional que nos encontramos.

E a partir disso trazer vários outros elementos que nos permitam pensar o tema do cuidado em saúde, que está no centro da pauta dessa conversa, e que sempre prescinde para sua realização do encontro com o outro. Encontro que sempre se revela como uma micropolítica em si, por ser permanentemente constituído por distintos feixes de forças que operam e são operados nos processos relacionais, aí inscritos, como intensividades.

Dentre as cenas das minhas experimentações/experiências que elegi, começo com aquelas que fazem referência a minha prática como médico, na qual pude viver e experimentar diferentes níveis de inserção, desde o lugar em uma prática cotidiana como clínico, em distintas áreas de produção do cuidado, até como coordenador e diretor de vários outros níveis e instâncias de organização das redes de serviços de saúde, em especial no Estado de São Paulo.

A questão central, aqui, faz referência aquele tipo de profissional que sai da Universidade com uma noção de que tem muita força, muita potência para enfrentar os problemas que a prática profissional vai criar, e na época não tinha a mínima noção de que essa ideia de potência era muito mais uma prepotência do que potência.

Não entendia muito claramente essa diferença e não conseguia perceber o quanto essa pretensão de potência, era de fato uma grande impotência, porque nessa pretensão inicialmente não percebia o quanto não fazia nada de diferente do que todos os outros faziam, a não ser ter mais paciência para escutar o outro, mas em termos de concepção dos problemas de saúde e os modos de abordá-los pouco de distinto fazia. Com o tempo, minha percepção sobre isso foi alterando, em particular por ter percebido o quanto as receitas que os outros produziam eram muito semelhantes das minhas, com pequenas variações, não tão significantes, a não ser no jogo empático que produzia com os usuários e usuárias. Esse era uma percepção muito dura, muito difícil, pois me colocava diante da ideia de que eu me imaginava fazendo coisas incríveis e na realidade fazia repetições dos modos de agir da medicina hegemônica, que tinha aprendido na Faculdade de Medicina.

E aí nessa experiência, no interior dela, vai emergir como uma grande questão que irá interferir profundamente na minha própria percepção sobre o mundo do trabalho em saúde, em especial no encontro que vai se realizar com aqueles outros trabalhadores, não médicos Ou seja, aquele conjunto de outros trabalhadores dali do cotidiano do serviço, composto por outras profissões ou por outros tipos de práticas de saúde, que não pertenciam ao meu território, inclusive me abrindo para acreditar mais nas experiências dos próprios usuários e usuárias nos seus relatos de formas de se cuidarem e serem cuidados, em territórios além das redes de saúde.

Tudo isso, foi incrementando minha noção da importância da experimentação da presença de um outro, que está ali no cotidiano do trabalho, levando a ter que criar novas significações para isso tudo, em especial o entendimento do modo como esse outro olha e age, além de ter que “emprestar o seu olhar” para compreender os seus jeitos e modos de se posicionar no mundo do cuidado, abrindo um leque importante de novas possibilidades tecnológicas para essas experiências de cuidar. Na mesma dimensão, incorporar os modos de olhar e perceber, não só dos trabalhadores, mas desse outro que traz para dentro do encontro a sua vida, o seu mundo de necessidades conforme eles e elas elaboraram.

Dentro do meu cotidiano, o meu desconforto com essa situação me leva a uma tensão muito grande para poder pensar de que maneira esses outros tinham tantas originalidades existenciais, e que um não saber muito forte me habitava sobre isso. Não saber sobre os seus modos de agirem ou não saber sobre seus modos de produzirem sentidos para si e que essas originalidades me afetavam a ponto de me levarem a questionar a minha prepotência como, de fato, uma impotência.

Essa possibilidade de perceber o outro como uma forma original de viver exigia de mim o abandonar, em meu corpo-subjetividade, várias marcas sígnicas, vários registros que formavam meu próprio corpo sensível e racional.

Esse processo é muito difícil e essa dificuldade é muito presente em nós, que diante de fortes incômodos verdadeiramente existenciais tomamos como conduta acolhê-los ou rejeitá-los, a partir dessa ordem esse processo pode nos levar a produzir outras potências, criar outros modos de produzir o mundo com os outros, ou pode nos levar a um recuo e criar uma casca de resistência para não se deslocar das marcas já existentes, por estarmos sendo interrogados no nosso próprio modo de existir. Nessa experiência, me via sendo interrogado sobre o modo de existir como corpo médico e de que maneira poderia me deslocar das práticas já corporificadas e construir uma outra possibilidade da experiência médica, em mim.

Isso abriu uma grande oportunidade que era a possibilidade de experimentar a diferença do outro como algo que me enriqueceria, como algo que me levaria a uma outra possibilidade de experimentar o meu próprio existir na vida e nas minhas práticas profissionais, mesmo que isso significasse um risco de desorganização interna.

Correr esse risco foi um elemento fundamental nestes momentos, nos quais pude viver intensamente esses incômodos e aceitar o convite que me faziam de produzir-me epistemologicamente de uma outra maneira.

Uma das grandes questões que eu pude e tive que aprender, diferentemente do que a medicina hegemônica tinha me inculcado, reforçado pela minha militância como ativista do campo político da esquerda, é que não precisava ter resposta para tudo que estava vivendo e experimentando, que poderia explorar algo inovador que era a produção de uma inteligência não personalizada, mas de uma inteligência como uma produção coletiva, e nesse período foi fundamental

ter tido contato com a oferta do Educador Paulo Freire, que pode me abrir certos certos atalhos em relação a uma intensa conversa sobre isso.

Nesse momento, percebi que havia um processo de transformação fundamental em relação a esses outros vividos anteriormente, com importantes impactos nos meus modos de existir e conceber até o que deveria ser um agir militante e suas implicações com os modos de viver dos outros, instalados nas diferenças mas agenciadores de mais vida nas próprias vidas.

Aprendi muito, alguns anos depois, com uma ideia do Povo Zulu, sobre tudo isso, que Nelson Mandela explorava positivamente e que é a ideia contrária à visão de Descartes do “Penso Logo Existo”, pois é uma ideia que abre a perspectiva de sou o que somos, o que traz absolutamente uma mudança de sentido do que deve significar a outre em cada um.

Tudo isso carrega em si uma possibilidade de se abrir para a noção de que o pensamento não vem antes, que o pensamento vem na experiência do outro em nós e com os outros. Isso muda muito nosso modo predominante de conceber a produção da inteligência como um elemento coletivo e nos leva a viver o experimentar cotidiano do trabalho sob uma outra mirada uma outra perspectiva.

Abri-se a possibilidade da prepotência-impotência tornar-se potência, com uma perspectiva de que ali no encontro com o outro inscreve-se a possibilidade de inventarmos mundos outros.

Isso vai abrir uma nova ideia, que vou consolidar depois com a visão, que conheci de vários povos indígenas originários do Brasil, de que o mundo antes não existia e que o mundo que passa a ser criado, cria tudo e todes como humanos sob várias formas corporais distintas. Isso me permitiu criar novos campos de visibilidades sobre a produção das vidas e sobre nossa potência em transformar essa produção em nosso objeto de desejo.

Esses povos nos colocam diante da situação de que nosso modo de viver é constituidor de mundo e portanto é uma produção do nosso próprio modo de viver e, desse modo, pode ser desconstruído, construído, reconstruído e inventado.

A abertura para a presença do outro na sua diferença, como uma potência, agora acrescida da possibilidade de com o outro inventar no comum um mundo que não existe, hoje claramente me coloca numa outra perspectiva diante das experiências cotidianas dentro de uma organização, me leva a imaginar

as organizações existem e não existem, e que podemos com o nosso agir coletivo, com nossa inteligência coletiva, inventá-la, criá-la, para produzir outros sentidos nos seus aconteceres, ou seja, inventar uma organização que não existia.

Deslocando aquela situação no pensamento solitário para um pensamento com os outros abre-se elementos diversos para olhar e agir no próprio campo da saúde e do mundo do cuidado.

Para não ficar muito abstrato, exemplifico.

Começo com o relato de um rapaz, com deficiência motora, que agradecia ter ficado deficiente físico, pois dizia que antes da deficiência sua vida era muito sem sentido, voltada para coisas bem fúteis, que a deficiência lhe ensinou a produzir vida nova, a produzir vida de fato para si e com os outros.

O outro é sobre uma jovem com câncer de mama, que agradecia ao câncer, pois o câncer tinha aberto para ela a possibilidade de viver uma vida muito melhor do que vivia. Muito mais rica nas relações com os outros, que agora eram muitos, e que antes estavam muito restritas a pequenas relações com marido e com a mãe.

E, aí, aparece um terceiro elemento que é como na nossa experiência do mundo do cuidado temos que enfraquecer o nosso corpo-profissional instituído, para que a experiência de produção da vida do outro nos invada e nos convide a aprender com ele novos sentidos para a existência e para o cuidado. E, para finalizar, gostaria de dizer e deixar claro que o nosso lugar é como facilitador do agenciar em si do outro, para que o enriquecimento da sua capacidade autônoma sobre sua existência seja produzida em autenticidade e por si.

Como todos somos governantes, do sentido pleno da noção de governar a si e o outro, e disputamos a produção de mundo a todo instante, em todos os planos de relações aonde nos inserimos, me vejo hoje como um experimentador de produção de mundo junto e por causa dos outros. Me sinto alegre pela invasão amorosa que a outre produz em mim, pela sua diferença.

PARTE 2

CAMINHANDO COM O PROJETO RERSUS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO EM SAÚDE, CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE UMA TRÍPLICE EXPERIÊNCIA

Alessandra Cristina Conceição de Souza
Anderson Lima Guidini
Marli Rodrigues Tavares
Ana Lúcia Abrahão da Silva
Túlio Batista Franco

Introdução

Os Cuidados Intermediários são constituídos de serviços que têm como objetivo principal a recuperação da autonomia, e manutenção do usuário o mais próximo possível do domicílio, estando este voltado a todas as pessoas que não têm necessidade de serem hospitalizadas, mas que têm, todavia, necessidade de uma assistência à saúde que não poderia ser ofertada no seu lar.

Os pacientes de cuidados intermediários são aqueles estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (GAIZINSKI, 1998), mas falar de cuidados intermediários no Brasil remeterá a uma proposta intra-hospitalar e médico centrado, pautado em uma estrutura de predominância de tecnologias duras e leve-duras. De modo geral, as instituições privadas de grande porte, adotam a nomenclatura para o tratamento que é delimitado entre a alta da terapia intensiva e a unidade de internação (enfermaria).

O Ministério da Saúde através da Portaria de consolidação Nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, define Unidade de Cuidado Intermediário (UCI), como:

serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva, necessitando de monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, podendo ser classificada como: Unidade de Cuidado Intermediário Adulto UCI-a; Unidade de Cuidado Intermediário

Pediátrico UCI-ped; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo e; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru –UCINCa (BRASIL, 2017).

Ressalta que em locais onde não disponham destas unidades, os pacientes deverão receber os cuidados necessários para estabilização respiratória e hemodinâmica, para que sua transferência seja realizada com segurança (BRASIL, 2017).

Frente o exposto, evidencia-se a importância de ampliar o entendimento e a ação dos cuidados intermediários, pois o país vive um quadro de mudança do perfil etário da população, com grande aumento da população idosa, em relação à população geral. Este fenômeno tem como efeito o aumento da prevalência de condições crônicas, mais presente na população idosa. Com este fenômeno há uma maior demanda por serviços de controle de crônicos, resultando em oportuno a instalação de serviços de cuidados intermediários, em apoio à Atenção Básica, aumentando sua resolutividade para estes casos.

O uso das tecnologias nas ações de cuidado em saúde, está no centro do debate de organização de serviços de cuidados intermediários. De acordo com Merhy (2007) as tecnologias classificadas em duras, leve-duras e leves. Para o autor, as tecnologias duras estão relacionadas ao uso de equipamentos; as leve-duras aos saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos e as leves encontram-se relacionadas ao que envolva as relações pessoais (MERHY, 2007). Ora, um efetivo serviço que realmente signifique mudança nos modos de produzir o cuidado, deve operar centralmente nas tecnologias leves, valorando as relações, e diretrizes como do acolhimento e vínculo.

Salienta-se que a rede de atenção básica de saúde apresenta estrutura física essencial para o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que buscam resolutividade aos problemas de saúde (BRASIL, 2009). Ressalta-se que com a crescente demanda de atendimento a população acometida por doenças crônicas há a necessidade de se reordenar o sistema, estando à diminuição do número de hospitalizações nestes casos a efetiva ação da Atenção Primária à saúde (MULLER *et. al.* 2014; ALFRADIQUE *et. al.* 2009).

Aponta-se deste modo a necessidade de reordenação do sistema sendo iniciada pela atenção primária com vistas a articular e integrar os serviços de saúde, atendendo a demanda da população (BRASIL, 2004). Mas com o aumento das

hospitalizações em decorrência das doenças crônicas torna-se primordial que sejam aplicadas ações assistenciais, podendo estas serem ressignificadas por intermédio do cuidado intermediário e das tecnologias que a este cuidado estejam vinculadas.

Destarte, podemos compreender o cuidado intermediário como uma forma de cuidado em saúde, onde há o encontro dos diversos tipos de tecnologias, contudo, a perspectiva maior é que haja a evidenciação das tecnologias leves, onde o cuidado seja centrado no usuário. De acordo com Almeida e Fófano (2016), as tecnologias leves empregadas pela enfermagem são importantes ao cuidado do paciente, devendo as ações desenvolvidas no transcorrer assistencial serem norteadas por princípios, sendo estes: humanização, comunicação e ética.

Para os referidos autores, o uso de tecnologias leves não exclui a necessidade de utilização de tecnologias duras, mas há a complementação de tecnologias que apresentam a finalidade de qualificar o atendimento de pacientes em estado crítico (ALMEIDA; FÓFANO, 2016).

Neste cenário em que se evidencia a importância do uso das tecnologias para a qualificação da assistência aponta-se o cuidado intermediário como uma instituinte ao modelo de Atenção à Saúde, apresentando o objetivo de articular e dar suporte a Rede de Atenção Básica do Município de Niterói, colaborando para dirimir realidades como: superlotação dos leitos de emergência devido à demanda inadequada; dificuldades de realização, em tempo ideal, de exames complementares de maior complexidade; dificuldades na regulação de transferências de pacientes com necessidade de atenção de alta complexidade, visto que no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Ante o exposto, aponta-se que o principal objetivo dos Cuidados Intermediários é evitar internações desnecessárias ou inadequadas, atuando principalmente na prevenção dos agravos à saúde, visto que entre o modelo de Atenção Básica e os Hospitais de grande porte há uma fissura que vulnerabiliza os usuários antes que se tornem agudos, e nos casos de cuidados a egressos de internação hospitalar, para que os mesmos adquiram (ou adaptem-se à sua condição) autonomia para o retorno seguro ao seu domicílio.

A assistência à saúde aos pacientes de Cuidados Intermediários possui como proposta um modelo de equipe interdisciplinar composta por: Assistente

social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Psicólogo, Técnico em Enfermagem e Terapeuta Ocupacional; esta equipe será organizada para desenvolver um trabalho articulado com a Rede de Atenção Básica de Saúde do Município de Niterói, realizando trocas de informações e ações visando um atendimento centrado no usuário e em suas necessidades de saúde.

Experiências de cuidados intermediários encontram na profissão de enfermagem um suporte fundamental, sendo gestora do cuidado, fazendo interface com as outras muitas profissões da saúde.

Destarte, este relato de experiência apresenta relevância por demonstrar a implementação dos cuidados intermediários na rede de saúde de Niterói, sendo esta efetivação desenvolvida pautada em metodologia participativa e corroborativa com vistas a preservar a identidade social e cultural dos componentes do grupo de cuidados intermediários.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência de discentes no Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica no município de Niterói/RJ.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por três alunos do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) da Universidade Federal Fluminense (UFF), em parceria com a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, através do curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica desenvolvido em parceria entre a UFF, o Ministério da Saúde e Agência Sanitária e Social da Região Emilia Romagna – Itália.

O relato de experiência pode ser entendido como relatório de uma atividade prática, ou seja, uma exposição escrita de uma experiência ou de um determinado trabalho. Um relato é a soma da descrição da realização experimental, dos resultados obtidos e das ideias relacionadas, constituindo uma compilação completa e coerente de tudo que diz respeito ao trabalho, sendo um registro de todas as informações obtidas. É realizado com a finalidade de descrever experiências, investigações, processos, métodos e análise.

Deste modo, o estudo não prevê a submissão e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa para o seu desenvolvimento, sendo o relato pautado nas experiências obtidas pelos autores que compõe esta publicação ao participarem do curso.

O curso teve seu desenvolvimento no município de Niterói, nas dependências da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) - Universidade Federal Fluminense e no Auditório do Hospital Municipal Carlos Tortely (HMCT) no período de março a dezembro de 2019 e apresentou como objetivo o delineamento da proposta para implementação da unidade de cuidados intermediários na Rede de Atenção à Saúde, no município de Niterói, com vistas a ampliar as ações de saúde desenvolvidas pela rede básica de saúde.

Ao final do curso foi elaborado um fluxograma para reorganização e implementação das linhas de cuidado dos Cuidados Intermediários na Rede de Atenção à Saúde do município de Niterói. O conteúdo deste material foi validado pelos próprios profissionais de saúde, quanto à pertinência e facilidade de compreensão do mesmo.

Relatando a experiência

O relato de experiência que será apresentado a seguir foi desenvolvido tendo como fios condutores a inserção dos discentes no curso e um caso clínico observado e discutido no transcorrer do curso. Frente o exposto, a experiência a ser relatada encontra-se dividida em duas categorias para melhor narração e compreensão da experiência vivida, sendo estas: “A inserção no curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica no município de Niterói/RJ” e “A realidade atual de cuidado ao paciente crônico e os cuidados intermediários: pensamentos inerentes à experiência vivenciada”.

A inserção no curso de aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica no município de Niterói/RJ

A atuação como discentes no Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica no município de Niterói/RJ, nos proporcionou experiências significativas. Deste modo, percebemos

a necessidade de partilharmos os saberes construídos e as experiências vivenciadas no processo.

A experiência ilustra o início do projeto com vistas ao delineamento da proposta para implementação de uma Unidade de Cuidados Intermediários entre Atenção Básica e Hospitalar, no município de Niterói, com a finalidade de: diminuir a ocupação desnecessária de leitos hospitalares; reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos re-agudizados visto as elevadas taxas brasileiras.

Aponta-se assim que a demanda de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis que necessitam dos cuidados intermediários no Brasil é grande, sendo o município de Niterói, o primeiro a mostrar o interesse em pôr em prática os Cuidados Intermediários.

A proposta é que os cuidados intermediários sejam realizados em espaço físico no interior do Hospital Municipal Carlos Tortely (HMCT), localizado no bairro de Fátima, próximo ao centro de Niterói. A perspectiva é de que atenderá 15 (quinze) pacientes, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão estipulados após muitas discussões nos momentos de sala de aula do referido curso.

Sendo assim, o paciente que não tiver condições físicas de permanecerem em sua residência, sendo acompanhados pela Atenção Básica e que não necessite de admissão em hospital de grande complexidade, deverá ser usuário do leito dispensado aos Cuidados Intermediários, proposto por este modelo hospitalar.

O curso contou com a participação de mais de 20 integrantes de equipamentos da rede de saúde pública do Município de Niterói, com encontros semanais de 4 horas, durante os (9) nove meses.

O encontro inicial ocorreu nas dependências da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) - Universidade Federal Fluminense e, os encontros subseqüentes, aconteceram no Auditório do Hospital Municipal Carlos Tortely (HMCT), no município de Niterói – Rio de Janeiro - Brasil. Houve também visita às Unidades de Saúde.

No primeiro encontro, após a apresentação de todos os membros presentes, os docentes nos apresentaram a pauta referente ao cronograma e objetivo do referido curso.

A proposta inicial a ser desenvolvida nos Cuidados Intermediários é de realizar o acompanhamento pós-alta, embasado no eixo de educação em saúde em visita domiciliar e/ou por contato telefônico, o que deverá ser discutida, combinada e aprazada com o próprio ou com a sua família.

Frente a esta proposta, estaremos reunidos com os representantes dos equipamentos de saúde de Niterói para pensarmos e problematizarmos o processo de trabalho que seria adotado na Unidade de Cuidados Intermediários organizada no Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT). Questões temáticas como: linha de cuidado, produção de acessibilidade e barreira também foram discutidas nos encontros, o que começou a chamar cada vez mais a atenção dos participantes. Imergimos intensamente na temática proposta no curso e, na medida em que acompanhávamos a produção do processo de trabalho mais fascinados ficávamos, sobretudo com a forma que os docentes conduziam o projeto.

As aulas do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde foram ministradas pelos professores Paulo e Túlio (o primeiro é do quadro funcional da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e, o segundo, da Universidade Federal Fluminense), a dinamização era constituída de leituras de textos; rodas de conversa; construção de saberes reproduzido em cartazes; visitas às diversas Unidades de Saúde e também, às Unidades Administrativas de Saúde de Niterói, o que nos proporcionou conhecimento e ciência “*in loco*” do fazer da equipe multiprofissional que o citado Curso abarcava como alunos.

As atividades “*in loco*” foram enriquecedoras, e entre estas indicamos a visita às Unidades de Saúde e como destaques pontuamos as estratégias de administrá-las junto à comunidade, na absorção da demanda que as procuram.

O corpo discente do Curso foi formado por diversas categorias profissionais, como: enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeuta, assistente social, entre outros, totalizando cerca de 40 (quarenta) participantes. Usávamos assinar a cada aula uma lista de frequência.

Compreender a proposta do projeto de implementação da Unidade de Cuidados Intermediários na Rede de Atenção à Saúde, no Município de Niterói, possibilitou verificar diferentes planos de linhas de cuidado e processo de trabalho.

Paulatinamente a associação das ideias, pensamentos e experiências do coletivo ganharam forma e visibilidade para todos nós. Do mesmo modo,

começamos a compreender que todos esses dispositivos estavam conectados a forma de produzir gestão e tinha efeito imediato no processo de trabalho proposto no projeto de implementação da Unidade de Cuidados Intermediários.

Deste modo, perante nós, haviam situações que nos eram postas com o intuito de gerir uma experimentação incluindo o inesperado, as interferências e os impasses que poderiam surgir no processo de trabalho. Assim, no transcorrer dos encontros semanais foi possível reconhecermos a produção de vários modos de gerir os processos de trabalho, por intermédio de várias fusões e formas de discutir o mesmo tema.

No desenvolvimento dos estudos de caso, nos deparamos com a realidade dos usuários, o que nos permitiu concretizar as nossas impressões acerca das fissuras existentes no sistema de saúde como um todo, percebendo na prática um distanciamento entre a atenção básica e os hospitais de grande porte. Este distanciamento entre a rede básica e o sistema hospitalar faz com que o usuário ao evoluir em parte de seu tratamento de saúde, fique vulnerável, com um acompanhamento distanciado até que retorne à atenção básica.

Torna-se importante pontuar que a conduta interprofissional nos provocou no primeiro momento um estranhamento territorial, porém com ajustes de “escuta” e zelo pela proposta do curso conseguimos estabelecer diálogos produtivos, que re-significaram nossa conduta como profissionais de saúde e pesquisadores. Apontamos que a proposta do conceito de cuidado multi/inter profissional nos fez pensar em comunidade e estabelecer territórios comuns na perspectiva de cuidar, respeitando limites, sejam estes nossos ou dos demais colegas do curso.

A realidade atual de cuidado ao paciente crônico e os cuidados intermediários: pensamentos inerentes à experiência vivenciada

Este é um relato de caso concreto cujo paciente crônico nos sensibilizou (os autores). Trata-se de um paciente de 60 anos, obeso, hipertenso, diabético, ex- tabagista portador de Lesão por Pressão (LPP), grau II em Membro Inferior Esquerdo (MIE) - (Pé diabético). Apresentava-se sem condições físicas de ir até à rede credenciada de sua operadora de saúde para realizar o curativo diário, comparecendo somente nos dias que se sentia possibilitado.

Morador de uma região nobre de Niterói, aposentado, reside com um irmão e com a sua mãe, idosa de 85 anos de idade, comprometida com a mobilidade por ser portadora de sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e dependente financeiramente do respectivo paciente; este, encontra-se muito preocupado com a situação em que vivem, pois, assume a responsabilidade dos afazeres domésticos e é também, o cuidador de sua mãe.

Devido à sua dificuldade em ir diariamente até a rede credenciada para realizar o curativo de sua Lesão por pressão (LPP) em membro inferior esquerdo (MIE), começou a sentir fortes dores e observou uma piora no local da lesão, devido a esse fato resolveu buscar acompanhamento.

Ao chegar à rede credenciada foi encaminhado à sala de curativos e após, foi avaliado por uma equipe multiprofissional. Durante a consulta de enfermagem, a enfermeira apurou toda a demanda do paciente e o deixou ciente de sua situação de saúde, explicando-o da necessidade de adesão ao tratamento e do uso sem interrupção dos medicamentos e de ingeri-los nos horários prescritos pelo médico. O mesmo relatou todas as dificuldades que não o permitiam comparecer diariamente ao local para realizar os curativos e se mostrou disposto em seguir o tratamento, pois, sua lesão já se encontrava secretiva, com odor fétido e pontos de necrose.

Ao passar pela avaliação médica foi feita uma solicitação para avaliação do cirurgião vascular e também por uma nutricionista, apenas para uma reeducação alimentar. O caso era de internação para essa finalidade, sendo realizado o encaminhamento e entregue ao paciente para que se conduzisse a emergência do hospital da rede privada que o médico havia sugerido.

O paciente ficou internado no período de quatorze dias, de 02/07/2019 a 16/07/2019 para aplicação de antibióticos (antibioticoterapia) e avaliações da cirurgia vascular e comissão de pele que traçaram condutas adequadas para a realização do curativo. Destaca-se que durante todo o período de internação o paciente foi orientado pela equipe multiprofissional em relação à importância do tratamento e da adesão após a sua alta hospitalar.

No dia 17/07/2019, o paciente foi até à rede credenciada informar que já havia recebido alta hospitalar sendo então, orientado pela enfermeira sobre os cuidados que deveria ter a partir daquela data até a próxima avaliação. Atualmente

o paciente apresenta total cicatrização da LPP em MIE e retornou às suas atividades laborais, preservando ainda o acompanhamento da equipe multiprofissional.

Nesse relato de caso percebemos a importância do acompanhamento do paciente pela equipe multidisciplinar, visto que as ações conjuntas de todos os profissionais buscam proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida e estado de saúde para o paciente.

Diante do exposto e, com o aumento da população idosa refletimos sobre o aumento da incidência de doenças crônicas, as quais necessitam de políticas públicas com vistas ao aprimoramento do cuidado; vimos que com a implementação dos Cuidados Intermediários, o modelo de Atenção à Saúde voltado ao paciente com doença crônica, passaria por uma reconfiguração, sobretudo, nos Hospitais de Pequeno Porte, o que poderia resultar na redução do número de internações desnecessárias e inapropriadas, que levam as superlotações dos Hospitais tanto da Rede Pública quanto da Rede Privada, elevando assim, a relação custo-efetividade na prestação de serviços.

Discussão

O crescimento da população idosa de Niterói, em relação à população geral indica a necessidade de aumentar os sistemas de atenção às condições crônicas na terceira idade, pois de acordo com dados do Datasus/MS, a população de Niterói acima de 60 anos, em relação à população geral, aumentou de 13,1% no ano de 2.000 para 19,5% em 2015, em relação à população geral. Um acréscimo de 48,8% na população acima de 60 anos em apenas 15 anos. A população acima de 50 anos, em relação à população geral, aumentou de 23,2% no ano 2.000 para 33,3% no ano de 2015. Um incremento de 43,5% nestes 15 anos.

Tais dados fundamentam o fortalecimento dos sistemas para atenção ao idoso, preparando-se principalmente para cuidados relacionados às condições crônicas e os Cuidados Intermediários vêm nesta direção.

Os campos de atuação dos profissionais da saúde exigem o desenvolvimento de habilidades, competências, gerenciamento e tomada de decisões que possibilitem a atuação multiprofissional na produção à saúde (LOURENÇÃO; BENITO,2010).

Assim, torna-se primordial a formação dos profissionais de saúde conciliada com a realidade do serviço público de saúde, possibilitando respostas

às necessidades da população brasileira, sobretudo, no que diz respeito tanto à composição de recursos humanos quanto à produção do conhecimento e prestação de serviços, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (LOURENÇÃO; BENITO, 2010).

A atenção à saúde destinada às necessidades dos usuários com doenças crônicas ocorria de forma fragmentada e descontinuada, tanto sobre os aspectos clínicos quanto relacionado às ações de promoção à saúde e redução de fatores de risco, porém, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a organização de uma maior atenção para as doenças crônicas.

Pode-se considerar a condição crônica como uma experiência de mudança permanente do estilo de vida, causado por patologias que ocasionam perdas e disfunções, além de permanente alteração no cotidiano das pessoas. Tais alterações causam estresse relacionado à alteração da imagem corporal, necessidade de adequação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida (FREITAS; MENDES, 2007).

Deste modo, as condições da doença crônica, afetam famílias que acabam assumindo maiores responsabilidades no controle de novos eventos, através de descobertas e incertezas diárias as quais exigem habilidades médica, social e emocional da condição. Todavia, as famílias frente a este cenário enfrentam dilemas éticos, individuais, sociais e profissionais, assumindo gastos grandes e contínuos com o tratamento (FREITAS; MENDES, 2007). As pessoas em condições crônicas passam por fases distintas entre períodos de estabilidade e instabilidade, onde cada fase traz seu conjunto próprio de problemas físicos, psicológicos e sociais, que requerem diferentes modos e tipos de gerenciamento.

Atualmente, o principal foco dos cuidados de saúde para as doenças crônicas em muitos países de média e baixa renda é centrado no Hospital Geral e no cuidado em condições agudas. Os pacientes com doenças crônicas chegam aos hospitais quando a doença atinge o ponto de eventos agudos ou complicações em longo prazo (WHO, 2011).

Portanto, o equipamento de uma rede de atenção às doenças crônicas deve passar pela discussão das competências e representatividade de cada um dos setores envolvidos para a complementaridade a respeito de novas formas de pensar o cuidado em saúde aos pacientes crônicos em fase de agudização.

O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a discussão de doenças crônicas também inclui o fortalecimento da Atenção Básica e os demais níveis de atenção e as redes de serviços (BRASIL, 2011).

A abordagem integral das doenças crônicas inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário (MALTA; MEHRY, 2010).

Ante o exposto, apontamos que as reflexões sobre a doença crônica, o processo de envelhecimento e as práticas em saúde, nos remetem ao conceito de Cuidados Intermediários o qual nos mostra a necessidade de novos saberes e novos fazeres no cuidado em saúde.

Considerações finais

A nomenclatura cuidados intermediários pode no atual cenário dos cuidados em saúde, trazer confusão e até mesmo certa desconfiança, pois o termo é também utilizado na rede privada num sistema intra-hospitalar e biomédico, compreendendo os cuidados entre a terapia intensiva e as enfermarias, um tipo de cuidado “semi-intensivo”. Contudo, nos encontros do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão do Cuidado em Saúde, essa era uma das menores preocupações, pois, o que nos propusemos a fazer ao longo dos encontros foi a de nos colocarmos num lugar singular do cuidado e, neste território singular, afetamos e fomos afetados ao pensar o modelo de sistema de saúde atual. Entretanto, o intento foi produzir conhecimento com vistas a preencher as fissuras do modelo de saúde atual.

Ressaltamos que é importante enfatizar que a nossa intenção é instituinte dentro da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo total e irrestrito apoio e defesa ao nosso atual sistema de saúde universal, equitativo e integral. Observamos que há o que se aperfeiçoar e existem formas de preencher tais fissuras apresentadas neste modelo de cuidados e modalidades assistenciais, sendo esta a intenção dos cuidados intermediários, ou seja, contribuir como mais um dispositivo que aumente nossa capacidade de defesa da vida.

Referências

- ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G.A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494>>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S., et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) *Cad Saúde Pública*, v. 25, n.6, p. 1337-49, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- _____. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- _____. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. [Brasília], 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- _____. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.
- FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 15, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16130/17725>>. Acesso em: 9 nov. 2019.
- GAIZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal em instituições hospitalares. 1998. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 1998.
- LOURENÇÃO, D.C.A.; BENITO, G. A.V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm*, v.63, n.1, p. 91-7, jan-fev 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a15.pdf>>. Acesso em : 17 jan. 2020.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, v. 14, n. 34, p. 593-606, set 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 17 jan.2020.
- MERHY, E.E. Saúde a cartografia do trabalho vivo. 4ed. São Paulo: Hucitec editora, 2007.
- MULLER, E.V.; BORGES, P. K.O.; CORREIA, A.D.M.S.; OHATA, A.P.A. R.; LUIZ, I.C.; CORDEIRO, T.M.G. Redes de Atenção à Saúde. Ponta Grossa (PR): NUTEAD/UEPG; 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 9 nov 2019.

REGULAÇÃO DE ACESSO AOS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – RIO DE JANEIRO – BRASIL: POR UMA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA

Ana Carolina Soares Leitão Reis
 Évelin Veiga de Mendonça Bastos
 Izabel do Vale Pereira Silva Carvalho
 Jaime Everardo Platner Cezario
 Maria Jose Soares Pereira
 Mariana Janssen
 Marli Rodrigues Tavares
 Vandira Maria dos Santos Pineiro

Introdução

Todos nós trabalhamos direta ou indiretamente na Regulação da Saúde do Município de Niterói. Com as perspectivas dos vários pontos de observação e participação, a Regulação nos encanta. Nos envolvemos na construção de uma rede organizada e resolutiva, gerenciada e otimizada, focada no usuário, que materializa a execução das demandas necessárias para a melhoria da saúde da população e integração entre os serviços. Não é uma tarefa fácil.

Regulação não é apenas a ferramenta de informática onde os dados são inseridos, ou uma sala. É também o resultado de um extenso processo de avaliação das necessidades e das ofertas, pactuações, compromissos. Regulação precisa estar em constante construção e desconstrução, aperfeiçoamento e adaptação às novas tecnologias e protocolos. Regulação responde a uma complexa organização entre os serviços que trabalham em rede, e o conjunto de profissionais que garantem, em todos os níveis assistenciais, a avaliação de cada caso e a adequação dos serviços, para que deem resposta às demandas, em tempo oportuno, com resolubilidade e com o maior aproveitamento dos recursos.

A Unidade de Cuidados intermediários é um híbrido entre a Rede da Urgência e Emergência e a Rede de Assistência Ambulatorial. O acesso aos leitos de Cuidados Intermediários devem ser regulados, segundo a Portaria de Consolidação número 3, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, que trata da Consolidação das

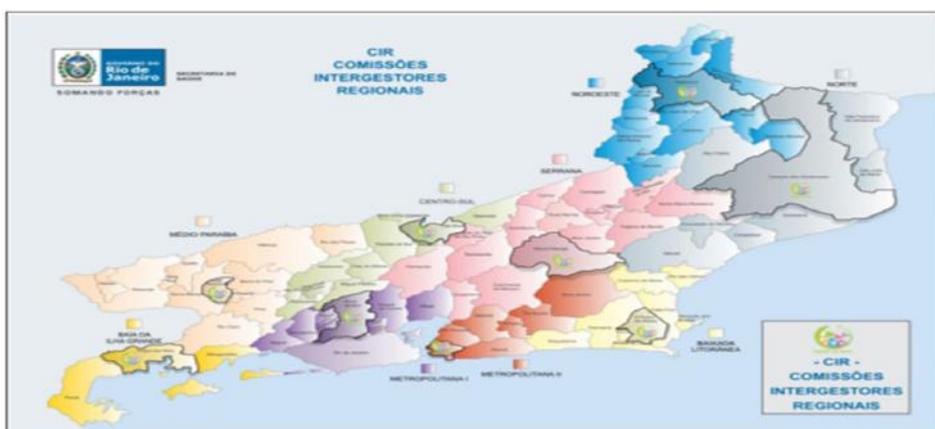
normas sobre as redes do sistema único de saúde e dos componentes da rede de atenção às urgências e seus objetivos, onde no Título XI, fala da organização dos cuidados prolongados para retaguarda à rede de atenção às urgências e emergências (RUE) e demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

Embora a Unidade de Cuidados Intermediários integre a RUE não está definido que ela tenha que ser regulada pelo sistema de Regulação da RUE. Algumas ferramentas já existentes para regulação de leitos, incluindo os de urgência e emergência talvez poderão ser adaptados a regulação dos leitos de cuidados intermediários, com aperfeiçoamentos inerentes a este novo modelo de internação, que necessita da interação de todos os níveis assistenciais, dos serviços de reabilitação, dos exames, e da própria equipe multidisciplinar do serviço de Cuidados Intermediários.

O município de Niterói

Niterói no contexto da Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Com base no censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado do Rio de Janeiro ocupa 43.696,054 km² do território brasileiro, concentra 8,4% da população nacional, e possuía, nesta época, 15.989.929 habitantes distribuídos por 9 regiões de saúde como pode-se observar no mapa abaixo:



Fonte: SES-RJ

Deste universo, 1.940.391 habitantes, representando 12.14% da população do Estado, pertencem à Região Metropolitana II.

Segue abaixo o mapa da região Metropolitana II.



Fonte: SES-RJ

Segundo o Planejamento Regional 2013-2014, a Região Metropolitana II faz fronteira com a Região da Baixada Litorânea e Serrana, próxima à Região Metropolitana I. É formada por 7 municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

A Região possui uma capacidade instalada de serviços de saúde, mais concentrada no Município de Niterói, que o tornou Município Polo da metropolitana. Esta estrutura assistencial oferece referências para os demais Municípios, de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, através da Programação Pactuada Integrada (PPI).

O município de São Gonçalo é o mais populoso da região Metropolitana II. É vizinho próximo de Niterói e possui uma população duas vezes maior, com aproximadamente um milhão de habitantes. Este aspecto é significativo devido à pressão que a demanda de São Gonçalo exerce sobre o município polo e vizinho – Niterói, sobre as estruturas de urgência e emergência.

Aspectos demográficos e Sociais* (PMS,2017)

Nos últimos cinco anos, o aumento populacional foi de 1,87%, passando de 487.562 em 2010 para 496.695 em 2015 (estimativa populacional do DATASUS/

MS). A esperança de vida ao nascer passou de 72,26 (ano 2000) para 76,23 em 2010 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil).

Segundo o DATASUS/MS, a população de Niterói estimada para o ano de 2015, é de 496.695 habitantes, com predominância do grupo feminino (262.914 habitantes) sobre o masculino (233.781 habitantes). No Censo-2010, 64,03% das pessoas residentes em Niterói se autodeclararam brancas, sendo o segundo grupo o de pardos (25,97%), seguido pelas raças preta (9,31%), amarela (0,55%) e uma minoria indígena (0,13%).

Em Niterói, a população acima de 60 anos representa 17% (COOBS/IBGE2010), enquanto para o Brasil este valor é de 11,3% (IBGE/2010), o que evidencia que o perfil de envelhecimento da cidade é considerado bastante elevado dentro do contexto nacional. Para 2015, estimativas apontam para uma proporção de 19,5% de pessoas com 60 anos ou mais (PMS, 2017).

A pirâmide populacional de Niterói é compatível com a de cidades com elevado índice de envelhecimento. O perfil etário da cidade não se diferencia da tendência observada para o Brasil como um todo. A população vem se tornando mais velha, com significativa redução de crianças e adolescentes até 14 anos, havendo maior concentração populacional nas faixas de 20 a 59 anos e aumento progressivo da população acima de 60 anos.

Este novo perfil caracterizado pelo aumento de mulheres, de população em idade economicamente ativa e idosos demanda políticas públicas específicas, exigindo da gestão municipal adaptações, seja no que diz respeito à modalidade de ações a serem oferecidas, seja na própria organização dos serviços.

A população estimada para 2019 é de 513.584 habitantes, totalmente urbana que apresenta um cenário de contrastes entre moradias de alto padrão e bolsões de pobreza. Com 38,3% da população em situação de trabalho formal, 29,5% das pessoas então vivendo com até meio salário mínimo por mês (renda per capita). 91,1% dos domicílios têm esgotamento sanitário adequado, mas apenas 58,5% têm urbanização das vias públicas. 97% das crianças de 5 a 14 anos estão matriculadas nas escolas, porém, são 53.602 matrículas para o ensino fundamental e apenas 19.082 para ensino médio, deflagrando uma terrível evasão escolar.

Aspectos epidemiológicos*(PMS,2017/Projeto de implantação 2019)

O perfil da Morbidade Hospitalar por grupos de causas em 2016, segundo o Capítulo da CID 10, mantém o mesmo comportamento do ano anterior, em que foi apresentado como primeira causa de internação “Gravidez, parto e puerpério” (2972 internações), em segundo lugar “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” (2.005 internações), seguidas pelas “Doenças do aparelho digestivo” (1737 internações), em quarto as “Doenças do aparelho circulatório” (1.384 internações) e em quinto as “Neoplasias” (1.216 internações).

Considerando estes cinco grupos de morbidade hospitalar, verificamos que estas cinco causas respondem por 58,47% das internações. Ainda analisando estes grupos, quando comparada a 2015, encontramos quedas no grupo “Gravidez, parto e puerpério” (264 internações) e no grupo “Neoplasias” (51). O Grupo “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”, também conhecido como “Causas externas”, continua em segundo lugar e inclui os *acidentes de trânsito e a violência*.

O padrão de mortalidade do Município de Niterói, nos últimos anos, segue a tendência registrada em locais com bom IDH e população envelhecida. O primeiro grupo de causa de óbito é representado pelas *doenças do aparelho circulatório*, seguindo-se as *doenças neoplásicas* e as do *aparelho respiratório* (gráfico 2), diferentemente do padrão nacional cuja terceira causa de mortes são as *causas externas*. Excepcionalmente, em 2010, os óbitos por causas externas sofreram aumento devido às mortes provocadas por desabamentos ocorridos em algumas comunidades do município (em especial, no Morro do Bumba), provocados pelas chuvas torrenciais que aconteceram no mês de abril do referido ano.

Rede de atenção em saúde

Conceitos e normas

As Redes de Atenção à Saúde são constituídas tendo por base o processo de regionalização e particularmente no Brasil, deve-se considerar os avanços em relação a descentralização buscando superar a visão municipalista, agregando a regionalização, a economia de escala, a otimização dos recursos principalmente

com relação à média e Alta Complexidade, entre outros aspectos (ABRAÃO & FRANCO-2016).

A constituição da Rede de Atenção à Saúde ganha centralidade no debate em torno da efetividade do cuidado integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) passando a ser uma referência para todos os níveis subnacionais.

A Portaria N° 4279/2010, ratifica a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia capaz de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessitem de efetividade e de eficiência definindo como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012).

Bousquat et al (2016) destaca a importância de romper com a fragmentação, o compromisso com a horizontalidade e a inter-relação entre os serviços e profissionais na organização da RAS e considera a “Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado”.

Bertussi et al (2013) ressalta a importância de se ter “a vida dos usuários como referência fundamental para o cuidado”, o encontro intra e entre equipes para produção do cuidado compartilhado. Nesta perspectiva, a produção do cuidado se realizará no contexto de “Rede a quente”.

Segundo Franco & Abrahão (2016) esta forma de conceber a rede também pode ser vista como “redes vivas” que engloba vários elementos constituintes, entre eles:

- Base Territorial, de caráter loco-regional; Diferentes Modalidades de Serviços de Saúde (missões assistenciais, configurações tecnológicas e responsabilidades sanitárias diferentes e complementares), dimensionados a partir de critérios de escala e de escopo;

- Fluxos e Comunicações intra e inter-serviços; Sistemas e Mecanismos de Governança (Instâncias, Espaços, Dispositivos, Atores); Sistemas de apoio (informática, transportes etc); Cotidiano e Micropolítica nas Redes (Redes feitas de/por pessoas).

Nesta mesma abordagem, o autor destaca os seguintes dispositivos de gestão do cuidado integrado: Equipes de Referência, Projetos terapêuticos singulares, Diretrizes e protocolos de atenção, Prontuário eletrônico integrado em rede e registro eletrônico em saúde, Matriciamento/Suporte, Regulação intra-serviço de saúde, Auto-cuidado apoiado por visitas dos profissionais de saúde aos diferentes serviços da rede.

A implantação das redes temáticas no estado do Rio de Janeiro orientou-se pela lógica do Ministério da Saúde contemplando a Rede Cegonha, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência. Tem como temas transversais a Qualificação/Educação, Informação, Regulação e Promoção e Vigilância à Saúde. E na base do sistema encontramos a Atenção Básica como ordenadora do sistema.

A organização da RAS exige a definição da Região de Saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

Organização das redes de atenção por níveis de complexidade

Nos primórdios da implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 90, a expansão da Atenção Primária à Saúde ocupou espaço considerável na agenda Pública face a desassistência existente à época.

Esta preocupação se estende por várias décadas chegando aos dias atuais de forma consensual, tanto na academia como nos serviços, que a Atenção Primária à Saúde se constitui num espaço de Coordenação do Cuidado, sendo a porta preferencial de acesso da população às ações e serviços de saúde, além de evidenciar a sua capacidade resolutive dos problemas complexos, de baixa densidade tecnológica, em torno de 80%.

Contudo, este aspecto da Política Pública de Saúde não foi suficiente para garantir a integralidade da Atenção, tendo em vista a crescente demanda por

serviços de Média e Alta Complexidade, se constituindo num grande desafio na atualidade, tanto na academia, como nos serviços.

O fato da Média e Alta Complexidade requererem alta densidade tecnológica e alto custo veio a exigir novas formas de organização da Atenção visando a otimização dos serviços com economia de escala e garantia de acesso o que se traduziu na organização da Atenção por meio das Redes de Atenção à Saúde, sejam as redes prioritárias e /ou rede de atenção de média e alta complexidade, com pactuação programada e integrada-PPI e com acesso regulado.

Neste contexto, a organização da Atenção de Média e Alta Complexidade inclui serviços próprios e/ou contratualizados, em âmbito municipal e/ou estadual, ofertados pelos próprios municípios e/ou pelos demais entes federativos organizados regionalmente.

Os pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção no município são: USF, NASE, SADI, UBS, Policlínicas, Serviços ambulatoriais especializados, Unidades Pré-Hospitalares e Unidades Hospitalares, SAMU. O município não dispõe de Unidade de Cuidados Intermediários (UCP) nos termos da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, mas a Fundação Municipal de Saúde está em fase de implantação de uma UCP no município.

A Rede de Atenção à Saúde em Niterói *(PMS,2017)

A Fundação Municipal de Saúde tem desenvolvido ao longo do tempo propostas que operacionalizem os princípios do SUS de Universalização, Equidade e Integralidade e os princípios organizativos de Regionalização e Hierarquização e Participação Popular buscando o desenvolvimento de um modelo de atenção que equilibre as ações de promoção e prevenção com as ações de diagnóstico e tratamento.

Muitos são os desafios a serem superados no sentido de atender os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, aponta-se para a necessidade de uma organização de ações e serviços que construam a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, e tenha por base o processo de territorialização e incorporação

processual da regionalização como diretriz do SUS que tem por função a organização das Redes de Atenção nas regiões de Saúde.

Para assegurar universalidade, acessibilidade e equidade implantou-se em 1992 o Programa Médico de Família na perspectiva de expandir as ações de saúde para as áreas de maior vulnerabilidade sanitária, econômica e epidemiológica da cidade. Em 1994, o Modelo Médico de Família de Niterói serviu de inspiração para criação, por parte do Ministério da Saúde, do Programa Saúde da Família que se estendeu a todo território do país e que continua se desenvolvendo exitosamente até os dias atuais.

Com este modelo de atenção, Niterói ratifica o papel da atenção primária em saúde (APS) como indutora do processo de organização da atenção a saúde. Reconhecendo que este é o primeiro nível da atenção, mas não o exclusivo. Sendo necessário avançar na organização dos demais níveis de atenção especializada e também hospitalar e de urgência.

Para esta organização, a Fundação Municipal de Saúde vem trabalhando na implantação/implementação gradual das Redes de Atenção em Saúde (RAS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresentando como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; sendo estas mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Para as diretrizes de hierarquização e regionalização a organização das ações e serviços da cidade evoluiu dos distritos sanitários para as regionais de saúde organizadas a partir das policlínicas regionais, contando atualmente com 08 regionais de saúde. Reconhecidas como unidade de maior complexidade pela oferta de procedimentos e consultas especializadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde, além de variada gama de categorias profissionais, as policlínicas assumem também o papel de responsabilidade sanitária do território, sendo responsáveis pelo atendimento dos pacientes das Unidades Básicas e módulos da Saúde da Família nas especialidades que possui.

Com base nisso, propõe-se diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS, tendo por base algumas diretrizes que deverão nortear o trabalho da FMS/SMS Niterói no período de 2018 a 2021, a saber:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção estratégicas com ênfase no processo de consolidação e integração das ações desenvolvidas pelo PMF à rede de serviços estruturadas em cada uma das 08 (oito) regionais de saúde na cidade. As ações deverão ser estruturadas a partir da organização de linhas de cuidado e das redes de atenção.

Considerando o tempo de execução de vigência deste plano aponta-se a necessidade de implantação/implementação das Redes temáticas de atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Doenças Crônicas com especial ênfase a hipertensão e diabetes, assim como as Redes de Média e Alta Complexidade como a Rede de Atenção em Oncologia, com ênfase em cânceres femininos (colo de útero e mama) e masculino (próstata), Rede de Atenção em Cardiologia, Rede de Atenção em Oftalmologia e Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Cabe ressaltar que as Redes de Urgência e Emergência e Rede Cegonha já tem sido incorporadas no planejamento das áreas técnicas e assistenciais correspondentes a cada rede. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção em Oftalmologia tem sido incorporadas no planejamento das áreas técnicas e assistenciais de forma mais intensa face a implantação da Regulação das respectivas Redes pelo Município de Niterói.

II. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.

III. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS garantindo a realização de concurso público.

IV. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema. Faz-se necessária a criação de mecanismos formais de regulação, controle e avaliação além da contratualização entre os entes reguladores/ financiadores e os prestadores de serviço

Com relação aos demais níveis de complexidade, cabe ressaltar que a atenção secundária da rede municipal é realizada, principalmente, nas policlínicas regionais

de saúde e nas policlínicas de especialidades. A atenção terciária e quaternária se dão junto às unidades hospitalares públicas municipais, estaduais e federal.

A Rede de Atenção Primária em Saúde de Niterói está organizada de forma regionalizada e hierarquizada, sendo constituída por: Unidades de Saúde da Família, NASF, Consultório na Rua, SADI, Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas Comunitárias, Policlínicas Regionais e as Policlínicas de Especialidades. A saber: 08 policlínicas regionais; 02 policlínicas de especialidades; 04 unidades básicas de saúde; 44 unidades de Saúde da Família; 05 NASFs; 02 Equipes de Consultório na Rua; 01 SADI; 04 Centros de Atenção Psicossocial; 01 Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil.

A rede pública de atenção pré-hospitalar, hospitalar e de urgências/emergências presente no município é composta por dois pronto atendimentos vinculados respectivamente as Policlínicas Regionais do Largo da Batalha e da Engenhoca, uma unidade municipal de Pronto atendimento Mario Monteiro (UPA), uma maternidade - Alzira Reis Vieira Ferreira (MMARVF); um hospital geral para atendimento cirúrgico - Orêncio de Freitas (HOF); um hospital geral para atendimento clínico - Carlos Tortelly (HMCT); um hospital pediátrico - Getúlio Vargas Filho (HGVF) e um hospital psiquiátrico - Jurujuba (HPJ). Conta ainda com um Central de Regulação Regional de Urgência e Emergência e uma base municipal do SAMU, e uma Central de Regulação Municipal de leitos e consultas/Exames.

O município sedia, ainda, um hospital especializado em atender pacientes com Tuberculose e AIDS – Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IETAP), um hospital estadual geral – Azevedo Lima (HEAL) e uma unidade estadual de pronto atendimento – UPA Fonseca; além de um hospital universitário federal – Antônio Pedro (HUAP) com plano de pactuação de metas de atendimento com o município e com a região Metropolitana II.

O Hospital Municipal Carlos Tortelly possui emergência 24 horas, além de oferecer um serviço especializado para o tratamento de pacientes com HIV/AIDS. É referência municipal para os casos clínicos de média complexidade, com leitos de retaguarda, integrado a Rede de Atenção às Urgências (RUE). Conta ainda com UTI. Possui importância estratégica no atendimento das epidemias.

Cabe ressaltar que, no ano de 2017, foram realizadas mais de 9 mil internações, sendo 80% de residentes de Niterói. Em relação às causas de internação, foi identificado

que no HMCT, neste mesmo ano, cerca de 37% das internações se deram por causas sensíveis à atenção básica. Além disso, vários problemas foram identificados na assistência hospitalar e de urgência municipal (FMS/VIPAHE, 2019): superlotação dos leitos de emergência devido à demanda inadequada e dificuldades de realização em tempo ideal de exames complementares de maior complexidade.

Inovação no desenho da RAS: Cuidados Intermediários em Niterói

No debate atual presente na literatura disponível, a noção de Cuidados Intermediários tem por referência a noção de cuidados situados entre o território e a Atenção Hospitalar para pacientes agudos. Os formatos assistenciais não são uniformes sendo constituídos de acordo com o perfil demográfico, epidemiológico e sócio-assistencial de cada contexto.

No Brasil, a Atenção em Cuidados Intermediários está regulamentada através da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que refere ser os Cuidados Intermediários situados entre os “cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar prévia ao retorno do usuário ao domicílio” sendo organizados na forma de Unidade de Internação em Cuidados Prolongados-UCP e Hospital Especializado em Cuidados Prolongados HCP.

A referida Portaria define que o acesso aos serviços de cuidados intermediários deve “utilizar protocolos de acesso regulado em conformidade com a Política Nacional de Regulação”.

A Unidade de Cuidados Intermediários é um dispositivo que possui características que a situa de forma híbrida na Rede de Atenção à Saúde, por incorporar elementos constitutivo da Atenção Primária e da Atenção Hospitalar.

Em Niterói, a estruturação da assistência voltada para os Cuidados Intermediários se constitui em objeto de um Projeto de Implantação da Unidade de Cuidados Prolongados da Rede de Atenção à Saúde no Município.

Neste sentido, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói através da Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência-VIPAHE, em parceria com a Universidade Federal Fluminense, Ministério da Saúde e Agência Sanitária e Social da Região Emilia Romagna - Itália visam a implantação de uma Unidade

de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), equivalente aos Cuidados Intermediários entre Atenção Básica e Hospitalar, no município de Niterói. Constitui-se de uma unidade intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica e/ou domiciliar.

Tem por finalidade: Diminuir a ocupação desnecessária de leitos hospitalares; Reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; Aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.

A Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) tem como objetivo a recuperação clínica e funcional, a avaliação, a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, potencialmente recuperável; de forma parcial ou total e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

A referida unidade é destinada a usuários em situação clínica estável, necessitando de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico, mas ainda necessitam continuar internados por mais algum tempo. Como, por exemplo, pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), traumas ou são portadores de úlceras, entre outros. O objetivo declarado da iniciativa é estimular a rápida recuperação do paciente, em ambiente humanizado. (PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA UCP/HMCT – FMS – NITERÓI/RJ-2019).

O projeto está em fase de implantação, passando por um amplo debate junto ao movimento social, profissionais da rede de Atenção à Saúde e da Academia, através de processos de qualificação.

Regulação em saúde

Contexto conceitual e normativo

O debate presente na literatura nacional e internacional retrata uma diversidade conceitual variando segundo as diversas áreas do conhecimento como direito, economia, ciência política, ciências da saúde, entre outras.

De forma mais genérica, regulação “é o conjunto de técnicas ou ações que, ao serem aplicadas a um processo, dispositivo, máquina, organização ou

sistema, permitem alcançar a estabilidade de, ou a conformidade continuada a, um comportamento previamente definido e almejado” (Wikipédia,2019).

Oliveira (2014), ressalta a não linearidade evolutiva do termo regulação assim como reafirma a sua característica polissêmica observando que “o que diferencia os conceitos de regulação é precisamente a definição das diversas formas de intervenção”.

Segundo Vilarins et al (2012) regulação é um termo polissêmico e “frequentemente usado quando se refere aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população”.

No Brasil, o debate sobre regulação no Sistema Único de Saúde faz presente nas diversas etapas de sua implementação, passando pelo Sistema Unificado de Saúde, pelas Normas Operacionais(2001) se fortalecendo com a implantação do Pacto de Gestão (2006). Neste período, cabe destacar o conceito ampliado de regulação, segundo o Ministério da Saúde, a saber:

“É um conjunto de ações mediatas, que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas, além de processos de trabalho correspondentes. Além da fiscalização e controle, **incorpora funções de regulação à condução política, à análise da situação, ao planejamento e a comunicação, confundido-se, assim, com o conceito de gestão**” (MS, 2004).

Ainda neste período, Vilarins et al (2012) destaca o conceito de regulação, segundo o entendimento do Ministério da Saúde (2005) com anuência do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”.

Neste contexto, vai se criando as bases implantação da Política Nacional de Regulação efetivada pela Portaria nº 1559 de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema único de Saúde – SUS estruturada em três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do acesso à Assistência, a saber:

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação

da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º)

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º)

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º)

As três dimensões que compõem a Política Nacional de Regulação são interrelacionadas e interdependentes como pode-se observar no quadro abaixo:



Este momento marcado pela necessidade de regulamentação da regulação em Saúde, confere a mesma uma direcionalidade para definição de competências e atribuições dos entes federativos, vindo a contribuir para equacionar os problemas de oferta e demanda, assim como de acesso aos serviços de saúde.

Bertussi et al (2016) em concordância com outros autores, ressalta que a regulação compreende dois importantes aspectos. Os aspectos técnicos, com forte

presença no cenário atual, relacionado a edição de “normas e protocolos” imbuído de maior racionalidade burocrática e o aspecto político relacionado a “negociação e construção compartilhada” presente no debate atual de forma mais tímida.

Para Santos & Merry (2006), faz referência as diversas compreensões sobre regulação em saúde que variam de acordo com olhares dos diversos “atores sociais” presentes no cenário.

Oliveira et al (2016), ressalta que a regulação em saúde está diretamente relacionada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde citando Cecílio et al (2014), aponta para um “processo permanentemente instituinte, disposto em um campo de conflitos e disputas, a partir dos diferentes objetivos, interesses e visões dos atores em cena, sejam eles gestores, profissionais, usuários, etc.”

Este campo de tensões e disputas envolve as dimensões macrorregulatórias (leis, decretos, normas, etc) e microrregulatórias (acolhimento, matriciamento, comunicações entre os dispositivos).

As ações macrorregulatórias constituíram o alicerce para implantação da Política de Regulação no âmbito dos entes federativos. Na medida em que esta política vai se efetivando, vai se observando a necessidade de avanços para além da racionalidade burocrática, ampliando a capacidade de comunicação, diálogo e compartilhamento das ações microrregulatórias tendo sempre por referência as necessidades de saúde da população, principalmente ao se referir a regulação de acesso.

A Regulação do Acesso refere-se a implementação de processos regulatórios, tendo por referência fluxos e protocolos de acesso aos serviços assistenciais conforme Decreto nº 7.508/2011, considerando a da gestão da clínica, linhas de cuidado, critérios de priorização e mecanismos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Na perspectiva do Cuidado Integral e da equidade do acesso são necessárias mudanças na produção do cuidado em todos os níveis ou pontos de atenção incluindo atenção primária, atenção secundária e atenção às urgências integrando todos eles por meio de fluxos direcionados de forma singular e sempre guiados pelo projeto terapêutico do usuário visando ao acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência adequada e autonomia do sujeito.

Imprescindível pensar a regulação em saúde como um processo vivo e dinâmico, no contexto da produção do cuidado compartilhado em “redes vivas”,

com referência no território, valorizando os dispositivos descentralizados como os Núcleos Internos de Regulação, consultas compartilhadas, grupos de Whatsapp, discussão de casos com a participação das equipes de atenção Primária em Saúde e as equipes dos dispositivos especializados, etc, assim como, compartilhar a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares com os usuários.

Regulação no município de Niterói

O Sistema de Regulação em Niterói é composto pela Central Regional de Regulação Médica de Urgência e Emergência da Metropolitana II e Central de Regulação Municipal de consultas e procedimentos especializados e leitos hospitalares.

As Unidades de Pré-Hospitalares (UPH) e Hospitalares possuem Núcleo Interno de Regulação- NIR e as unidades Ambulatoriais possuem Serviço de Atendimento ao Usuário. Estes dispositivos de regulação se articulam entre si e com a Central Municipal de Regulação, tem acesso ao Sistema Estadual de Regulação (SER) e ao Sistema de Regulação de Niterói (RESNIT).

A Central de Regulação Médica das Urgências (CRMU) localizada em Niterói, concentra todas as chamadas telefônicas do número 192 da Região Metropolitana II. O SAMU - 192, em funcionamento desde setembro de 2004, para realizar o atendimento pré-hospitalar (APH) no local da ocorrência à vítima de agravo súbito à saúde, de origem clínica ou traumática, se utiliza da frota de viaturas devidamente equipadas e com profissionais capacitados, possibilitando maiores chances de sobrevivência, diminuição das sequelas e transporte seguro até o Serviço de Saúde mais adequado para continuidade do tratamento.

As categorias Profissionais que compõe as equipes da Central de Regulação Médica das Urgências são: Técnico auxiliar de regulação médica (TARM - telefonista); Radio Operador (operador de frota); Médico regulador.

O atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU tem por objetivo reduzir o número de óbitos, tempo de internação e sequelas decorrentes da falta de atendimento em tempo oportuno. Este atendimento é caracterizado por condições: clínicas, traumáticas, gineco-obstétricas, pediátricas, cirúrgicas, psiquiátricas, desastres e acidentes com múltiplas vítimas. A Frota do SAMU Niterói conta atualmente com 04 Unidades de Suporte Básico – USB (com equipe

formada por 01 Técnico de Enfermagem e 01 Motorista), 02 Unidades de Suporte Avançado – USA (com equipe formada por 01 Médico, 01 Enfermeiro e 01 Motorista) e 02 Motolâncias (conduzida por 01 Enfermeiro).

A regulação de internações, exames, consultas e cirurgias é realizada pela Central Municipal de Regulação que teve nova sede Inaugurada em 01/10/2013, passando a funcionar na Avenida Amaral Peixoto 169 na Policlínica de Especialidades Sylvio Picanço.

Na perspectiva de qualificar a gestão do processo de Regulação do Município, foi publicado em 16 de janeiro de 2020 o Decreto nº 13.447/2020 que cria o Complexo Regulador do Município de Niterói.

Para operacionalizar a regulação, a Central de Regulação Municipal conta com Sistemas Informatizados como Sistema Estadual de Regulação-SER, Sistema de Regulação de Niterói-RESNIT e Sistema Nacional de Regulação-SISREG. Regula as Redes de Média e Alta Complexidade, como: Terapia Renal Substitutiva-TRS, Rede de Oncologia, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência-RCPD, Rede de Ortopedia, Rede de Cardiologia, entre outras. Regula os exames de imagem, consultas e procedimentos especializados. Conta com a Rede Própria e a Rede Contratualizada.

A central vem recebendo investimento na ampliação dos serviços regulados, na elaboração de protocolos e fluxos, apresentando os seguintes avanços:

- Pactuação do Documento Descritivo do Hospital Universitário Antônio Pedro-HUAP e regulação da oferta pactuada,
- implantação do sistema de regulação possibilitando a gestão de fila por prioridade clínica de consultas e exames municipal e intermunicipal (PPI - programação pactuada e integrada)
- regulação de exames de imagens para pacientes internados
- implantação do serviço de informação ao usuário
- regulação da rede de cuidados à pessoa com deficiência
- regulação da oftalmologia municipal e intermunicipal (PPI - programação pactuada e integrada)
- habilitação do serviço de atenção cardiovascular do HUAP

No sentido de qualificar o processo regulatório, várias iniciativas vem sendo desenvolvidas pela Central Municipal de Regulação incluindo o

fortalecimento da relação com a Rede de Atenção à Saúde, própria, conveniada e contratualizada, a participação nos espaços de gestão da Fundação Municipal de Saúde, Instâncias técnicas e Gestoras como GTs, CIR Metro II e Áreas Técnicas da Secretaria Estadual de Saúde-SES.

Regulação de acesso aos Cuidados Intermediários: um projeto em construção

A proposta de implantação da regulação do acesso a Unidade de Cuidados Intermediários floresce no contexto do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção, a partir da discussão da implantação do dispositivo de Cuidados Intermediários no município de Niterói, em diálogo com a academia e a Rede de Atenção à Saúde a ser apresentada pelos alunos do Curso à Gestão da Fundação Municipal de Saúde e aos Técnicos responsáveis pela implantação do Projeto. Neste sentido, a motivação para construção da proposta tem por base o debate sobre a Regulação do acesso à Unidade de Cuidados Intermediários na perspectiva da micropolítica e dos processos microrregulatórios centrados nas necessidades da população e do cuidado compartilhado, da rede de comunicação, sobretudo na superação da racionalidade burocrática da regulação tradicional.

Entendendo a complexidade que o sistema de saúde vive no momento com relação à demanda por leitos hospitalares e, ao mesmo tempo, a inexistência no Município de Niterói de leitos que atendam aos casos de internações prolongadas, uma grande preocupação com a qualificação da Regulação dos leitos de Cuidados Intermediários balizou toda a construção de um projeto que possibilitasse agilidade no atendimento da demanda como também coerência com a proposta.

Um ponto sensível de observação será a experiência de implantação do serviço compartilhando a mesma estrutura predial do principal hospital de atendimento clínico do Município, o Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT), porém sem pertencer gerencialmente ao hospital. Quais serão as micropolíticas e as relações de petição e compromissos firmados entre os dois serviços, uma vez que o HMCT servirá de retaguarda clínica emergencial para os pacientes internados nos leitos de Cuidados Intermediários? Possivelmente o HMCT será o principal

demandante destes leitos, uma vez que grande parte dos leitos do hospital estão ocupados por pacientes com critérios para este tipo de cuidado.

Outra questão será a resolutividade destas vagas. Embora trate-se de leitos para internações de até 6 semanas, também são necessários critérios para a alta dos pacientes, evitando a interrupção precoce da proposta terapêutica, para atender a demanda reprimida. Serão 15 leitos, cerca de um terço da necessidade calculada para o Município.

Nesta perspectiva, a proposta de implantação da referida regulação contempla a necessidade de elaboração de um plano de ação que considere as seguintes ações estruturantes: Formação do Grupo de Trabalho-GT de implantação da Regulação de Cuidados Intermediários; definição de fluxos e protocolos de regulação; definição da estrutura de regulação: Sistema, equipes de regulação e equipamentos; educação permanente.

A título de sugestão com vistas ao enriquecimento do debate para implantação da Regulação de Cuidados Intermediários, o grupo propõe a observação dos seguintes aspectos:

Os pacientes elegíveis

Para garantir a utilização racional dos leitos de Cuidados Intermediários, propomos alguns critérios de elegibilidade do usuário, de acordo com a Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS)¹ que discorre sobre Consolidação das normas sobre as redes do sistema único de saúde.

Inicialmente, o paciente deve estar hemodinamicamente estável, em recuperação de processo agudo ou crônico agudizado, ou sob evento agudo de manejo possível na proposta do dispositivo, ou com necessidades de reabilitação ou adaptação a sequelas secundárias ao evento clínico, cirúrgico ou traumático.

A internação nos Cuidados Intermediários não deve ser superior a 6 semanas, e deve apresentar prognóstico de melhoria com a proposta terapêutica. Podemos citar como exemplo, pacientes em uso de antibióticos venosos já em recuperação, pacientes para curativos de feridas crônicas agudizadas, casos de reabilitação pós acidente vascular cerebral.

Um critério especial sugerido pelo grupo é uma retaguarda familiar ou institucional, que garanta o recebimento do paciente no seu domicílio após a alta;

os pacientes que moram sozinhos ou estão em situação de rua ficariam sob a responsabilidade das equipes de saúde da família ou consultório na rua.

Entretanto, todas as situações contrárias aos critérios de elegibilidade, tornam o paciente inelegível para a admissão no leito de Cuidados Intermediários, ou seja, pacientes em instabilidade clínica ou críticos, sem diagnóstico, ou sem perspectiva de melhora com as possibilidades inerentes aos cuidados intermediários, e aqueles que podem receber o cuidado em regime domiciliar pelas equipes de ambulatório.

Outros critérios elencados para os candidatos foram idade mínima de 18 anos, não apresentar intercorrências ginecológicas ou obstétricas, uma vez que o Hospital Municipal Carlos Tortelly (HMCT) não possui este tipo de retaguarda e, quando doentes mentais, estabilidade psíquica.

A alta do serviço de Cuidados Intermediários também exige critérios que qualificam a alta como responsável e interage com a equipe de saúde ambulatorial e da atenção básica, garantindo a continuidade do cuidado. Em outros casos ainda, impera a garantia de colaboração ou participação da família ou do cuidador na assistência doméstica, podendo estes receber capacitação pela equipe de cuidados intermediários durante a internação do paciente.

Os casos inseridos no sistema obedecerão a critérios de inclusão, e serão avaliados presencialmente pela equipe dos Cuidados Intermediários. Caso o paciente não tenha critérios para ocupação do leito, será encaminhado por contra referência para o serviço demandante ou para a emergência.

Protocolos e parâmetros

Para dar visibilidade, antes do exame presencial do paciente pela equipe multidisciplinar dos Cuidados Intermediários selecionados preliminarmente, os protocolos (*National Early Warning Score (NEWS)* e o Índice de Kartz ou índice de independência nas atividades de vida diária (AVD) do paciente, devem ser preenchidos pela equipe de saúde solicitante e dispostos no sistema de regulação.

O *National Early Warning Score (NEWS)* é uma escala de alerta com a finalidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente, baseado num sistema de atribuição de pontos (escores) aos parâmetros vitais.

O NEWS consiste na avaliação de um conjunto de parâmetros clínicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, necessidade de suporte de oxigênio adicional, temperatura, pressão arterial sistólica e nível de consciência) para categorizar os pacientes do ponto de vista de instabilidade clínica.

O Índice de *Kartz* ou índice de independência nas atividades de vida diária (AVD) ³ do paciente é um instrumento de avaliação funcional, no qual verifica-se em que nível doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas de forma autônoma e independente. Essa avaliação é essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as **decisões** de tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associados a outros indicadores de saúde, podem ser utilizados para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas. Índice de *Kartz* foi validado e desenvolvido para idosos mas pode ser utilizado em qualquer usuário.

O sistema pretendido

Precisaremos de um sistema ágil, transparente e confiável, que propicie a interlocução da Atenção Primária, das Policlínicas, de todas as unidades de atendimento de Urgência, dos Hospitais e da equipe multidisciplinar dos Cuidados Intermediários. As conversas se dão na regulação das admissões, das altas, das transferências ou das devoluções para o serviço demandante.

A ferramenta a ser utilizada deve comportar acesso remoto para todos os setores envolvidos na garantia do projeto terapêutico, incluindo os prestadores contratados, como para reabilitação, procedimentos e exames. Acreditamos que alguns sistemas e ferramentas já em uso no Município possam ser adaptadas para atender estas necessidades.

Com todos estes dados é possível avaliar o serviço de Cuidados Intermediários pelos critérios de número de leitos ocupados em um determinado período, causas de internação, tempo médio de permanência do paciente no leito, quantitativo dos recursos de reabilitação utilizados, óbitos, altas e transferências, entre outros.

Proposta de Fluxo

A elaboração do fluxo proposto levou em consideração a possibilidade de abrangência municipal. Dependendo do critério a ser adotado para iniciar o projeto, a proposta de fluxo poderá ter outro desenho.

Várias possibilidades para iniciar o projeto foram elencadas como: uma região de saúde? pelas unidades pré-hospitalares e hospitalares? pelas unidades hospitalares? Por uma unidade hospitalar?

A proposta a seguir levou em consideração a possibilidade de abrangência municipal:



Considerações

Este estudo traz contribuição tanto para a prática profissional como para os serviços de saúde pois mediante a complexidade da temática faz-se importante ressaltar a inevitável necessidade de ampliar conhecimentos que analisem as questões aqui colocadas fundamentando os resultados e suas possíveis correções.

Muitas barreiras ainda existem e precisam ser transpostas no que tange ao processo de construção da Regulação de Acesso e aos Cuidados Intermediários e outros processos em saúde. Contudo, acreditamos que a proposta apresentada instituiu mudança no pensamento do grupo que participou da mesma, além de apresentar-se como indutora de comportamento e de possibilidade de organização do serviço.

Faz-se importante ressaltar que a busca da aproximação entre a prática clínica (vista neste contexto como uma atividade multiprofissional) e as necessidades do usuário tem sido uma constante nos diversos campos de trabalho em saúde. Ela traz grandes possibilidades de qualificar e produzir profissionais que atendam realmente as necessidades de saúde. Em meio aos altos e baixos podem ser observadas atividades que indicam viabilidade na Integração entre a oferta e a procura, onde a Fundação Municipal de Saúde de Niterói demonstra, nesta iniciativa, abertura para manutenção de um processo mais promissor.

Ainda é urgente a necessidade de maior articulação institucional entre os serviços (Atenção Primária e Média/Alta complexidade), tendo em vista a construção coletiva do papel da Regulação em seus cenários cotidianos onde se desenvolve o processo Saúde/Doença.

Este produto proporcionou experiência e crescimento profissional e despertou para o fato de que o principal papel das instituições na relação entre usuário e serviço deve ser o de reconhecer e capacitar - a partir de uma experiência coletiva de criação dos espaços - o profissional inserido na atividade de Acolhimento, Referência e Regulação para que ele desempenhe com segurança e competência técnica, científica e ética suas atribuições no vasto campo da assistência em saúde.

Referências

- ABRAHÃO A. L.; FRANCO, C. M. (org). Autores: Ana Lúcia Abrahão, Eduardo Alves Melo, Elaine Maria Giannotti e Magda De Souza Chagas. Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde / Abrahão, Ana Lúcia; Melo, Eduardo Alves; Giannotti, Elaine Maria e Chagas, Magda De Souza. Niterói: UFF. CEAD, 2016. 00p. ISBN: 978-85-62007-46-0 1. Financiamento do SUS 2. Saúde. Título.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde e sociedade, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.
- BADUY R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, Feb. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201100200011&lng=en&nrm=iso. access on 30 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>.
- BITTENCOURT R. J.; HORTALE V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática Interventions to solve overcrowding in hospital emergency services: a systematic review. Cad. saúde pública, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.
- BONDER, G.A.R.; OLIVEIRA D C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis - Revista de Saúde Coletiva 2012;22(1):119-140. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838236007>> Acessado em: 18 jul. 2017.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.M.S.; ALMEIDA, P.F.; MARTINS, C.L.; MOTA, P.H.S., et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22:1141-54.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 16/11/2019.
- BRASIL. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acesso em 15 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Hospitais Universitários Federais. Escore para Alerta Precoce. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/ufjf/escore-para-alerta-precoce>. Acessado em 16 Nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica: n. 19. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008.. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 18 de novembro de 2019 » http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- BRASIL, CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária–Seminário do CONASS para construção de Consensos, CONASS Documenta, v. 2, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas: Hospitais Federais no Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Decreto 7.508/2011 (Decreto do Executivo) 28/06/2011- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação interfederativa, e dá outras providências.

- CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia: Atenção ao Glaucoma. 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2015/01/NT-07-2015-MEDICAMENTOS-PARA-TRATAMENTO-DO-GLAUCOMA.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
- FERRER, M.L.P.; SILVA A.S.; SILVA J.R.K.; PADULA, R.S. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter Pesqui.* 2015; 22(3): 223-330
- FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Emerson Elias Merhy. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Hexis, 2016. 440 p. : il. ; 23 cm. (Políticas e cuidados em saúde ; 2).
- Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária - Katz. Disponível em: http://repositorios.unasus.ufma.br/atencaobasica_20161/modulo_10/und2/media/pdf/pdfpag7.pdf. Acessado em 16 Nov. 2019.
- FRANCO T.B.; MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde Textos Reunidos - Hucitec São Paulo – 2013.
- Fundação Municipal de Saúde. www.saude.niteroi.rj.gov.br. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acesso em 15 nov. 2019.
- GIANNOTTI, E.M. XXX Congresso COSEMS/SP regulação no âmbito local para qualificação do acesso regulação assistencial e sua importância na estruturação do modelo de atenção , na conformação de redes regionalizada se na gestão do cuidado São Paulo – abril/2016
- HUBNER L.C.M.; FRANCO T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. *RevSaude Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1): 173-191, 2007.
- IBANHES ,L. C. et al . Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 575-584, Mar. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300016>.
- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística [Home page na internet]. Panorama. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama>. Acesso em 16/11/2019.
- JESUS,W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Desafios do planejamento na construção do SUS*, p. 79, 2011.
- Ministério da Educação. Brasil. *Escore para Alerta Precoce. Hospitais Universitários Federais.* Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/escore-para-alerta-precoce>. Acessado em 16 Nov. 2019.
- Ministério da Educação - Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Curso de Micropolítica da Gestão. Manual de Trabalho de Conclusão de Curso. <http://mgs.cead.uff.br/moodle/mod/resource/view.php?id=16345>. Acesso em 21/05/2019.
- Ministério da Educação. Brasil. Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária - Katz. Disponível em: http://repositorios.unasus.ufma.br/atencaobasica_20161/modulo_10/und2/media/pdf/pdfpag7.pdf. Acessado em 16 Nov. 2019.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova A Política Nacional De Atenção Básica, Estabelecendo a Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 17 Nov. 2019.
- Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro – Portaria de Consolidação numero 3, de 28 de setembro de 2017.
- OLIVEIRA, R.R. Saúde: Dos conceitos de regulação às suas possibilidades Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1198-1208, 2014 DOI 10.1590/S0104-12902014000400007.
- OLIVEIRA, R. R., Elias P.E.M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.3, pp.571-576. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>.
- OLIVEIRA, L.A.; CECILIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R.; ARAÚJO, E.C. - Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde Debate* | rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, ABR-JUN 2016
- Prefeitura Municipal de Niterói (PMN). Fundação Municipal de Saúde. A Rede de Saúde. Disponível em <http://www.saude.niteroi.rj.gov.br>. Acesso em 10 nov. 2019).
- Prefeitura Municipal de Niterói (PMN). Fundação Municipal de Saúde/VIPAHE - Projeto de implantação da Unidade de Cuidados Intermediários 2019.
- Prefeitura Municipal de Niterói (PMN). Fundação Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2017.
- SILVA, F. A. F. A regulação do acesso: um estudo da ordenação dos leitos incentivados em um hospital público do nordeste brasileiro.
- Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Planejamento Regional – 2012-203 Metro II. Material mimeografado. 2012.
- Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RJ. DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 4.003 DE 29 DE MARÇO DE 2017. 2017.
- SANTOS, F.P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.
- SEPLAN, Secretaria de Estado de Planejamento Governo de Mato Grosso. Guia Prático das Oficinas: Plano Plurianual 2016-2019. Mato Grosso: [s.n.], [2013/2014]. 32 p.
- VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>.

REGULAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS EM NITERÓI – RJ

Ana Carina Gamboa da Silva
 Diana Mary Araújo de Melo Flach
 Luciana de Barros da Silva
 Túlio Batista Santos
 Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

A assistência universal e integral, de forma equânime e de boa qualidade à população, foi assumida como compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 1990).

Tendo como princípio a equidade na distribuição de recursos, de bens e serviços essenciais à saúde, políticas de saúde têm sido formuladas e implementadas.

A implantação de uma unidade de cuidados intermediários pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) através da Vice-presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência (VIPAHE), em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), e a Agência Sanitária e Social da Região Emilia Romagna - ITÁLIA equivale aos Cuidados Intermediários (UCI) entre Atenção Básica e Hospitalar.

Os Cuidados Intermediários são constituídos de Serviços que tem como objetivo principal a recuperação da autonomia e manutenção do usuário o mais próximo possível de seu domicílio. Se situam entre a Atenção Básica e o Hospital Geral, destinados a usuários em situação crônica, e em processo de agudização, ou com baixa autonomia, necessitando de cuidados de reabilitação ou recuperação, para os quais os recursos disponibilizados em domicílio ou na atenção básica são insuficientes, ao mesmo tempo seria inadequada e desnecessária uma internação em Hospital, geralmente indicado para agudos (ITÁLIA, 2015).

No Brasil os Serviços de Atenção Domiciliar, as Unidades e Hospitais de Cuidados Prolongados se enquadram neste perfil apesar de não compartilharem a mesma terminologia.

Além disso, esses Serviços auxiliam na diminuição da ocupação desnecessária de leitos hospitalares, na redução das internações recorrentes

ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar e no aumento da rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados.

A fim de tornar ágil o acesso aos diversos Serviços de Saúde, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o município de Niterói conta com seus mecanismos de Regulação.

O processo de regulação se constitui em função pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde que procura encontrar as melhores oportunidades para a atenção necessária as necessidades singulares de saúde dos usuários para além de uma modulação de fluxos na rede de atenção (FARIAS, 2011).

A Central de Regulação (CREG) da Rede Municipal de Saúde de Niterói é o setor responsável pelo agendamento de consultas de especialidades e solicitações de exames e procedimentos através do Sistema RESNIT. O desafio está em implementar, além da regulação de exames e procedimentos, a regulação dos leitos da UCI.

A formalização da regulação de vagas da UCI para a rede de atenção básica e hospitalar de Niterói, tanto na admissão do paciente como na alta do mesmo, foi objeto de ampla discussão entre os alunos do curso de atualização em Unidade de Cuidados Intermediários na Atenção Básica, realizado pela UFF, em parceria com a Agência Sanitária e Social da Região Emilia Romagna - Itália.

O processo de formulação da proposta de regulação para a UCI, foi pensado a partir das questões vivenciadas nas diversas micropolíticas da organização dos processos de trabalho trazidas pelo grupo. Foi utilizada como “ferramenta analisadora” para elaboração dessa proposta a “rede de petição e compromisso” (figura 1)

A “rede de petição e compromisso”, “ferramenta analisadora”, descrita por Merhy (1997), é uma descrição das relações intra e inter institucionais, onde são revelados os estranhamentos e conflitos entre os diversos atores no cenário (FRANCO, 2004).

Um Exemplo de rede de petição e compromisso descrito a partir das experiências do grupo participante do curso de atualização demonstrou as relações existentes entre a equipe de profissionais da farmácia e da UTI de um hospital. Um dos conflitos revelados pela equipe foi o de que as medicações são feitas após o horário apurado pois estão sendo entregues com atraso pela farmácia.

Diante disso o grupo identificou as petições e os compromissos a serem encaminhados dos setores envolvidos, para a resolução dos conflitos elencados.

Petições

UTI – solicita à farmácia que as medicações sejam entregues mais cedo.

Farmácia – Solicita à UTI que a prescrição seja feita com letra legível e com as dosagens explícitas.

Compromissos

UTI – Equipe médica realizará prescrição digitalizada e com todas as dosagens de forma explícita.

Farmácia – Separar e entregar as medicações em tem tempo hábil para que sejam feitas dentro dos horários aprazados.

críticas implicadas no processo de implantação, identificação da rede de relações existente e esclarecimento dos pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na esfera operacional e decisória.

A demanda de ocupação de leitos pode partir das equipes multiprofissionais que conduzem as Unidades Hospitalares, de Urgência e Emergência, de Atendimento Pré-Hospitalar ou dos Ambulatórios das Policlínicas, Programas Médicos de Famílias, Unidades Básicas ou do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso (SADI).

Entende-se que a gestão da rede de atenção se faz através das relações entre as pessoas dos diversos setores, consideradas como seres complexos, com suas expectativas, alegrias e frustrações.

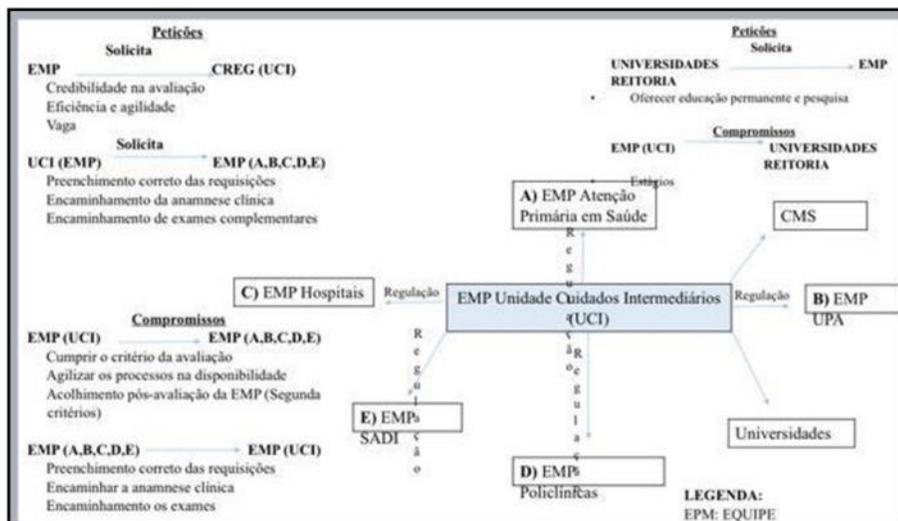
A admissão na UCI/Niteroi contempla os usuários munícipes de Niterói, oriundos de unidades de urgência/emergência, das unidades de atendimento pré-hospitalar, dos ambulatórios das policlínicas, do programa médico de família, das unidades básicas e do SADI.

A análise dos critérios de admissibilidade será feita pela equipe da Central de Regulação (CREG), em consenso com os gestores das diversas unidades acima, para possível encaminhamento a UCI/Niterói.

A equipe multiprofissional que recebe o paciente na UCI deverá ter autonomia para avaliar a admissibilidade do usuário, que deverá ocorrer baseado nos critérios de elegibilidade previamente determinado, além da condição clínica estável do usuário.

Para admissão dos pacientes nos leitos de UCI deverão ser seguidos os seguintes critérios de elegibilidade:

- Usuários em condição clínica estável;
- Usuários em recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;
- Usuários com necessidade de cuidados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou
- Usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;



Legenda: EMP: Equipe Multiprofissional
Figura 1. Rede de petição e compromisso

A aplicação desta ferramenta e a discussão em torno de seus produtos foi feita de forma coletiva, acumulando o conhecimento ao grupo participante com apropriação das diversas realidades nas quais cada membro encontrava-se inserido.

A análise proposta foi a partir da implantação de uma UCI, localizada dentro de uma estrutura hospitalar pertencente a rede de saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Neste sentido foram colocados diversos olhares e

- Usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional;
- Usuários em reabilitação motora por acidente vascular cerebral (AVC), neuropatias, traumatismo crânio encefálico (TCE), hematoma sub-aracnóide traumático (HSAT), hematoma sub-aracnóide espontâneo (HSAE) e traumatismo raquimedular (TRM);
- Usuários que necessitem de curativos em lesões por pressão;
- Usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia.

São inelegíveis à internação em UCI os seguintes usuários:

- Com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;
- Cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica.

A proposta de fluxo para a efetivação da regulação dos leitos da UCI/Niterói inclui a participação da Central de Regulação (CREG) conforme os passos para admissão e alta, abaixo.

Admissão

Passo 1: A Unidade solicitante envia à CREG, através de sistema informatizado, a solicitação da vaga. A CREG realizará o primeiro filtro verificando o preenchimento de todos os dados solicitados e se todos os exames exigidos estão anexados. Em caso de negativa, a CREG retorna à Unidade solicitante para que a pendência seja adequada.

Passo 2: A CREG passa para a UCI, por ordem de solicitação, através do sistema, a solicitação da vaga.

Passo 3: A equipe multiprofissional da UCI avalia o caso, entra em contato com a equipe da unidade solicitante e discute se o caso atende aos critérios para internação na UCI.

Passo 4: A UCI libera a intenção de vaga através do sistema informatizado. A CREG libera a vaga para unidade solicitante.

Passo 5: A Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário.

Passo 6: A equipe multiprofissional da UCI avalia o paciente ao chegar na

unidade, podendo, de acordo com esta avaliação, realizar a internação, devolvê-lo à unidade solicitante ou ainda encaminhá-lo à uma unidade de emergência. Qualquer encaminhamento realizado deverá ser informado através do sistema e também, através de contato telefônico com a equipe da unidade solicitante.

Alta

A alta segura é um ponto no processo de assistência que, apesar de parecer algo simples, envolve, na verdade, diversos riscos ao paciente no que tange a continuidade de sua assistência (ZAMBON, s/d).

Dentre os objetivos da internação temporária na UCI, encontra-se o retorno do usuário ao seu domicílio. Caso isso não seja possível, a equipe da UCI deve encontrar uma solução com o usuário e sua família levando em conta os serviços de saúde das unidades básicas e PMF, com projeto terapêutico singular.

O processo de alta segura e protegida do usuário da UCI deve ser pensado desde o momento da admissão. Os passos a serem seguidos pela equipe multiprofissional foram bastante discutidos e estão propostos conforme a seguir:

Passo 1: A equipe multiprofissional da UCI realiza contato com a equipe da atenção primária responsável pelo atendimento do paciente, discute o caso, comunica a alta e indica as necessidades de continuidade do tratamento do mesmo.

Passo 2: A equipe multiprofissional da UCI solicita agendamentos necessários, através da CREG, para continuidade de tratamento do paciente.

Passo 3: A equipe multiprofissional da UCI realiza a alta no sistema informatizado.

Por fim, chegou-se ao consenso que a implantação desta proposta deverá ocorrer de forma progressiva, possibilitando as correções e melhor compreensão e posterior tomada de decisão do modelo a ser priorizado na regulação que poderia ser ou por territorialidade ou por Unidade Solicitante.

Considerações finais

A implementação da Unidade de Cuidados Intermediários, pioneiro no sistema de saúde público em Niterói, direcionará as pessoas em condições crônicas

em processo de agudização, sem possibilidade de serem assistidas em domicílio, em um novo fluxo de ações preventivas no interior das redes de atenção à saúde.

A clientela de hipertensos, e/ou pessoas em situação de alta hospitalar, mas desprovidas de autonomia, como as pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral e estão com algum comprometimento motor, nas quais não se faz necessária a assistência hospitalar ou paliativa, poderão se beneficiar deste serviço.

Estudos que contemplem por exemplo, questões sobre usuários em situação crônica e em processos de agudização, além de estudos sobre a demanda de pacientes com indicação de alta hospitalar devem ser incentivados para desafogar leitos hospitalares, proporcionar uma maior rotatividade dos mesmos e evitar internações desnecessárias nos hospitais.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
- FARIAS, Sidney Feitoza et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1043-1053,2011. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700037&lng=en&nrm=iso. Visualizado em 22/01/2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700037>.
- FRANCO, TB, MERHY, EE. O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). São Paulo: Hucitec; 2004.
- MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana . Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- ITÁLIA. Serviço Sanitário Regional de Emilia Romagna. Unidade Sanitária Local de Modena. Hospital Comunitário de CastelFranco Emilia; Planejamento Operativo. Itália. 2015.
- ZAMBON, LS. Checklist para alta hospitalar segura. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/artigos/5527/checklist_para_alta_hospitalar_segura.htm. Visualizado em 22/01/2020.

REDE DE PETIÇÃO E COMPROMISSOS: A EXPERIÊNCIA DE ANÁLISE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR AO IDOSO NA POLICLÍNICA REGIONAL DO LARGO DA BATALHA

Bárbara Mendonça Macedo
Tamiris Nogueira Naccer
Vivian Vilela

Introdução

O presente estudo é fruto de uma iniciativa que envolveu experiências de estudo, pesquisa e prática no âmbito dos Cuidados Intermediários, no contexto do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica, oferecido pela Universidade Federal Fluminense em parceria com a Região da Emilia-Romagna da Itália, a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Friburgo, em 2019.

Participaram do curso, oferecido na cidade de Niterói (RJ), profissionais e gestores de serviços de saúde vinculados à Fundação Municipal de Saúde, inclusive da Policlínica Regional do Largo da Batalha (PRLB), que possui estruturado o Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso (SADI). A experiência do curso proporcionou intensa troca de conhecimentos teórico-metodológicos, tendo como finalidade a formação de profissionais de saúde na área de Cuidados Intermediários. Neste contexto, surgiu o interesse em transportar do ambiente de formação para o ambiente do trabalho em saúde a ferramenta de análise chamada “rede de petição e compromissos”, amplamente discutida durante os encontros.

Compreendendo o SADI como serviço estratégico na rede de cuidados, em constante intersecção com os cuidados intermediários, a aplicação da ferramenta de análise no referido serviço mostrou-se uma oportunidade de abordar o seu funcionamento, vislumbrando o aperfeiçoamento e a qualificação da assistência oferecida à população usuária. O SADI (Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso) é um projeto da Prefeitura Municipal de Niterói, implantado na Policlínica Regional do Largo da Batalha no ano de 2013, e tem por objetivo a promoção da saúde diante das necessidades do usuário idoso que não apresenta possibilidade para se locomover para fora de seu domicílio para o seu acompanhamento de

saúde. Trata-se de trabalho constituído por equipe multiprofissional que se desloca até a moradia do idoso para realizar o trabalho vivo em atos. O objetivo é gerar um produto, que neste caso é a produção de cuidado utilizando principalmente tecnologia leve, centrada tanto na relação profissional-usuário quanto na relação profissional-profissional.

A equipe atualmente é composta por agente comunitária, assistente social, enfermeira, fonoaudióloga, médica geriatra, motorista e técnico de enfermagem, que utilizam de seus conhecimentos técnicos estruturados, instrumentos (materiais como estetoscópio, esfigmomanômetro, escalas, curativos e outros) e relações entre sujeitos para efetivar o trabalho em saúde. Este trabalho se dá de forma coletiva, integrando outras instâncias da unidade onde o serviço atua, como os seguintes setores: Almoxarifado, Farmácia, Serviço Social, Setor de Atendimento ao Usuário (SAU), Vigilância em Saúde, Administração, Laboratório e Serviço de Pronto Atendimento (SPA); todos subordinados à Direção da Policlínica.

A possibilidade de uso de ferramenta de rede de petição e compromissos gera uma investigação na atuação, na micropolítica e na comunicação intersetorial do serviço escolhido para ser discutido que, neste estudo, é o SADI. Trata-se de instrumento de gestão que possibilita uma intervenção adequada para melhoria da qualidade do trabalho prestado, assim como auxilia na visibilidade de questões muitas vezes não são percebidas durante o dia-a-dia, devido à busca desenfreada por atendimentos aos usuários. Também amplia a possibilidade de modelos de gestão e organização do equipamento institucional atuando diretamente no produto final, que é a ação da equipe junto ao usuário. Neste sentido, este estudo teve como objetivo analisar o Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso da Policlínica Regional do Largo da Batalha, à luz da ferramenta analisadora “rede de petição e compromissos”.

Antecedentes

Durante os encontros do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde, Cuidados Intermediários e Atenção Básica, foram fomentadas inúmeras reflexões acerca dos serviços que compõem a rede de saúde do município de Niterói, tratando de seus processos de trabalho e de sua organização. A inserção pioneira de

uma unidade de cuidados intermediários nesta rede motivou ponderações sobre os serviços existentes, propondo uma análise ampla, amparada por metodologias acessíveis e que partissem da realidade vivida pelos sujeitos inseridos nestes espaços de trabalho.

Em um exercício proposto aos alunos, foi lançado o desafio de realizar a análise de um serviço da rede, utilizando a ferramenta “rede de petição e compromissos”. O SADI foi eleito para esta análise pela compreensão de que o mesmo está intensamente relacionado com a proposta de realização de cuidados intermediários no município, tanto por significar uma continuidade na assistência à população-alvo dos serviços, quanto por ser voltado à população idosa, que tradicionalmente constitui a parcela maior de usuários dos cuidados intermediários.

As experiências da Itália revelaram que há uma pluralidade de definições e articulações organizacionais para cuidados intermediários, que podem caracterizar tanto unidades operacionais quanto uma modalidade de assistência territorial, alcançando os usuários em suas residências (PESARESI, 2017). A atenção domiciliar oferecida pelo SADI, em Niterói, representa a continuidade da assistência após a alta hospitalar, em que uma equipe multidisciplinar e especializada na saúde do idoso dá prosseguimento ao plano de cuidados individualizado no âmbito domiciliar.

Pesaresi (2017), sobre estudo de caso realizado em 2015 em três hospitais comunitários da região Emilia-Romagna (Itália), afirma que 95% dos pacientes atendidos nesta modalidade de assistência era de idosos, em especial muito idosos com idade média de 83,1 anos. Os idosos também são o público-alvo do SADI: pessoas com 60 anos ou mais de idade, que demandam atendimento especializado em domicílio.

Reconhecida a pertinência de análise do SADI, procedeu-se a aplicação da ferramenta “rede de petição e compromissos” no espaço de formação, num exercício de identificação dos pedidos e dos ruídos entre o serviço e os demais setores da unidade de saúde, com os quais o mesmo dialoga para o seu funcionamento. A presença de profissionais e gestores da equipe foi um aspecto facilitador do levantamento das questões, aproximando o exercício da realidade do serviço.

No entanto, foram identificadas limitações na aproximação com a realidade, como o fato do levantamento das petições, ruídos e compromissos ser realizado, neste princípio, apenas considerando o ponto de vista dos profissionais que integravam o SADI. Faltava a contribuição dos demais setores da policlínica, que interagem com o serviço. Franco e Merhy (2004) chamam a atenção para a importância de a ferramenta ser aplicada e seus produtos serem discutidos coletivamente, pois a apropriação coletiva da realidade possibilita acumulação maior de conhecimentos assim como potencializa os sujeitos, inclusive em processos de gerência e coordenação.

Diante desta avaliação, houve a decisão, por parte da gestão, de estender a discussão para o espaço da unidade de saúde, dando continuidade à aplicação da ferramenta, num exercício de constituição real da rede. Procedeu-se então a convocação de representantes dos setores que interagem com o SADI naquela oportunidade, além dos profissionais integrantes do serviço e dos gestores, para a realização de um grupo focal, previamente agendado.

Grupo focal: o encontro em torno da rede de petição e compromissos

Conforme programado, os representantes dos setores da Policlínica Regional do Largo da Batalha implicados com o trabalho do SADI participaram de reunião, buscando o diálogo necessário para a análise do serviço. O cenário do encontro foi o auditório da unidade de saúde, onde estiveram presentes 16 sujeitos, entre gestores da Policlínica, profissionais do SADI, do Almoarifado, da Farmácia, do Serviço Social, do Setor de Atendimento ao Usuário (SAU), da Vigilância em Saúde, da Administração, do Laboratório e do Serviço de Pronto Atendimento (SPA).

A diretora da unidade de saúde foi a moderadora do diálogo, conduzindo a abordagem ao grupo por meio de questões que nortearam o trabalho. Havia dois participantes encarregados dos registros textuais das discussões ocorridas. Aos participantes foi solicitado, em momento seguinte ao grupo focal, a contribuição com suas impressões acerca da experiência.

Considerando a rede de petição e compromissos como uma construção que possibilita a análise de relações, esta tanto poderia ter como foco o encontro entre

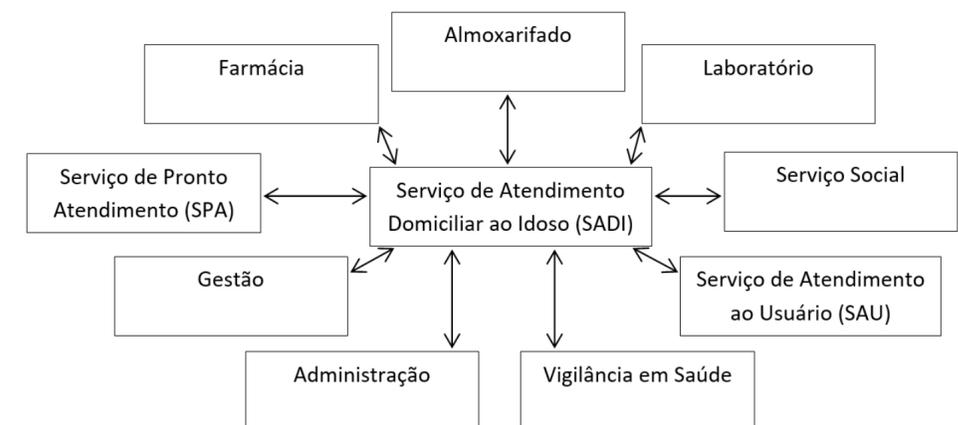
trabalhador e usuário, quanto entre trabalhador e equipe, entre equipes, e outras tantas possibilidades de encontro. Na ocasião referida, a rede tomou por base as relações entre trabalhadores do SADI e trabalhadores de outros setores, assim como entre trabalhadores do SADI e gestores. Desta forma, o SADI foi adotado como o centro da rede. Estavam presentes no grupo focal 5 trabalhadores do SADI, 8 trabalhadores de outros setores e 3 gestores, de diferentes níveis hierárquicos.

Apresentando e discutindo os resultados

A realização do grupo focal possibilitou que fossem identificadas petições, ruídos e compromissos presentes nos encontros do SADI com os setores da policlínica que, em alguma medida, trabalham em diálogo com o mesmo. Entendendo que a rede de petição e compromissos pode se referir à descrição das relações intra e inter institucionais (FRANCO; MERHY, 2004), a escolha, naquele momento, foi de abordagem das relações intra institucionais. Ou seja, foram identificados os pedidos e revelados os estranhamentos e conflitos entre os diversos atores no cenário interno da unidade de saúde, que compõem o cotidiano de trabalho do serviço.

A partir deste cenário, buscou-se levantar, a partir das falas dos sujeitos, elementos que pudessem compor os encontros da rede, e que são descritos esquematicamente na Figura 01.

Figura 1 – Rede de Petição e Compromissos Intra Institucional.



O primeiro encontro abordado durante o grupo focal foi entre o SADI e o Serviço de Pronto Atendimento (SPA), que corresponde ao atendimento de emergência da policlínica. As petições identificadas entre os setores estavam relacionadas ao fornecimento de instrumental pelo SPA para a realização e curativos em domicílio pelo SADI (entrega e devolução), e também em relação à troca de informações sobre os pacientes acompanhados em domicílio quando atendidos na emergência. Os ruídos identificados se referiram à falta de interação entre os setores, sobretudo na identificação do paciente SADI quando este era atendido na emergência. Para a resolução deste ruído, ficaram acordados os seguintes compromissos: o SADI fornecerá mensalmente uma lista atualizada com os nomes dos pacientes em acompanhamento domiciliar ao SPA, assim como o SPA incluirá no formulário de avaliação da emergência a pergunta se o paciente é acompanhado pelo SADI. Interessante destacar a fala da coordenadora de Enfermagem do SPA, sobre a experiência com a ferramenta analisadora e sobre o SADI:

“A reunião foi muito produtiva e em um formato inovador. Muito interessante poder dar um feedback, receber um feedback e resolver os ruídos para ocorrer uma melhora significativa na relação entre o SADI e os outros setores envolvidos. Gostaria de sugerir mais reuniões como essa, e em todos os setores da policlínica, inclusive que seja avisado com um período de antecedência para pensarmos melhor nas sugestões, reclamações e expor os resultados obtidos. Foi muito produtivo também ter a participação da nossa chefia geral, falar um pouco das nossas dificuldades e expor nossas ideias. E após a reunião, foi mais fácil elaborar um planejamento para um melhor funcionamento da unidade, pois podemos conhecer melhor cada setor, os ruídos existentes, os possíveis problemas que possam surgir e saber as sugestões de cada um” (J., coordenadora da Enfermagem do SPA).

Quanto ao setor Farmácia, as petições apresentadas se relacionaram ao fornecimento de materiais para realização de curativo no domicílio. O SADI apresentou à farmácia o pedido de materiais em embalagens menores do que as usualmente entregues, buscando otimizar a utilização dos recursos. A Farmácia solicitou ao SADI que preencha corretamente o requerimento de medicamentos. Foi apontada como ruído a ausência de materiais solicitados para o fornecimento,

sendo firmado como compromisso que a Farmácia realizará pedido de maior quantidade dos materiais requeridos à Coordenação de Farmácia da Fundação Municipal de Saúde, a fim de atender à demanda do SADI.

O Almojarifado peticionou ao SADI que os requerimentos de materiais fossem realizados formal e corretamente, enquanto o SADI solicitou ao almojarifado que fornecessem os materiais pedidos. Não foram identificados ruídos na comunicação entre os setores, tendo sido formado como compromisso que os requerimentos sejam realizados com frequência semanal, para facilitar o andamento do trabalho.

Na relação entre o SADI e o Laboratório, foram identificadas as seguintes petições: que o Laboratório forneça à equipe SADI orientações sobre a forma correta de coleta de exames específicos, e que o SADI colha os materiais biológicos para exames dos pacientes em acompanhamento domiciliar e os entregue nos horários estabelecidos no Laboratório. Os ruídos na comunicação entre os setores foram apontados: impossibilidade de realização de exames quando os materiais são colhidos incorretamente, assim como extravios de resultados e materiais, faltas de reagentes para a realização de exames e problemas no sistema informacional do Laboratório que ocasionam atrasos na entrega dos resultados. Foram firmados os seguintes compromissos: que as orientações sobre coletas sejam entregues de forma impressa ao SADI; que antes de ser colhido o material biológico, a equipe SADI busque saber no Laboratório quais exames estão disponíveis no período da coleta; e, em casos de expressa necessidade, que o Laboratório autorize realização dos exames na rede conveniada da Fundação Municipal de Saúde. O chefe do Laboratório deixou registrado:

“Eu não tinha conhecimento mais detalhado do trabalho desenvolvido pelo SADI. O Laboratório realiza a demanda de exames dos pacientes assistidos por eles, substituindo um dos serviços que era oferecido por nós, na coleta de sangue dos pacientes idosos acamados que não podiam ir ao laboratório. Nesta reunião que participei tive contato com mais serviços ofertados: atendimento médico, assistência de enfermagem, acompanhamento destes pacientes em casa e quando internados. É gratificante ver um trabalho destes. O profissional sair da Unidade, poder levar às pessoas acamadas e muito impactadas um serviço indispensável, que muitos não têm acesso pela dificuldade de locomoção, causada por diversos fatores: físicos,

econômicos, geográficos e etc. (...) O trabalho só tem a crescer e aprimorar, mas o diferencial está no envolvimento da direção e nas pessoas que compõem esse grupo, eles, elas fazem toda a diferença. Um trabalho que não pode ter portas fechadas, não só abertas na PRLB, mas também em outras Unidades do Município” (C., chefe do Laboratório).

Já em relação ao Setor de Serviço Social, a petição expressa ao SADI foi que os familiares, ao trazerem seus idosos à unidade de saúde para consultas ou atendimentos de emergência, sejam orientados a informar o vínculo do paciente com o SADI, a fim de facilitar a interação entre os setores. Como forma de prevenir ruídos, foi proposto o compromisso de se criar meios de registro no boletim de atendimento do idoso que é acompanhado pelo SADI, assim como também foi solicitado o fornecimento da lista de pacientes em acompanhamento, com frequência mensal, para o setor de Serviço Social; e foi reforçado que os registros do SADI podem ser verificados diretamente nos prontuários dos pacientes em acompanhamento pela equipe. A representante do setor, que participou da experiência, também avaliou o uso da ferramenta no grupo focal:

“Achei a reunião proveitosa, partindo do princípio que deve haver uma comunicação entre os setores. O SADI é um serviço importante dentro da PRLB, mas a meu ver não só ele, todos somos importantes, uma grande engrenagem onde temos que estar conectados. Como profissional ao longo desse tempo, acho que a equipe do SADI se isolou um pouco, deixando outros setores à margem de como trabalham, seus pacientes quem são, etc. Tive a impressão de ser um grande passo para que possamos todos também fazer parte do SADI, poder falar com propriedade sobre o serviço deles que sem sombra de dúvidas é muito importante” (L., assistente social).

No diálogo com o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), a chefe do referido setor pediu que o SADI providenciasse os registros de todos os atendimentos nos respectivos prontuários, assim como o SADI apresentou ao SAU a petição para que os pacientes em acompanhamento tivessem prioridade no agendamento de consultas com especialistas. Como ruídos, verificou-se que alguns prontuários de pacientes acompanhados pelo SADI foram duplicados, devido ao armazenamento dos mesmos ocorrer fora do arquivo geral, assim

como foram identificadas dificuldades de marcação de consultas e exames. Para facilitar o diálogo com o setor, firmou-se o compromisso de comunicação mensal dos pacientes em acompanhamento pelo SADI ao SAU, para que seja possível identificar estes pacientes e providenciar as marcações e agendamentos especiais. A responsável pelo setor avaliou a experiência do grupo focal:

“A reunião com SADI foi muito boa. Gostei do modo que foi conduzida, pois foram colocadas partes positivas e negativas dos setores que participaram. Quanto ao SAU o maior problema seria os arquivamentos dos prontuários dos idosos atendidos. Mas ficamos de arquivar e desarquivar os prontuários assim que houvesse necessidade, para que os mesmos não se perdessem. Pois não teríamos condições de se criar mais um arquivo à parte, devido à falta de espaço. Quanto os agendamentos, ficamos de atender dentro das necessidades de cada idoso e dentro do possível, mas até o momento estamos com a necessidade mais um médico geriatra. Por enquanto, parte dos idosos está sendo atendida pelo clínico geral.” (E., chefe do SAU).

Quando se discutiu a relação do SADI com a Vigilância em Saúde, as petições apresentadas foram: que o SADI realize testes rápidos de algumas doenças infecto-contagiosas; que o SADI administre em domicílio as vacinas requeridas em menor tempo possível; que a geriatra e a Enfermagem do SADI estejam presentes nas campanhas de vacinação; que seja divulgada entre os familiares dos pacientes do SADI a necessidade de reforço da vacina contra sarampo; e que, a partir da demanda do SADI, a Vigilância providencie o pedido de vacinas especiais para os idosos em acompanhamento. Alguns ruídos no diálogo entre estes setores foram identificados, e apontaram para a demora excessiva na administração das vacinas em domicílio após chegada das mesmas na unidade de saúde. Como compromissos, firmou-se que o SADI deverá preparar relatório justificando demora na administração das vacinas, assim como deverá dar prioridade à aplicação das vacinas em relação a outras atividades; que a enfermeira do SADI deverá passar por treinamento em testes rápidos; que haverá participação dos profissionais nas campanhas de vacinação, realizando visitas domiciliares em dia específico para esta atividade; e que os setores deverão melhorar a comunicação entre si.

Por parte da Administração da Policlínica, a petição apresentada foi de que haja maior divulgação do trabalho do SADI no ambiente institucional, já que o ruído principal estava no fato dos setores não conhecerem amplamente o trabalho realizado no serviço. O compromisso estabelecido com a Administração consistiu em aproveitar a oportunidade de apresentação dos procedimentos em fase de padronização para divulgar o trabalho do SADI para todos os setores da policlínica, momento em que o trabalho desenvolvido por outros setores também será divulgado. Um funcionário administrativo que participou do grupo focal relatou:

“Os feedbacks foram bem positivos, mas na próxima poderíamos explicar com antecedência como seria a reunião, o formato de dar e receber feedback, pois aí teria como a pessoa preparar suas queixas em relação ao assunto. Seria legal uma reunião dessas periodicamente, uma de feedbacks e a outra para expor os resultados obtidos ou traçando novas estratégias para chegar aos resultados esperados, e também uma de análise dos desempenhos de cada liderança ou chefia, pois dali podem surgir novas ideias pra melhoria contínua da Gestão como um todo. Além da implantação de uma escola de liderança onde poderia se discutir assuntos como os que foram apresentados, de nos conhecermos, e conhecermos por exemplo a personalidade da liderança/chefia dos setores, facilitando o convívio harmônico entre os diversos setores, falaríamos a mesma língua e evitaria os ruídos hoje existentes na comunicação. Mas foi um bom começo, principalmente por ter conseguido demonstrar nossa satisfação pelo trabalho apresentado pelo SADI e pontuar de forma coerente que somos uma coisa só: o SADI é um serviço da PRLB, e portanto deve se entrosar de forma a fazer parte do todo” (C., funcionário administrativo).

Da parte da Gestão da unidade de saúde, a petição feita ao SADI foi de que o setor realize visitas domiciliares para atendimento de demandas do Ministério Público direcionadas à Policlínica, assim como todas as suas ações e materiais de divulgação sejam submetidos à apreciação, padronização e autorização da gestão. O SADI pediu à Gestão que seja disponibilizado veículo para a realização das visitas domiciliares. Diante dos ruídos identificados (falta de comunicação do SADI com a Gestão, indisponibilidade de veículo para visitas domiciliares), foram firmados os seguintes compromissos: que o SADI dê prioridade ao atendimento

dos pacientes quando for solicitado pelo Ministério Público; que todos os materiais de divulgação de atividades e demais recursos utilizados no setor sejam submetidos à padronização; que nenhuma atividade seja realizada sem o conhecimento da Gestão da unidade de saúde; que o veículo utilizado para visitas domiciliares seja submetido a reparos para que possa ser plenamente utilizado pelo serviço. A coordenadora multiprofissional da unidade de saúde, uma das componentes da equipe de gestão, registrou :

“Observo a grandeza do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso. Admiro a dedicação e empenho da equipe do SADI. Porém observo a distância da equipe quanto aos demais profissionais da unidade. O serviço se assemelha ao PMF, porém é fechado como um serviço privado. O Largo da Batalha não conhece o serviço, que poderia os beneficiar ainda mais. Quanto à reunião de elaboração da rede de petição e compromissos: a nossa direção busca aproximar o SADI para os demais serviços para que seja recíproca a ajuda, promovendo assim maior qualidade no atendimento aos pacientes” (A., coordenadora multiprofissional).

Num panorama geral, a rede de petição e compromissos revelou aspectos importantes na comunicação entre os setores, possibilitando o conhecimento de questões que até aquele momento não tinham sido identificadas. Outras questões já eram do conhecimento dos sujeitos, mas a ocasião do grupo focal possibilitou que fossem transpostas do campo das ideias para o campo da interação e da ação.

Interessante chamar a atenção para as impressões dos participantes que, por meio de seus relatos pós-grupo focal, não apenas reafirmaram petições, ruídos e compromissos, mas também contribuíram para a reflexão acerca da aplicação da ferramenta. De modo geral, os sujeitos valorizaram a oportunidade de dar e receber feedbacks, manifestaram o desejo de se replicar a ferramenta em outros serviços da unidade, apontaram a necessidade de se planejar o grupo focal com maior antecedência e de se esclarecer de forma mais ampla aos participantes sobre a metodologia.

A composição da rede de petição e compromissos, segundo os participantes, também se constituiu em uma oportunidade para se conhecer de forma mais aprofundada o serviço em questão, assim como de realizar sugestões (exemplo: escola de liderança, proposta pelo funcionário administrativo) para a gestão da unidade de saúde.

Cabe registrar a importância de se estabelecer o conhecimento de forma coletiva, sendo esta a única possibilidade construção de uma rede de petição e compromissos. Apenas reunindo os diferentes atores em cena é que se torna possível a identificação dos problemas existentes nos processos de trabalho. Faz-se necessário lançar um olhar crítico, ouvir com objetividade os ruídos, viabilizando a formulação de perguntas e a busca por respostas e soluções para os problemas identificados. As principais petições, ruídos e compromissos foram resumidos e apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Resumo das principais petições, ruídos e compromissos.

| PETIÇÕES | RUIDOS | COMPROMISSOS |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fornecimento de recursos (medicamentos, materiais, vacinas, veículo) ao SADI; • Solicitação e utilização correta de recursos pelo SADI; • Participação mais ativa do SADI nas rotinas da unidade de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento dos outros setores sobre os pacientes atendidos pelo SADI e sobre o próprio serviço; • Falta de interação do SADI com os demais setores e gestão da unidade de saúde. | <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar a melhor identificação dos pacientes atendidos pelo SADI, para conhecimento dos demais setores; • Oferecer prioridade às demandas dos pacientes atendidos pelo SADI; • Fornecer à equipe SADI orientações claras e treinamentos específicos para que atenda às demandas dos demais setores; • Promover maior participação da equipe SADI nas rotinas e ações institucionais. |

Fonte: próprios autores.

Considera-se que a rede de petição e compromissos pode ser ainda mais enriquecida com a análise das relações interinstitucionais, assim como trazer para o diálogo o sujeito social de central importância em todo o processo do cuidado, que são os usuários do SADI, idosos e familiares a quem são destinadas as ações do serviço. A contribuição dos mesmos, ainda que não tenha sido possível nesta etapa de construção da rede, se apresenta como primordial para que se atinjam os objetivos de qualificação do trabalho desenvolvido pelo SADI. Ouvir os usuários, além de ouvir os trabalhadores da saúde, permite o conhecimento das reais necessidades da população em acompanhamento, e a partir deste conhecimento, o desenvolvimento de iniciativas que busquem atender a estas necessidades, e, em última análise, promover de fato o cuidado.

Considerações finais

A experiência deixou claro que, na área de saúde, o trabalho não se realiza de forma isolada, e que as tarefas individuais, na verdade, são complementares. Por isso, a troca constante é fundamental para que possa se ofertar ao usuário o cuidado da melhor forma possível. Todos os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde, independente de sua função ou formação, são importantes e necessários na produção do cuidado. Neste sentido é importante estimular a capacidade de realizar pactuações, negociações e gerenciar conflitos, tanto na relação com o usuário, quanto na gestão.

Apesar da dificuldade de discutirmos alguns assuntos delicados, percebemos que a utilização desta ferramenta foi muito proveitosa e serviu de estímulo para que se desenvolvam mais ações desse tipo em diversos setores da unidade de saúde.

A partir das resoluções pactuadas e dos depoimentos dos profissionais envolvidos na composição da rede de petição e compromissos, concluímos que a utilização da ferramenta foi muito eficaz para a compreensão do processo de trabalho, organização e planejamento das ações e, principalmente, para a conscientização da importância de cada um como sujeito de suas ações no coletivo da produção do cuidado ao usuário do serviço.

Referências

- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). São Paulo: Hucitec; 2004.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F (Orgs). Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.
- PESARESI, F. Le cure intermedie. In: "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia" 6º Rapporto 2017/2018. Maggioli Editore 2017.

PARTE 3
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS
E SUAS MULTIPLICIDADES

**CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS À SAÚDE INDÍGENA: SOBRE
MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO À
SAÚDE EM UMA CASA DE APOIO À SAÚDE INDÍGENA (CASAI)**

Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior
Álvaro Pinto Palha Junior
Jaqueline Medeiros Silva Calafate
Aline Lorena da Silva Lima
Thalita Nascimento Silva
Túlio Batista Franco

Introdução

Esse capítulo discute possibilidades de aproximação entre os temas saúde coletiva e povos indígenas, vistos sob a ótica dos cuidados intermediários nas redes de atenção à saúde. O ensaio estrutura-se como uma conversa exploratória sobre processo de trabalho de profissionais atuando em uma Casa de Saúde Indígena (CASAI), parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Sistema Único de Saúde (SasiSUS).

Inicialmente, percorre o caminho das políticas públicas de saúde para debater a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº. 254 de 31 de janeiro de 2002), e diretrizes e estruturas de funcionamento do SASI-SUS. Em seguida, a partir de olhares sobre a prática, problematiza a questão dos cuidados intermediários nos fluxos de redes de petições e compromissos, entendidos como uma possibilidade de intervenção em educação permanente, e parte fundamental, do processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde indígena (EMSI), atuando em uma CASAI.

Destaca-se este campo das atividades relacionadas com atenção à saúde para povos indígenas como fruto de uma produção dinâmica, formada a partir de novas conformações ao processo de trabalho das equipes de saúde (PONTES, 2014). Aposta se aqui, em construir reflexões introdutórias ao tema do cuidado em saúde indígena, e assim, tentar aproximar-se gradativamente, das discussões dos cuidados intermediários e da clínica intercultural de saúde com povos indígenas.

Antes, é preciso fazer algumas reflexões sobre o modo de se produzir saúde, assim, pergunta-se: *o modo de produzir intervenções de saúde não se*

vincula fundamentalmente ao entendimento que se tem sobre o que é saúde? As questões da prática dos cuidados em saúde, não estariam, então, vinculadas a uma perspectiva estética do conhecimento do que é saúde e do que é cuidado em saúde? As questões práticas de atendimento, assim, não se vinculam, de fato, a uma estética do conhecimento das pessoas que, precisa ser problematizada para entendermos o que fazemos em nossas ações e os resultados destes modos de agir? Incluindo aí, o dia a dia nos serviços de saúde.

Pensar assim, o cotidiano do trabalho de uma equipe na gestão e acompanhamento dos usuários em uma CASAI é entender este local, e o próprio funcionamento de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), como formados por redes de conexões micropolíticas, de relações intersubjetivas entre profissionais e usuários. A micropolítica do processo de trabalho é utilizada para pensar, os modos como, no dia a dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, e como neste processo, constituem os próprios serviços, por meio de redes de conexões com outras pessoas e serviços, de redes vivas em um movimento permanente de produção de subjetividades, de modos de sentir e dar sentido as necessidades do cuidado em saúde, de agir no processo de trabalho, em meio ao agenciamento destas relações, daquilo que chamamos de Cuidado em Ato (MERHY, 2002).

Dito isto, este ensaio configura-se como modo de olhar o cotidiano do processo de trabalho de profissionais nas ações em saúde, no contexto de atenção à saúde indígena, com especial foco, para as singularidades destes processos e de um conceito ampliado de saúde coletiva. Nesse sentido, faz um recorte particular, para entender o cotidiano de um estabelecimento de saúde, a CASAI, e pensar, a possibilidade de intervenção em educação permanente em saúde indígena, vista por meio das redes de petições e compromissos.

Neste momento, vamos primeiro realizar uma leitura crítica sobre o lugar e a inserção da saúde indígena e do trabalho das EMSI na CASAI. E em seguida, com base no diálogo com autores de referência nos temas de saúde coletiva e saúde indígena, buscamos pensar algumas ferramentas que ajudem a compreender a produção de cuidados intermediários nas redes de atenção à saúde indígena.

Políticas Públicas e Saúde Indígena

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) do ano de 2010, os povos indígenas no Brasil são compostos por aproximadamente 305 etnias, falantes de 274 línguas, em um total de aproximadamente 900 mil pessoas vivendo em terras indígenas e áreas urbanas em todo país. Os dados dos últimos censos mostram que a população indígena está em processo de crescimento no Brasil, tendo praticamente dobrado de tamanho nas últimas décadas⁵.

O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é estruturado como um componente do SUS, responsável pelas ações de saúde na atenção básica e pela articulação com atenção de média e alta complexidade de saúde. Tendo a gestão e execução das ações organizados pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI). Contudo, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário são também instituições de grande importância nesta rede de interface do trabalho na saúde indígena (JACINTO, MECADOWELL E DUARTE, 2017).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é parte integrante da estrutura administrativa do Ministério da Saúde (MS), enquanto órgão regulamentado pelos Decretos nº 7.335 e nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. A SESAI é a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar a gestão da política de atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2010). A secretaria tem como missão coordenar o SasiSUS, articulado com o SUS, assim, baseado no cuidado em saúde universal, integral e, principalmente, equitativo e participativo das comunidades, previsto na constituição nacional brasileira.

O SasiSUS nasce da busca de organizar uma rede de serviços de saúde capazes de atendimento diferenciado das populações indígenas, construído pela luta das comunidades indígenas, pela valorização e respeito as especificidades das práticas de saúde e dos saberes tradicionais dos diversos povos indígenas, organizados com a participação e controle social em conselhos consultivos e deliberativos (PONTES, 2014).

⁵ Contudo para melhor compreensão destes dados, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é a fonte que possui dados mais fidedignos, pois está em atualização constante. O SIASI, além dos critérios utilizados no IBGE, alimenta dados de natalidade, mortalidade, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos e saneamento, dentre outros segmentos. É por meio deste sistema, criado em 2001 na 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2001, que os órgãos gestores e o controle social avaliam e monitoram as ações de saúde (Sousa et al, 2007).

No ano de 1991, motivadas por pressões e lutas do movimento indígena, as responsabilidades por saúde e infraestrutura sanitária dos povos indígenas foram descentralizadas, e passaram a ser atribuições da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (CIMI, 2018). O movimento indígena aumentou a pressão sobre o Governo Federal por uma Lei para ordenar o funcionamento da saúde indígena. Em 1999, foi obtida junto ao Congresso Nacional a aprovação da “Lei Arouca”, Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999. A Lei determinou ao governo federal instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e controle social das comunidades. No mesmo ano, regulamentados na Portaria 852/1999.

Os DSEIs são serviços de saúde responsáveis por planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do SASI-SUS, como por exemplo, na organização de EMSI, tanto nos estabelecimentos de saúde e intervenções nas terras indígenas (aldeias, Polo Base, CASAI), quanto pela articulação com a rede especializada na média e alta complexidade do SUS. Tendo como missão promover atenção à saúde dos povos indígenas, respeitando seus costumes, cultura, forma de organização social e considerando as práticas tradicionais das comunidades indígenas acompanhadas.

Em 2002 foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº. 254 de 31 de janeiro de 2002), para melhor assistir o acesso à atenção integral de saúde, em alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS, fundado na lógica de promoção e prevenção de determinantes de saúde e organizado pela atuação em equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI). E após um longo processo de luta do movimento indígena foi criada em 2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil e responsável pela gestão e execução das ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). A missão da SESAI é implementar o modelo de gestão e de atenção à saúde dos povos indígenas, articulado em seu funcionamento ao SUS, mas de forma descentralizada, com autonomia administrativa e financeira, atuando em conjunto com o controle social, formado com a participação das lideranças indígenas, gestores e profissionais. (BRASIL, 2010).

A Portaria 1.801, de 09/11/2015, determina as diretrizes de funcionamento dos estabelecimentos do SasiSUS, dentre outros dispositivos, a CASAI. O art. 6º

da Portaria 1.801/2015 define a CASAI como, estabelecimento responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS para realização de ações complementares de atenção básica e de atenção especializada, sendo destinada também aos acompanhantes, quando necessário (BRASIL, 2015).

As CASAI, são estabelecimentos de saúde, cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), após a Portaria nº 2.022 de 07 de agosto 2017, na terminologia de gestão em saúde, é um serviço de hospitalidade que, visa alojar temporariamente e apoiar indivíduos que necessitam permanecer fora de sua residência/moradia para acessar serviços de saúde não ofertados em sua localidade de origem, podendo dispor de atividades assistenciais simples, principalmente relacionados a cuidados básicos de saúde. Cabe dizer aqui que, esta portaria foi republicada após diversos questionamentos feitos acerca da natureza dos serviços ofertados na CASAI.

Um dos questionamentos principais refere-se ao fato de que, embora este seja um estabelecimento integrante do SasiSUS, a CASAI é um estabelecimento de caráter intermediário entre as redes de saúde indígena, situado entre os níveis de complexidade da atenção básica e da rede especializada, sendo, por vezes, confundida como um estabelecimento ambulatorial ou até mesmo hospitalar, afinal, dispõe de uma equipe de enfermagem e assistência 24h.

Ainda dentro deste debate, apesar dos avanços nas políticas de saúde indígena, na atualidade, as CASAIs encontram-se ainda com dificuldade em situar-se nestes limites e de reconhecer suas responsabilidades de atuação nos cuidados intermediários de saúde, junto aos casos acompanhados por suas EMSI. Uma vez que, suas diretrizes de funcionamento apresentam orientações apenas de apoio aos usuários indígenas referenciados pelos DSEIs aos serviços de média e alta complexidade do SUS, mas na prática, as demandas de cuidado em saúde nas CASAIs ultrapassam estes limites de um simples apoio, e mesmo dos limites das redes de saúde e diretrizes do SasiSUS.

A questão dos cuidados em saúde em nível intermediário pode ser mais bem compreendida quando se resgata a natureza histórica deste tipo de estabelecimento de saúde. Afinal, no decorrer de sua história, as CASAIs passaram por diversas reconfigurações, e tal como o modelo de atenção à saúde indígena,

vêm passando por mudanças ao longo dos anos. Durante a gestão da FUNAI, o que se tinha era um local de apoio com poucas características de estabelecimento de saúde, servindo de hospedagem para quaisquer necessidades de acesso a cidade. Como em situações relacionadas aos serviços e benefícios sociais, compra e venda de mercadorias/alimentos, além dos atendimentos de saúde muitas outras demandas das comunidades eram atendidas.

Quando a FUNASA assumiu a gestão, foi possível observar uma transição sutil nestas características, observada, por exemplo, no Boletim Informativo Especial de abril de 2009, edição nº 8, que nomeia a CASAI como “Casas de Apoio à Saúde do Índio”. Atualmente, foram retiradas as palavras apoio e índio, sendo correto, Casa de Saúde Indígena. Esta mudança deveu-se, principalmente, ao processo de definição de quais são as responsabilidades e limitações da CASAI no cuidados em saúde aos indígenas, mas também, a construção diária dos serviços, na relação EMSI, usuários e lideranças.

Nesse sentido, a criação da SESAI estabelece uma nova postura e divisão de responsabilidades de saúde, antes abarcadas pela FUNAI/FUNASA. Observa-se, uma gradativa mudança na forma como a CASAI vem sendo constituída e compreendida pelas gestões que se seguem, e também pelas redes de saúde do SUS. Porém, de modo geral, hoje, os usuários e seus acompanhantes são admitidos na CASAI quando em situação de necessidade de acesso as redes especializadas de saúde, em associação ao SasiSUS.

Segundo a Portaria nº 2.022 de 07 de agosto 2017, em seu Art. 26º “A CASAI deve dispor de ambientes distintos para realização de assistência em saúde; atividades administrativas; alojamento; preparo e realização de refeições de acordo com a legislação vigente e apoio logístico. Parágrafo único: “A CASAI poderá disponibilizar área específica para realização de atividades de lazer e reabilitação dos usuários”.

Na CASAI os cuidados em saúde são realizados pelos profissionais das equipes dos DSEIS designados para atuar neste estabelecimento que, conta com chefia própria e com os Procedimentos Operacional Padrões (POP) de cada categoria profissional⁶, sob coordenação de um DSEI local que, organiza as equipes e ações de saúde indígena.

6 A CASAI deve conter em seu quadro técnico de profissionais as seguintes categorias: enfermagem, técnicos de enfermagem, nutricionista, assistente social e assistente administrativo; outras categorias poderão compor o quadro mediante justificativa de pertinência, como ex.: psicologia, farmácia, terapia ocupacional.

Nos casos de urgência e de emergência, as equipes articulam o atendimento com os hospitais de referência, e asseguram o deslocamento adequado à situação e um profissional do local de origem para acompanhar o usuário até a entrada na referência. Após a admissão na rede especializada, o usuário passa estar associado ao acompanhamento em conjunto com a equipe da CASAI que, ajudará na continuidade ao tratamento de usuários, familiares e acompanhantes, bem como, no retorno (reabilitação) na atenção básica para as aldeias ou residências. Neste momento, as equipes do DSEI continuam fazendo o acompanhamento dos usuários e familiares/acompanhantes, porém, a equipe da CASAI fica responsável pelas providências de data e horário da consulta, bem como, meio de transporte, encaminhamentos e todas as demais demandas dos casos, com vistas ao acompanhamento e gestão adequada do cuidado em saúde.

De acordo com a Portaria nº 2.022 de 2017, a CASAI define seu número de leitos e alojamentos de acordo com o fluxo e tempo de permanência dos usuários e acompanhantes. Onde o acompanhante deve ser acomodado em alojamento (Brasil, 2015). Devem também estar previstos serviços para transporte, alimentação, limpeza, segurança, comunicação e manutenção predial. Dessa forma, as CASAI configura-se para receber diferentes povos⁷ e culturas, com hábitos e costumes, por vezes, bastante diversos, em relação aos seus modos de vida e entendimentos de saúde e doença. Os casos envolvem a ênfase nas garantias de acesso e qualidade no atendimento nas redes especializadas e básicas não disponíveis na localidade de origem dos usuários.

As CASAI são divididas em locais, regionais e nacionais, quanto maior a região de abrangência de uma CASAI, maior será o desafio de diálogo intercultural exigido pelos profissionais que nela atuam. Como é o caso, por exemplo, da CASAI Manaus que atende uma média de 220 a 250⁸ usuários e acompanhantes ao mês, oriundos de nove DSEI (Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Médio Purús, Médio Solimões, Parintins, Vale do Javari, Roraima, Yanomami e Porto Velho), e que correspondem a uma quantidade de etnias e línguas que configuram este espaço numa verdadeira “Babilônia” linguística e cultural, de alteridades radicais dos povos indígenas.

7 Segundo a Portaria nº 2.022 de 07 de agosto 2017, em seu Art. 27º “O projeto arquitetônico das CASAI deve disponibilizar um espaço diferenciado considerando as doenças e agravos de saúde dos pacientes, as diferenças étnicas dos usuários e vulnerabilidades sócio-epidemiológicas, conforme avaliação técnica do DASI e da participação do DSEI e CONDISI”.

8 Fonte SIASI, 2019.

A CASAI Manaus e de Boa Vista (DSEI Yanomami) são aquelas que recebem a maior quantidade de demanda. Todavia, a CASAI Yanomami, embora, tendo registrado neste último mês uma demanda de 782⁹ indígenas em suas dependências, é considerada uma CASAI local por ser referência apenas do DSEI Yanomami. Já a CASAI Manaus que é vinculada ao DSEI Manaus, embora receba uma quantidade bem inferior de usuários e acompanhantes, é considerada uma CASAI regional por ser referência de média e alta complexidade para outros nove DSEI. Isto se deve por esta estar localizada em uma região estratégica aos DSEI Amazônicos e de parte do Pará que possuem uma grande dificuldade de acesso neste nível de atenção, sendo necessários muitos encaminhamentos à Manaus.

Há ainda, casos onde usuários e acompanhante são referenciados pelas EMSI por meio de encaminhamento do médico que atua nos territórios, podendo ser agendado diretamente com a rede por meio da equipe do Polo Base ou mesmo da CASAI e, em alguns casos são encaminhados também via Sistema Nacional de Regulação (SISREG)¹⁰ que é o acessado pelas Centrais de Regulação Municipais.

Micropolítica e Processo de Trabalho em Saúde Indígena

O trabalhador na saúde modifica-se na medida em que se encontra no campo da gestão e do cuidado com as muitas pessoas, objetos, projetos e conhecimentos com os quais se relaciona. Neste processo, o corpo de saberes e práticas vão também se modulando e modificando-se com o tempo, o que chamamos de processo de subjetivação. Pois o nosso corpo vai se modificando a partir do modo como é afetado pela experiência do viver no cotidiano (FRANCO, 2015).

Como disse Mehry (2013), o que se faz nos serviços de saúde é criar estratégias para atender aos diversos interesses presentes nas demandas de saúde das pessoas que procuram atendimento¹¹. Para o autor, as atividades dos

9 Fonte SIASI, 2019.

10 Sistema on-line, criado para o gerenciamento do Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. O paciente é regulado pela Secretaria de Saúde, por meio do sistema de gerenciamento que é feito por meio de duas centrais – a Central de Regulação de Internação Hospitalar e a Central de Marcação de Consultas e Exames. Algumas CASAI possuem o sistema implantado e podem manejar o sistema da sua própria CASAI, solicitando ao regulador municipal a consulta.

11 Vale sugerir a leitura das contribuições teóricas de Emerson Mehry sobre o trabalho do profissional de saúde diante das demandas de saúde das pessoas. Bem como, segundo o autor, do trabalho de Gastão Wagner de Souza Campos sobre os modos de trabalhar cotidianamente nos serviços de saúde (livro Planejamento sem normas, A saúde pública em defesa da vida e Reforma da reforma). Presentes no livro Trabalho, Produção do

profissionais em estabelecimentos de saúde funcionam dentro de uma lógica de produção conectadas às normas das instituições, aos diversos interesses das categorias profissionais, mas, sobretudo, às relações estabelecidas entre as pessoas. E neste sentido, o trabalho do profissional no cuidado em saúde é entendido como um trabalho criativo, o que pressupõe a invenção por parte deste, nas diversas demandas presentes no cotidiano.

O campo da micropolítica permite pensarmos sobre essa tensão produtiva, entre a liberdade de atuar e a regulação do trabalho do profissional na área da saúde (FRANCO, 2015). A produção de subjetividades na intervenção de cuidado na área da saúde compreende a articulação de gestores, profissionais e usuários em redes de relações, com os diversos saberes e práticas, singularidades, políticas e intervenções, pensadas como atuando de forma concomitante, na produção do Cuidado em Ato aos usuários nos estabelecimentos e serviços de saúde (FRANCO, 2013).

Os processos de trabalho na saúde são formados por estas linhas de fluxos horizontais das relações, social e subjetivamente determinadas, configurando-se em uma micropolítica do agir cotidiano das pessoas, por suas escolhas e ações nas relações entre si e nos diferentes cenários em que estão inseridas (FRANCO, 2013). As atividades no campo do cuidado em saúde são direcionadas por estas relações micropolíticas do trabalho, por aquilo que é do interesse de quem realiza a atividade de trabalho. Ou seja, daquilo que a pessoa concebe como modelo assistencial de saúde, do que concebe como o cuidado ou gestão de saúde, é justamente deste entendimento, próprio de cada um sobre o que é saúde, a chave da micropolítica nas práticas de cuidado nos serviços de saúde.

Deste modo, é necessário compreender a noção de saúde com a qual estamos dialogando na saúde coletiva, e assim, conseqüentemente, saber qual o tipo de intervenção proposta no cotidiano de trabalho dos profissionais. Então, produzir saúde aqui é atuar com foco nos níveis de autonomia e protagonismo das comunidades em seus modos próprios de viver. De modo que, para que uma intervenção seja considerada de saúde, deve ocupar-se sobremaneira, em promover autonomia e protagonismo em seus processos de relação, construindo a clínica a partir do compartilhamento de saberes e responsabilidades entre pessoas, profissionais e usuários em relação (MERHY, 2002).

Cuidado e Subjetividade em Saúde, 2013, editados pela Hucitec.

O *modus operandi* das práticas dos profissionais de saúde junto às populações indígenas é produzido em ato, essencialmente no contexto do cuidado intercultural, do encontro entre diferentes modos de entendimento do que está envolvido nas demandas de saúde das pessoas. Para superar este desafio, apostamos na ideia de uma educação intercultural permanente, estruturada por meio de programas específicos de análise dos processos de trabalho no cuidado à saúde indígena, como forma de ajudar a diminuir a distância entre entendimentos de saúde e modos de viver de cosmologias distintas.

O contexto de cuidado em saúde indígena exige dos profissionais o conhecimento do corpo afetivo, associado às competências para compreender a complexidade do contexto multi e intercultural de saúde que, não são conhecimentos vistos na formação acadêmica. Para João Paulo Tukano (BARRETO, 2012) é reconhecido que a noção de saúde e doença dos povos indígenas não se restringe apenas aos aspectos biomédicos e sociais na relação com o meio. Mas ao contrário, envolvem a complexidade de aspectos cosmopolíticos que, conectam as pessoas numa teia de relações com outros seres, heróis míticos, com os *waimahsã* (não humanos), com os animais, os especialistas, território, organização social, cosmologia, com seus parentes e outras pessoas. O processo de adoecimento nesta lógica seria então fruto do desequilíbrio nestas conexões entre pessoas e outros seres, entendidas como um conjunto de manifestações que compromete negativamente a organização cosmológica e cosmopolítica, afetando de forma social, política, econômica, ambiental todas as pessoas em conexões complexas entre os seres.

Ainda segundo João Paulo Tukano (BARRETO, 2012), desequilíbrio pode ser uma palavra mais adequada para organizar este pensamento, pois na visão dos especialistas indígenas, o adoecimento está ligado à desconexão de sua ligação com seu herói mítico, sua ligação com seu grupo social, sua ligação com sua estrutura social, sua ligação com seu território, sua ligação com sua *Bahsakawi* (casa), sua ligação com seus “artefatos” e sua ligação com seu território pós morte que, compõe a complexidade de uma vida co-constituída entre os seres em relações diversas de proximidade e distanciamento.

Em suma, para aproximar o diálogo mais simétrico entre os profissionais de saúde e povos indígenas é necessário, primeiramente, descolonizar conceitos e jargões religiosos (religiosidade, magia, espírito, ritual, xamanismo,

curandeirismo). E entender que, os povos indígenas compreendem as intervenções de saúde de forma essencialmente relacional. E suas práticas sociais estão organizadas ao longo de um ciclo estruturado de acordo com um complexo calendário astronômico, estruturado pela passagem das constelações, que orienta também as atividades cotidianas (BARRETO; SANTOS, 2017).

Destarte os documentos legais já orientarem sobre a inviabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos com povos indígenas, restringindo-se unicamente aos saberes médico-centrados e em clínicas tradicionais das especialidades. A saúde indígena convoca a necessidade de continuar a ampliar a visão de saúde, doença e subjetividade, estruturadas como elemento para ações de cuidado em saúde, como estratégias locais na solução de agravos e as escalas de demandas de saúde, com suas prioridades definidas pelas culturas e saberes dos próprios povos indígenas.

O termo “bem viver” circula entre o movimento indígena já há bastante tempo, tendo sido primeiramente utilizado nas regiões andinas na América. Dentre os autores que dialogam sobre este tema, a compreensão do que seja a noção de bem viver para estes povos¹², encontraremos como principal característica, o fato de propor projetos de futuro ampliados aos demais elementos no mundo, como florestas, águas, demais animais que não apenas os humanos. Tais movimentos propõem pensar saúde não apenas como a preservação de “recursos” naturais como forma utilitarista de garantir a sobrevivência humana, mas sim como objetivo em si, tão importante quanto à existência humana.

É preciso reconhecer aqueles que chamamos de pajés, como profissionais de saúde que, exercem o ofício de tratamento especializado, de organização e reorganização das pessoas, entre outras funções sociais complexas do viver nas comunidades indígenas. Esses sujeitos passaram por uma rigorosa formação e treinamentos sob orientação de especialista formador, e por isso, são capazes de conectar no domínio de *waimahsã* (não humanos), adquiriram *kihti-ukuse*, *bahsese* e *bahsamori*, conhecimentos considerados fundamentais para a constituição da pessoa e orientação de sua existência. (BARRETO; SANTOS, 2017). Nesse sentido, as necessidades nestas formas de intervenções no cuidado em saúde com povos indígenas, demandam a construção de planos de intervenção singulares adequados

¹² Dentre os autores dedicados a este debate, podemos destacar Isabel Rauber, Esperanza Martinz; Pablo Dávalos, Paulo Suess, Alberto Costa, dentre tantos outros ocupados deste debate.

aos contextos locais de produção de subjetividades envolvidas que, além de serem construções dialogadas com sujeitos e comunidades, também devem ser sempre, práticas fluidas e sustentáveis. Tecnologias de cuidado e promoção de saúde que devem ter a capacidade de resistir enquanto práticas de cuidado, inclusive em ausência de profissionais e serviços, das políticas públicas e iniciativas externas às comunidades.

Nosso entendimento deste trabalho baseia-se na estratégia de ação multiprofissional em que tem como base a necessidade de construir propostas singulares e sustentáveis de promoção de saúde com co-autoria e co-gestão dos indígenas de cada território. Dito de outro modo, o encontro entre profissionais e usuários precisa servir como potencializador de singularidade e sustentabilidade do cuidado em saúde com sujeitos e comunidades indígenas, capazes de promover autonomia e protagonismo, entendido como uma estratégia para promoção do bem viver entre os povos indígenas.

Compreende-se assim que, o trabalho dos profissionais na saúde indígena precisa ser um espaço de promoção, divulgação e aplicação dos conhecimentos e saberes dos povos indígenas (BARRETO, 2012). Na atualidade, o grande desafio dos serviços seria a busca de assimilação na prática clínica dos profissionais de saúde, do reconhecimento das lógicas relacionais dos saberes e conhecimentos indígenas, superar a resistência a estes modelos e reconhecer a eficácia dos sistemas terapêuticos dos povos indígenas.

Pensar na saúde para povos indígenas é ter em conta os modelos próprios de concepções de saúde e doença destes sujeitos e compreender em suas práticas terapêuticas em diálogo, entre tecnologias biomédicas e a cosmologias indígenas.

Cuidados Intermediários e Redes de Petição e Compromisso

O entendimento comum é que, quando o sujeito com problemas crônicos tem um agravamento agudo no seu quadro de saúde, este precisa ser encaminhado ao hospital para reabilitação, e em seguida, pode voltar para acompanhamento na atenção básica, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado em saúde (BRASIL, 2013). Contudo, principalmente no cuidado na atenção básica, observa-se uma necessidade de qualificar o escopo de atuação neste segmento, ampliando o entendimento das equipes de suas atribuições para o cuidado ao crônico em nível

intermediário, de pensar os cuidados de acompanhamento situados no entre atenção básica e especializada de saúde, evitando internações inadequadas, bem como, atuando no fortalecimento das redes e equipes de saúde, na qualificação do cuidado e resposta às necessidades existentes neste cenário, de aumento populacional e mudanças demográficas dos povos indígenas.

Os cuidados intermediários têm por objetivo cuidar, sobretudo, da população já diagnosticada com doenças crônicas e que necessita de acompanhamento em seus processos de recuperação, ou ainda, de sujeitos egressos de internação e que necessitam de reabilitação para ganhos de autonomia. Estes serviços, podem ser vistos hoje a partir de diversas experiências como, nos programas de internação/atenção domiciliar (Programa “Melhor em Casa”), hospital-dia, hospitais comunitários, cuidados prolongados, hospitais de pequeno porte, clínicas de reabilitação e também nas CASAI.

Contudo, no caso das CASAI, é ainda necessário frisar que, estes não são serviços de permanência para tratamento de doenças crônicas, uma vez que compreende-se que estes casos devem ser acompanhados em nível territorial, ou ainda, não são serviços de internação, hospitalar ou ambulatorial, evitando assim, favorecer processos de iatrogenia cultural das comunidades, bem como, a institucionalização dos indígenas nestas casas de saúde. Dentro deste recorte, falaremos apenas dessa casa de saúde e sobre algumas idéias para qualificação do cuidado em nível intermediário nas redes, de reconhecimento do envolvidos nestes processos de trabalho, pensado pela via da ampliação e fortalecimento das redes de Atenção Básica de Saúde Indígena no SasiSUS.

Como se sabe, é esperado/preconizado por meio da Política Nacional de Atenção Básica, um grau de resolutividade de até 80% dos agravos. Todavia, o que se observa é a rede de média e alta complexidade inchada pelo encaminhamento excessivo de usuários que deveriam estar sendo acompanhados no âmbito da atenção primária. No caso das CASAI, considera-se que são unidades “termômetros” da atenção em saúde ofertada nos territórios indígenas. Assim, por exemplo, uma CASAI constantemente cheia, é o resultado de uma baixa assistência territorial ofertada nas aldeias e comunidades indígenas locais.

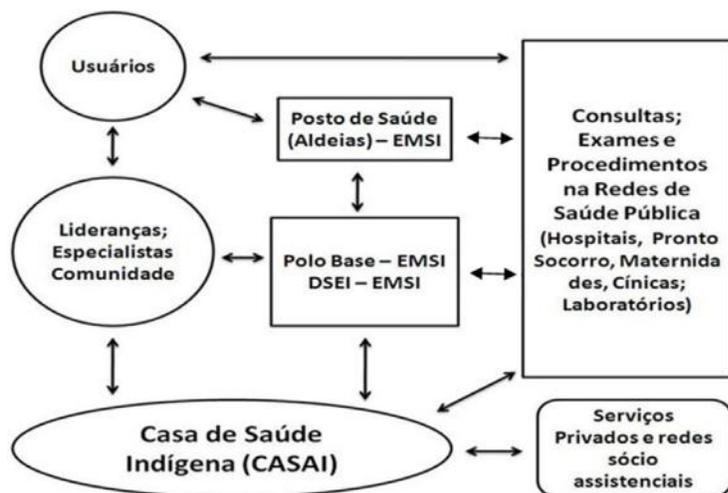
É necessário compreender primeiramente quem são os envolvidos nas redes de atenção à saúde das EMSI nas CASAI, bem como, debater o próprio papel da CASAI

neste contexto de relações constituintes do cuidado em saúde, visto enquanto um dispositivo de mediação do cuidado das equipes multiprofissionais de saúde indígena, situado também entre atenção básica e especializada das redes de saúde do SasiSUS.

Nesse sentido, o trabalho das EMSI na CASAI busca funcionar como auxílio para criação de caminhos de comunicação, de pedidos e acordos possíveis entre profissionais de saúde e usuários, redes, serviços e gestão, em meio ao complexo fluxo de negociações em torno das demandas de saúde de usuários, familiares e comunidade atendidos pelos profissionais diariamente. A idéia aqui foi tentar contribuir para melhor entendimento destes contornos do processo de trabalho, a partir do foco no cotidiano das EMSI na CASAI, de ver alguns dos fluxos de agenciamento de redes de cuidado em saúde indígena, envolvidas neste fluxo de estabelecimento, compreendido como atuando no *entre* das redes de saúde, como um organizador e mediador de serviços/profissionais/usuários.

Inspirado em trabalhos sobre processos produtivos nas redes de saúde, utiliza-se como ferramenta analisadora a rede de petições e compromissos, aqui aplicada à compreensão micropolítica do processo de trabalho em saúde, dentro da perspectiva de redes vivas de pessoas, profissionais e serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

Quadro 1. Rede de Petições e Compromissos



Nesta construção, identificamos os principais interlocutores do processo de trabalho das EMSI: 1. Lideranças, Controle Social Indígena – CONDISI, especialistas

indígenas e comunidades; 2. Postos de Saúde; DSEI e Polo Base; 3. Serviços especializados e hospitais da rede pública de saúde; 4. Serviços de Saúde Privados e demais redes sócio assistenciais. O quadro acima parte do fluxograma oficial, no exercício de ampliar e desvelar a complexa realidade das redes intersubjetivas que atravessam o processo de trabalho na CASAI, assim, no uso desta ferramenta de reflexão, pode ajudar as equipes a identificar as potencialidades e fragilidades nos seus próprios processos de organização, vistos nas relações entre diversos atores em cena, na qualificação do cuidado em saúde.

Nesse sentido, está posta uma viva rede de conexões com os usuários, fluxos horizontais e rizomáticos, com outros profissionais e serviços das redes locais. Os caminhos da atenção em saúde acontecem, inclusive, sem a presença da EMSI ou da equipe de CASAI. Abordamos realidades vividas na CASAI, considerando que, para além dos fluxos oficiais, há redes vivas, tecidas nos territórios. A exemplo disso, o primeiro caminho mostra **usuário – consultas**, que se refere aos casos em que o usuário busca atendimento por conta própria, sem o conhecimento da EMSI ou da CASAI. Em casos assim, não é raro a perda de informações deste atendimento em saúde do usuário, culminando em consequentes repetições de condutas e exames por parte da EMSI, comprometendo a qualidade do acompanhamento do cuidado em saúde.

Outro fluxo possível é o de **usuário – liderança – CASAI**, este pode ocorrer por diversos motivos como agilidade na logística para chegar até a CASAI, adoecimentos sensíveis e/ou constrangedores para o usuário/família que preferem que a EMSI não tenha o conhecimento do ocorrido ou mesmo identificação e demanda por parte da liderança para o cuidado a este usuário, entre outros diversos cenários. Há o caminho de **usuário – posto de saúde – consultas**, neste caso, a EMSI articula com o município a realização de atendimento sem passar pela CASAI, um dos fatores para tal, é agilidade no atendimento (tendo em vista que muitas vezes o município fica mais próximo do Polo Base do que da CASAI) e melhor controle no acompanhamento dos usuários. Estes últimos motivadores podem ser também **usuário – liderança – polo base – consulta**.

O fluxo **usuário – liderança – CASAI – serviços privados e/ou redes sócioassistenciais**, pode ser visto quando o usuário paga pelo serviço de saúde, estes são normalmente os mais escassos no SUS como especialidades odontológicas e médicas, além disso, também há ocasiões em que a própria CASAI e/ou o usuário identifica demandas dos serviços de CRAS e CREAS. De todo modo, o

caminho oficial é **usuário – posto de saúde – polo base – casai**, conforme protocolos pactuados e responsabilidades de cada equipamento. Este é o itinerário sobre o qual, EMSI e gestão orientam suas práticas. Sobre os quais são também supervisionados e tem suas condutas avaliadas. Observa-se assim que este último caminho muitas vezes não corresponde a realidade cotidiana dos serviços de saúde, isto se dá tanto por questões territoriais, culturais e emergenciais de cada situação vivida pelas pessoas envolvidas, de forma que é necessário realizar o exercício de aproximação, tanto para qualificarmos a atenção diferenciada de cada DSEI, mas também, para dar continuidade na construção de políticas públicas adequadas a organização do trabalho das equipes nos diferentes tipos de CASAI.

Por outro lado, quando o DSEI pauta o atendimento em saúde somente no que rege o protocolo ele se afasta do território e empreende estratégias aparentemente coerentes em sua lógica, mas, muitas vezes, falhas em sua execução, comprometendo assim a continuidade do acompanhamento dos seus usuários, de referências/contra referências, de acesso à exames, encaminhamentos e outros, já por si mesmos, muito dificultados pelas distâncias e viabilidade de uma rede de petições e compromissos.

A rede de petições e compromissos apresenta-se como uma ferramenta de análise da micropolítica no processo de trabalho em saúde, neste caso, aplicada à compreensão da organização das redes de serviços na saúde indígena com foco na CASAI, o que oferece um contexto complexo sobre experiências vividas pelos usuários e profissionais de saúde nestas situações. Esta pode ser uma oportunidade para pensar a intervenção em cuidados intermediários em serviços de saúde indígena, em um ideal de construção que, possibilita aos profissionais dos serviços e gestão, simultaneamente, avaliar a situação do cenário de práticas e também propor novas alternativas de qualificação do cuidado em saúde.

Ressalta-se a necessidade de que a aplicação destas ferramentas e a discussão em torno dos seus produtos, seja feita coletivamente, pela convicção que estes processos coletivos são “auto-pedagógicos”, e capazes de promover conhecimento à equipe gestora dos serviços, na medida em que esta vai se apropriando da realidade na qual esta inserida (FRANCO; MERHY, 1999,

p. 10). As redes funcionam como uma espécie de descrição das relações intra e inter institucionais dos serviços de saúde, onde são debatidos entre os membros da equipe os estranhamentos e conflitos entre as diversas pessoas parte destes cenários de práticas, neste caso, relacionadas aos processos de trabalho das EMSI na CASAI. Assim, a identificação e discussão destes ruídos revelam possibilidades de qualificação dos processos de tomadas de decisão em saúde no cotidiano, bem como, de organização do trabalho nas redes de atenção à saúde do SasiSUS.

A Casa de Saúde Indígena (CASAI) tem sua atuação relacionada com a comunicação e fomento entre serviços/profissionais/usuários nas redes de atenção à saúde indígena, trabalhando assim, junto a diversos segmentos e estabelecimentos parte da saúde indígena, serviços, profissionais e ações como, ambulatórios de especialidades, procedimentos em pronto socorro, unidades de pronto atendimento, serviços e programa de DST/AIDS, nutricionais, maternidades, clínicas de exames, laboratórios e enfermarias do hospital geral, etc. A CASAI conta com uma equipe mínima de chefia administrativa, profissional de enfermagem, técnicos de enfermagem, nutricionista, farmacêutico (em caso de armazenar medicações). Para o desenvolvimento de uma reflexão de análise sobre o processo de trabalho de EMSI na CASAI, é preciso considerar as premissas do modelo de cuidado em saúde adotado no SasiSUS, associado à uma relação de respeito e fortalecimento cultural das comunidades e povos indígenas em suas tradições e entendimentos próprios sobre saúde e doença.

Uma primeira intervenção que pode ser proposta é pensar em conjunto com os atores locais sobre atividades desenvolvidas no cotidiano das equipes a partir do exercício da rede de petições e compromissos. O objetivo é buscar melhor entendimento sobre o papel da CASAI e de sua equipe na atenção à saúde dos usuários de referência do DSEI e Polo Base, e assim, as possibilidades de organizar o processo de trabalho das equipes locais em que seja considerado a diversidade de compreensões sobre o processo de saúde/doença, marcadas por uma tensão entre as tecnologias de cuidado dos diferentes povos indígenas e o cuidado em saúde ofertado nos serviços de saúde.

Considerações Finais

A ideia aqui foi promover um olhar atento para dentro e de dentro deste

serviço, para que se possa colaborar com os profissionais e usuários nos processos de tomada das decisões em saúde com povos indígenas. Processo decisório este que, em geral, envolve a comunicação entre as equipes, estabelecimentos de saúde locais, familiares e comunidades. Assim, é necessário pensar estratégias para compreensão e organização de autonomias compartilhadas, de sentidos atribuídos à saúde, cuidado e bem viver das pessoas envolvidas no cuidado em saúde. Como fonte de informações para esta construção, utiliza-se a memória, observação direta e experiências vividas, ou por meio da investigação e do saber formativo acumulado, parte do próprio trabalho dos profissionais na assistência à saúde e da vida dos usuários.

As redes de petições e compromissos ajudam a entender e dar sentido para a análise estratégica situacional do processo de trabalho das equipes de saúde. Foram aqui utilizadas como instrumento de fortalecimento de saberes e práticas, estruturada pelas relações intersubjetivas entre profissionais, serviço e pessoas conectadas nestas redes de cuidado. A construção da rede de petição e compromissos é completada, identificando-se junto a ela, os tipos de pedidos e compromissos estabelecidos entre os diversos atores, no caso, com a CASAI e desta, internamente ou externamente, entre os profissionais de saúde e os demais serviços da rede de atenção à saúde no SasiSUS.

A CASAI é um serviço de cuidado intermediários? Não pretendemos neste diálogo, encerrar conclusões sobre itinerários de cuidado em saúde relacionados ao trabalho nas CASAI. Mas sim levantar debates introdutórios sobre o trabalho das CASAI, articulado com as discussões de cuidados intermediários. Compreendendo que há nesta relação à possibilidade de contribuições mútuas ao fortalecimento de ambos. Concluí, ao convidar deste modo, pesquisadores e técnicos de saúde para aprofundarem o referido debate. Levantamos questões e problematizamos práticas e conceitos com objetivo de inaugurar este novo território de encontro e debate em saúde indígena e saúde coletiva nos cuidados intermediários e redes de atenção à saúde.

Referências

- BARRETO, J. P.L. Wai-Mahsã: peixes e humanos. Um ensaio de Antropologia Indígena. Dissertação de mestrado Programa de Pós Graduação em Antropologia Social (UFAM-AM), 2013. Disponível em: <http://www.ppgas.ufam.edu.br/> Acesso em 03 de nov. de 2019.
- BARRETO, J.P.L.; DOS SANTOS, G.M. A Volta da Cobra Canoa: em busca de uma antropologia indígena. Revista Antropologia São Paulo Online. Vol. 60, n.1:84 – 98. USP, 2017.

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03. Acesso em 05 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF):MS;2004. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em 03 de fev. de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 6 de fevereiro de 2002. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 07 jan. 2017.
- CIMI – CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Site da Instituição. Disponível em: <https://cimi.org.br/>. Acesso em: 24 out. 2018.
- FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.
- FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Revista Saúde e Sociedade, SP, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS PARA APOIO AO PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (CampinasSP). PROSAUDE, SP, 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/> Acesso em: 22 out. 2019.
- GARNELO, L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira, C. G. e Garneiro, L. (Org.) Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Ed. Fiocruz: 2014.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos Indígenas do Brasil. São Paulo: ISA, 2001. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/>. Acesso em: 22 nov. 2017.
- JACINTO, A. B. M.; MACDOWELL, P. L.; DUARTE, T. M. Notícias de meio do caminho: alguns desafios para as políticas de atenção psicossocial na região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul. 2017. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em outubro de 2018.
- LIMA, A.C. S. O governo indígena sob a gestão do SPI, In: M. Carneiro da Cunha (org.) História dos Índios no Brasil. São Paulo: FAPESP/SMC, Companhia das Letras. 1992.
- LORENZO, C. F. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. Revista Bioética, 2011.
- MEHRY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Hucitec Editora, São Paulo, 2002.
- MEHRY, E. E. O Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In MEHRY, Emerson Elias & FRANCO, Túlio Batista. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.
- SOUSA, M. C. et al. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007.
- VALENTE, R. Os fuzis e as flechas: História de sangue e resistência indígena na ditadura. Coleção Arquivos da Repressão no Brasil. São Paulo, Companhia das Letras. 2017.

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA ABORDAGEM TRANSVERSAL PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Breno Augusto Bormann de Souza Filho
Érika Fernandes Tritany

Frente às mudanças mundiais no perfil demográfico e epidemiológico, bem como a fragmentação do Cuidado e baixa resolutividade dos serviços de saúde, os Cuidados Intermediários (CI) surgem como uma proposta de integração dos serviços, aumento de sua resolutividade, maior atendimento às necessidades em saúde da população e fortalecimento da Atenção Primária por uma maior valorização dos serviços territoriais. As primeiras produções sobre *Intermediate Care* ocorrem na Inglaterra no contexto de discussões e recomendações das agências internacionais para cuidados em saúde mais próximos ao território (YOUNG, 2009).

Nesse ínterim emergem discussões sobre como prover esse cuidado, como atender às necessidades em saúde de uma população envelhecida, com predomínio de condições crônicas e um complexo perfil de multimorbidade. A população elegível para Cuidados Intermediários, no mundo, apresenta necessidades complexas e vulnerabilidades diversas. Os Cuidados Paliativos (CP), por sua vez, nos oferecem uma abordagem que busca abranger tais necessidades, diminuir o sofrimento e promover maior qualidade de vida para aqueles envolvidos no Cuidado.

Assim, esse artigo busca apresentar os Cuidados Paliativos bem como reflexões sobre sua importância, modos de operação e sua localização na Rede de Atenção à Saúde, compreendendo a necessidade de sua adoção como abordagem transversal, incluídos em todos os serviços e níveis de atenção da rede, bem como inseridos na formação profissional em saúde.

Um breve histórico conceitual dos Cuidados Paliativos

A palavra “Paliativo” advém do latim *pallium* que significa manto, proteção. Seu uso era empregado em situações de doença em que, na ausência de tratamentos específicos curativos, os sintomas deveriam ser “acobertados” ou “tapados” (PESSINI, 2001). O conceito de Cuidados Paliativos foi introduzido em meados de 1960, na Inglaterra, por Cicely Saunders, fundadora do St. Christopher Hospice, em Londres,

a qual apresentou uma filosofia de cuidado à pessoa com diagnóstico de doença incurável e em processo de terminalidade (BOULAY; RANKIN, 2007).

As práticas dos Cuidados Paliativos surgiram, inicialmente, com o movimento *hospice* moderno fundado pela própria Cicely Saunders graças à missão de assistência, educação e pesquisa do St. Christopher’s. Contudo, o estilo “*hospices*” remontam ao século IV. A palavra é de origem francesa e traduzida do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é “hospedagem”, “hospitalidade”; transmitindo um sentimento de acolhimento e de estabelecimento de vínculo (MILICEVIC, 2002).

Em 1982, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou um grupo de trabalho com o objetivo de definir políticas direcionadas ao alívio da dor e sofrimento dos pacientes com câncer, aliando-as aos princípios do movimento *hospice* moderno que disseminava internacionalmente orientações de cuidados à pessoa em processo de terminalidade. É partir daí que a OMS passa a adotar a expressão “Cuidados Paliativos” em suas publicações e linhas pesquisa, uma vez que mostrava-se mais facilmente traduzível para outros idiomas em relação ao termo *hospice* (MACIEL, 2008).

Em 1990, a OMS apresentou, pela primeira vez, para 90 países e em 15 idiomas, o conceito e os princípios dos Cuidados Paliativos, reconhecendo-os e recomendando sua adoção nas políticas de saúde. A ênfase das ações de Cuidados Paliativos voltava-se aos portadores de câncer, sobretudo para cuidados de fim de vida. Assim, junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os cuidados paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (WHO, 1990).

Nesse sentido, a primeira definição de Cuidados Paliativos, publicada pela OMS em 1990 dizia tratar-se de: “cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridades e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares” (WHO, 1990). Entretanto, esse conceito foi superado dada a subjetividade da avaliação acerca de quando seria o momento de considerar a falência de um tratamento.

Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças como AIDS, doenças cardíacas e renais, doenças degenerativas e

doenças neurológicas. Sendo os Cuidados Paliativos compreendido como, uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças e/ou condições que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em 2004, um novo documento publicado pela OMS - *The Solid Facts: Palliative Care* - reitera a necessidade de inclusão dos Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento de todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção a idosos (DAVIES; WELTGESUNDHEITS ORGANISATION, 2004).

Ainda assim, frente à realidade mundial de grande expressão das condições crônicas no perfil de morbimortalidade, bem como as mudanças demográficas que contribuem com esse perfil, foi divulgado em 2017 um novo conceito que emerge como um reorganizador das práticas de Cuidado em Saúde no mundo. Os Cuidados Paliativos passam a ser vistos como uma abordagem transversal a todas as etapas do Cuidado, não apenas vinculados à terminalidade ou à condições limitadoras da vida, mas também a todas as doenças crônicas progressivas (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

É reiterada a necessidade de inclusão dos Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas e/ou condições complexas, e amplia o conceito sendo, os Cuidados Paliativos compreendidos como uma abordagem que visa a prevenção e alívio do sofrimento e a promoção de dignidade, melhor qualidade de vida e adaptação a doenças progressivas para adultos e crianças vivendo com sérios problemas de saúde crônicos, complexos ou limitadores de vida e suas famílias. Além disso, é reforçado e justificado que os tipos mais comuns e graves de sofrimento podem variar de acordo com o local e a cultura e, com o tempo, as definições de conceitos e as populações atendidas por Cuidados Paliativos também podem variar, requerendo assim um olhar atento para a atualizações e ajustes (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

Com isso, o conceito atual da OMS amplia o horizonte de ação dos Cuidados Paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos

disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos, além disso, os Cuidados Paliativos devem ser considerados um direito humano básico e um componente essencial de cuidados abrangentes e integrados ao longo da vida, inclusive no fim da vida. Devem ser fornecidos em qualquer estabelecimento de saúde, incluindo hospitais, instalações de cuidados prolongados, centros comunitários de saúde e nas casas dos pacientes; e deve ser praticado por todos os prestadores de cuidados de saúde (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

A abordagem dos Cuidados Paliativos atende a nove princípios, quais sejam: oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; considerar a morte como um processo natural da vida; não apressar ou adiar a morte; integrar aspectos psíquicos e espirituais nos Cuidados Paliativos; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente o quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu próprio processo de luto; manter uma equipe que possa atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo consultas de luto, se necessárias; ampliar a qualidade de vida de forma a influenciar positivamente a evolução da doença; e, por fim, deve ser aplicado desde o início da doença, em conjunto com as outras terapias que pretendem prolongar a vida, e incluir as investigações necessárias para se melhor compreender e trabalhar as complicações clínicas dolorosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; DAVIES; WELTGESUNDHEITSORGANISATION, 2004; GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

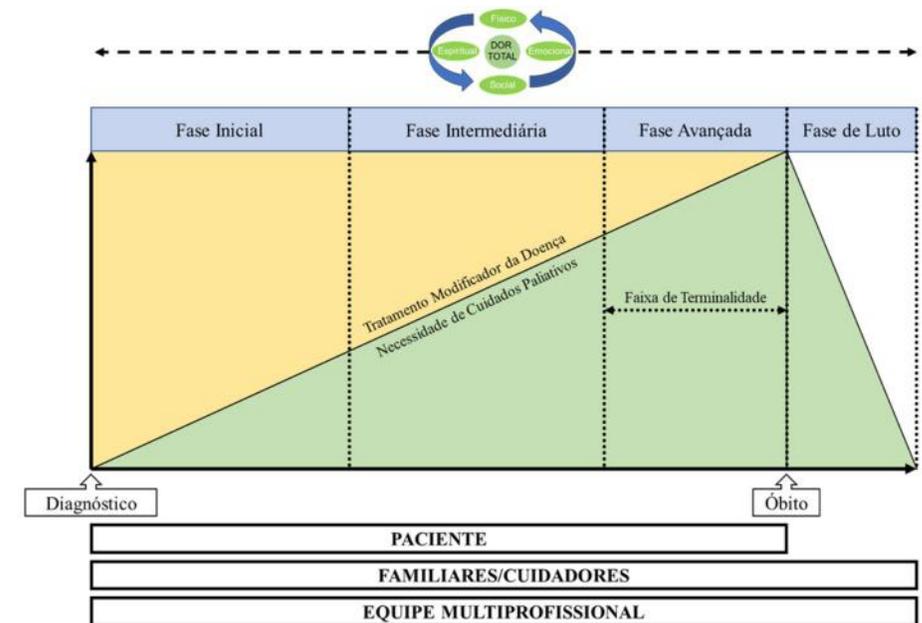
Assim, para que esta abordagem apresente os resultados esperados no processo saúde-doença-cuidado, os Cuidados Paliativos devem ser incorporados no processo de trabalho das diferentes categorias profissionais, em todos os níveis de atenção à saúde, sendo iniciado o mais precocemente possível, concomitante ao tratamento curativo ou modificador da doença. Deve ser uma premissa básica do trabalho em saúde um Cuidado que sustente uma compreensão multidimensional de saúde; atento às dimensões física, emocional, social e espiritual da dor e sofrimento; não restrito apenas ao paciente, mas que se estenda a todos os envolvidos nesse processo (paciente/ familiares/ cuidadores e equipe multiprofissional).

Cuidados Paliativos e seu Modelo Teórico do Cuidado

Desde o diagnóstico até o óbito, o processo de progressão da doença ou condição ameaçadora da vida, muitas vezes, é responsável por alterações na funcionalidade global do paciente, impactando negativamente nas condições para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e conseqüentemente as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD). Essas alterações impactam negativamente na sobrecarga dos familiares e/ou cuidadores, bem como dos profissionais da equipe de saúde. Uma vez que, quanto maior a perda de funcionalidade global do paciente, maior o nível de sobrecarga do familiar/cuidador e equipe multiprofissional. Dessa forma, os Cuidados Paliativos devem estar voltados à tríade do cuidado, ou seja, à todos aqueles envolvidos no cuidado, o paciente, seus familiares e cuidadores e a equipe multiprofissional (CHERNY et al., 2015; FRANKLIN; CHEVILLE, 2015).

É importante que se inicie a abordagem paliativa assim que o problema de saúde é detectado, atuando de forma concomitante ao tratamento modificador da doença ou condição; dado que os tratamentos específicos da doença têm um impacto progressivamente limitado na modificação do curso da doença, prognóstico e qualidade de vida, é enfatizado um aumento gradativo dos Cuidados Paliativos visando maior qualidade de vida ao paciente e sua família. Entretanto, nem sempre o diagnóstico ocorre em fase inicial da doença, o que requer que o tratamento paliativo inicie em grande magnitude e continuidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017). A Figura 1 apresenta, de forma hipotética, esse esquema, com aumento progressivo de intervenção dos Cuidados Paliativos até uma possível cura ou óbito do paciente. Após a morte do paciente, há uma continuidade dos CP para a atenção ao luto dos familiares e das necessidades da própria equipe multiprofissional de saúde.

Figura 1: Modelo Teórico para Implementação da Abordagem dos Cuidados Paliativos.



Fonte: Elaboração própria, adaptado de (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

Elegibilidade de pacientes e rede assistencial

Os Cuidados Paliativos são recomendados para pessoas com condições crônicas complexas e/ou avançadas e/ou progressivas e/ou ameaçadoras da vida, que apresentem necessidades multidimensionais (físicas, emocionais, espirituais, familiares, sociais, ética, jurídica, financeira, entre outras), e/ou prognóstico limitado de vida. Exemplos comuns são pacientes com multi-morbidade, fragilidade e demência; aqueles com falhas específicas de órgãos; câncer; HIV / AIDS; malária; tuberculose resistente a medicamentos, entre outras (GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

Dessa forma, os Cuidados Paliativos não necessitam de um lócus específico, sendo recomendada sua inclusão nas práticas de saúde em qualquer ambiente de saúde ou de assistência social, bem como nos diferentes níveis

ou configurações assistenciais, incluindo, assim, os Cuidados Intermediários, sobretudo pelo perfil de pacientes atendidos nesses serviços e sua proximidade com a Atenção Primária.

No Brasil, em outubro de 2018, foi publicada a Resolução nº41 da Comissão Intergestores Tripartite a qual dispõe sobre as diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos, à luz dos Cuidados Continuados Integrados, no SUS. Essa resolução materializa e dá institucionalidade a uma luta histórica pelo desenvolvimento e implementação dos CP no Brasil e sua inserção no SUS. A partir dela, fica acordado, nas três esferas de governo, a integração dos CP na Rede de Atenção à Saúde, sendo ofertados em qualquer ponto da rede e coordenados pela Atenção Primária, com retaguarda nos demais níveis assistenciais. Além disso, é enfatizado o necessário fomento à inclusão de conteúdos programáticos sobre CP no ensino de graduação e pós graduação dos profissionais de saúde; bem como a oferta de educação permanente para os trabalhadores da saúde no SUS e a disseminação de informação sobre os Cuidados Paliativos na sociedade (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2018).

Apesar da recente conquista, os desafios para a real implementação e disseminação dos Cuidados Paliativos no Brasil - e sobretudo no SUS - são inúmeros. Além da lacuna existente nas instituições de ensino e pesquisa na incorporação de conteúdos relacionados à CP no currículo básico de todas as graduações e pós graduações da área da saúde, no desenvolvimento de pesquisas na área e na formação de trabalhadores da saúde no SUS; ainda é forte na sociedade, nos serviços de saúde e no imaginário dos trabalhadores da saúde uma concepção incompleta sobre os Cuidados Paliativos, associando-os e indicando-os apenas a pacientes em processo de fim de vida, e estereotipando o termo a uma noção errônea de “não ter mais o que se fazer” com o paciente. Outrossim, a materialidade das ações preconizadas pela Resolução nº41 depende de uma série de fatores relacionados à priorização de ações e estratégias, de disponibilização de recursos, à pactuação integrada entre os entes federados e, também, compete com a lógica gerencialista instalada em grande parte dos municípios brasileiros, sobretudo na esfera municipal na gestão da Atenção Primária.

Sofrimento multidimensional e o conceito de Dor Total

No que se refere à prevenção e controle de sintomas, é fundamental considerar a definição de sintoma como tudo aquilo que o paciente avalia como um problema. Cicely Saunders cunhou o conceito de Dor Total, pelo qual é possível compreender que não apenas o componente físico da dor deve ser considerado, mas também àqueles relativos a aspectos emocionais, sociais e espirituais. Atualmente, expande-se tal conceito para quaisquer sintomas, ou seja, coloca-se como fundamental evidenciar o caráter individual e subjetivo dos sintomas, bem como a interação entre fatores biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais na determinação, interpretação e expressão de qualquer sintoma apresentado pelo paciente, sempre com atenção aos detalhes (CHERNY et al., 2015; WHO, 2007).

A dor é o sintoma que exerce grande impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo, influenciando no humor, mobilidade, sono, ingestão alimentar e atividades da vida diária. Outros sintomas como anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia e astenia, igualmente acometem o paciente, afetando as relações sociais, familiares e de trabalho. Por este motivo, o controle dos sintomas possibilita que o indivíduo possa realizar o que considera importante, proporcionando uma melhor qualidade de vida e uma finitude digna, com sofrimento reduzido (SILVA; HORTALE, 2006).

De acordo com Costa e Othero (COSTA; OTHERO, 2014), a prevenção e o controle de sintomas são um “núcleo duro” da assistência em Cuidados Paliativos. Ainda que existam especificidades de cada área profissional, todos que atuam devem ser capazes de identificar sintomas e conhecer técnicas básicas de manejo e/ou seus encaminhamentos. Escuta, apoio e orientação aos familiares são inerentes aos cuidados (GOMES; OTHERO, 2016).

Processo de Reabilitação nos Cuidados Paliativos

A inclusão e possibilidade de acesso aos Cuidados Paliativos e o processo de reabilitação precoce durante a trajetória da doença dos pacientes auxilia na preservação da funcionalidade global, impactando na autonomia e independência

do paciente, e é cada vez mais pertinente nos serviços de saúde. A reabilitação deve cuidar e empregar equipes interdisciplinares para desenvolver planos de cuidado e resposta não apenas aos aspectos fisiológicos, mas também às necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e seus familiares/cuidadores (CHERNY et al., 2015; FRANKLIN; CHEVILLE, 2015).

Nos Cuidados Paliativos, tanto a medicina quanto a reabilitação, devem buscar resultados multidimensionais que vão além dos que estão relacionados especificamente ao estado de doença, como a funcionalidade global e parâmetros de qualidade de vida. Nesse sentido, as estratégias de reabilitação contribuem para os Cuidados Paliativos: (i) mantendo e, se possível, promovendo a funcionalidade global do paciente durante um período de declínio sistêmico esperado e (ii) fornecendo estratégias para prevenir ou desacelerar complicações deletérias, como descondicionamento generalizado, desagregação e contraturas, bem como aspectos relacionados a outras dimensões do cuidado (MACIEL, 2008; FRANKLIN; CHEVILLE, 2015).

Intervenções de reabilitação em Cuidados Paliativos constituem uma integração contínua de serviços de reabilitação que deve se iniciar concomitante ao diagnóstico e tratamento da doença subjacente do paciente. Assim, os pacientes em cuidados paliativos são capazes de se beneficiar de intervenções de reabilitação projetadas para manter ou, em alguns casos, até mesmo restaurar os elementos-chave de suas funções (FRANKLIN; CHEVILLE, 2015).

As unidades de reabilitação geralmente desenvolvem planos de tratamento baseados nos seis domínios funcionais para os escores da Medida de Independência Funcional (MIF) (GRANGER et al., 1993): mobilidade; cuidados pessoais; controle esfíncteriano (intestino e bexiga); comunicação; e cognição social, incluindo interação social, resolução de problemas e memória. Além disso, o plano de cuidados deve se basear na funcionalidade global através do Palliative Performance Scale (PPS), que é uma ferramenta para avaliação da performance funcional dos pacientes, desenvolvida no Canadá pela Victoria Hospice Society e traduzida para o Brasil. Este instrumento avalia o paciente de acordo com seu grau de deambulação; atividade e evidência da doença; autocuidado; ingestão; e nível da consciência. Sendo o principal instrumento utilizado nos serviços de Cuidados Paliativos (CHERNY et al., 2015; FRANKLIN; CHEVILLE, 2015; GÓMEZ-BATISTE; CONNOR, 2017).

Assim, a reabilitação deve ser tratada e percebida de maneira mais ampla desde seu aspecto conceitual, bem como em suas considerações técnicas e instrumentais, sendo compreendida e realizada de maneira transdisciplinar, através de intervenções planejadas sobre todas as dimensões do cuidado sendo elas, já citadas, física, social, psicológica e espiritual ao mesmo tempo com seu foco na tríade do cuidado.

Tais dimensões interagem e complementam-se no processo de cuidado em saúde. Nesse sentido, o fracionamento das ações de reabilitação, ou a demasiada ênfase em uma das dimensões em detrimento das demais favorece o potencial iatrogênico das ações aos pacientes e familiares, não respeitando a complexidade do indivíduo e os avanços da ciência para melhora da qualidade de vida, funcionalidade global e dignidade da pessoa humana.

Cuidados Paliativos nos cuidados de fim de vida

Com relação aos cuidados de fim de vida, é importante atenção aos sintomas que se exacerbam nesse período, bem como prover o apoio necessário à equipe, família e ao paciente no que tange a aceitação da morte como um fenômeno natural e o respeito às decisões do paciente nesse momento.

É importante o respeito à pessoa em fim de vida sobre suas vontades em relação a onde morrer e com quais companhias. A desinstitucionalização do paciente deve ser encorajada quando houver possibilidade de manter sua qualidade de vida fora do serviço de saúde; provendo as tecnologias necessárias para promoção do alívio da dor ou outros sintomas apresentados; evitando, assim, a futilidade e obstinação terapêuticas, tendo em vista que o principal foco dos profissionais de saúde deve ser o olhar para o paciente, sua singularidade e sua família, e não à doença ou concepções arraigadas.

Cuidados Paliativos no luto

Em Cuidado Paliativo, a família é considerada uma unidade de cuidado que também deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento de seu paciente, prosseguindo até depois de seu óbito, no período de luto. Salienta-se ser de fundamental importância conhecer o perfil do(s) cuidador(es)

familiar(es), atentando-se para a subjetividade da tarefa de cuidar, pois esse conhecimento possibilitará a eficácia do planejamento e da implementação do cuidado e, conseqüentemente, sucesso na qualidade da assistência prestada (FLORIANI, 2004).

Ao falar em família, não se pode deixar de mencionar os aspectos inerentes ao cuidado com os familiares no processo de construção do luto. Todos passam por uma perda, que é comum e, ao mesmo tempo, única (BARBOSA, 2010). Comum porque todos vivenciam a separação e perda do seu ente querido com a morte; e única pois cada perda tem o seu significado específico para cada pessoa.

O luto é entendido como um entrelace de reações psíquicas conscientes ou não a uma perda importante. É um processo doloroso, e vai além do âmbito individual e repercute na vida de todos que o convivem, direta ou indiretamente. Entretanto, faz parte da existência humana, pela qual se precisa passar (MOON, 2013).

Podem ser destacados três tipos de luto: i) antecipatório, que é caracterizado pela perda esperada vivida pelo paciente e por sua família, na fase entre o diagnóstico e a morte propriamente dita; ii) normal, ou “luto no tempo certo”, que se caracteriza como o evento depois da morte; e iii) complicado, quando a angústia diante da perda podem variar desde a dor da ausência, até uma tristeza muito intensa, que pode resultar em ideações suicidas e sintomas psicóticos (BASSO; WAINER, 2011).

O luto representa, essencialmente, a resposta a um fato desestruturante e inevitável, e que todos os seres humanos irão vivenciar em algum momento no decorrer de suas vidas. Diante disto, a inserção dos Cuidados Paliativos pode propiciar o desenvolvimento de condições para aceitar melhor essa nova realidade (SOUZA; PERES, 2012).

Trabalho em equipe multiprofissional

Para alcançar níveis de excelência no cuidado, é de extrema importância ter uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional para atuação em Cuidados Paliativos. Sobre isso, o uso de terminologia variada e indiscriminada para designar a atuação em equipe prejudica a compreensão do que seja efetivamente esse tipo de trabalho. Frequentemente, são utilizados, equivocadamente como

sinônimos os termos “trabalho em grupo” e “trabalho em equipe”, assim como “multidisciplinar” e “interdisciplinar”, por exemplo.

Os grupos de trabalho podem ser compreendidos como um conjunto de pessoas que interagem para partilhar informações e tomar decisões que auxiliem cada membro a desempenhar suas tarefas individualmente, sendo a responsabilidade também individual. Já as equipes de trabalho interagem para partilha de informações e tomada de decisões, porém guiadas para uma meta única cujo resultado é maior do que a soma da atuação isolada dos profissionais e a responsabilidade é individual mas também compartilhada, representando uma forma aprimorada para realização do trabalho (ABREU et al., 2005).

De acordo com o modo que essas equipes se relacionam, comunicam-se e integram suas disciplinas pode-se utilizar o prefixo “multi”, “inter” ou até “trans”. Equipes multidisciplinares são aquelas compostas por profissionais de várias disciplinas, que tendem a cuidar dos pacientes de modo independente e sem interação direta, compartilhando informações de maneira indireta quando necessário, geralmente por escrito (O’CONNOR; FISHER; GUILFOYLE, 2006).

O termo interdisciplinar deve denominar equipes onde os profissionais trabalham interagindo diretamente, combinando conhecimentos e compartilhando as atividades para atingir um objetivo conjunto e único, o cuidado do paciente (O’CONNOR; FISHER; GUILFOYLE, 2006).

Em relação à transdisciplinaridade, ainda há poucas pesquisas produzidas; mas, segundo Araújo (ARAÚJO, 2012), trabalhar em equipes transdisciplinares significa relacionar-se rotineiramente com colegas que possuem diferentes saberes e maneiras de interpretar. O saber dos indivíduos, nesse caso, mescla-se e cria-se um novo saber coletivo e compartilhado. Trata-se de uma forma mais complexa e aprimorada de se realizar o trabalho em equipe e necessita, para tanto, de grande interação, respeito e conexão entre os profissionais que aceitem sair de seu “lugar comum” e verdadeiramente compartilhar saberes e práticas com o outro.

A proposta de trabalho em equipe em cuidados paliativos deve ser interdisciplinar ou transdisciplinar (MORIN, 1988), frente à multidimensionalidade das necessidades dos indivíduos que vivenciam o processo de morrer e à demanda pela ação integral e conjunta de profissionais de saúde em prol do objetivo comum, a melhora da qualidade de vida do paciente. Somente com a concordância entre

os membros da equipe que atuam articulando em torno desse objetivo único seus saberes procedentes das diferentes disciplinas, tomando decisões e resolvendo problemas juntos, com cooperação recíproca e complementaridade de ações é possível atingir a eficácia, a eficiência e a efetividade da assistência à saúde (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Além disso, a equipe multiprofissional deve atuar no sentido de reforçar o projeto terapêutico do paciente (sempre individual). Dessa forma, barreiras e diferenças no processo de trabalho entre as categorias profissionais devem, sim, ser consideradas; mas a rigidez desses limites não contribui para a evolução clínica, emocional, social e espiritual de suas famílias. Romper com a rigidez dos limites da atuação profissional, fomentando uma atuação transdisciplinar nos projetos terapêuticos singulares, significa potencializar o horizonte do cuidado, de reabilitação, de vínculo entre usuários e profissionais e o potencial de envolvimento e confiança dos pacientes e suas famílias.

Compreender a permeabilidade entre ações profissionais permite que as diferentes categorias profissionais atuem no sentido de fortalecer o projeto terapêutico desenhado em equipe e com o envolvimento o paciente e sua família nas decisões. Ou seja, trabalhando com objetivos e horizontes comuns através de práticas diferentes, porém, complementares e permeáveis.

Possibilita, assim, o trânsito dos profissionais entre frentes de trabalho não exploradas se consideradas as barreiras da ação estrita de cada categoria profissional. Não se trata de atribuir a uma categoria profissional ações que não lhe competem ou que não estejam normativamente estipuladas em seus códigos de ética profissional, mas de abrir um espaço para o reforço das práticas profissionais importantes para os indivíduos envolvidos no cuidado, não restringindo-as apenas ao profissional e sim ao projeto terapêutico.

Abre-se um universo de interações profissionais que permite às categorias maior compreensão de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais que provoquem conexões entre as diferentes práticas e disciplinas, aprimoramento do diálogo interprofissional e entre profissionais e usuários, e o modo como esse conjunto de saberes e práticas pode influenciar no cuidado prestado e seus possíveis resultados.

Considerações Finais

A oferta de Cuidados Paliativos no mundo ainda é insuficiente frente a crescente demanda. Permanece, sobretudo, uma necessidade não atendida de CP para problemas crônicos e limitadores da vida. A compreensão da transversalidade dos Cuidados Paliativos nas ações em saúde é promissora frente à necessária reestruturação produtiva da Saúde.

Os Cuidados Intermediários, nesse contexto, podem contribuir com a implementação, desenvolvimento e disseminação dos Cuidados Paliativos sobretudo no que tange um incremento no processo de reabilitação utilizando-se dessa abordagem como norteadora do processo reabilitativo, dado o perfil assistencial dos serviços de CI e de seus pacientes. Os Cuidados Paliativos, por sua vez, podem contribuir no aprimoramento do processo de trabalho, imprimindo qualidade e humanização à assistência, promovendo maior qualidade de vida e dignidade aos envolvidos no cuidado e maior satisfação dos pacientes, suas famílias e dos profissionais de saúde.

Referências

- ABREU, L.O. et al. O Trabalho de Equipe em Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 58, n. 2, p. 203–207, 2005.
- ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 121–129, 2012.
- ARAÚJO, M.M.T. Inteligência Emocional no Trabalho em Equipe em Cuidados Paliativos. *Revista Bioethikos*, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 58–65, 2012.
- BARBOSA, A. Processo de Luto. In: *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. p. 487–532.
- BASSO, L.A.; WAINER, R. Mourning and sudden losses: Contributions of Cognitive Behavioral Therapy. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 35–43, 2011.
- BOULAY, S.D.; RANKIN, M. *Cicely Saunders: the Founder of the Modern Hospice Movement*. United Kingdom: Hodder & Stoughton, 2007.
- CHERNY, N. I. et al. (EDS.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Fifth edition ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. RESOLUÇÃO No 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018. . 2018, p. 1.
- COSTA, A. P. P.; OTHERO, M.B. Conceitos, Princípios e Formação em Cuidados Paliativos. In: *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusodidacta, 2014. p. 23–36.

- DAVIES, E.; WELTGESUNDHEITSORGANISATION (EDS.). Palliative care. Copenhagen.
- FLORIANI, C.A. Cuidador Familiar: Sobrecarga e Proteção. [s. l.], v. 50, n. 4, p. 341–345, 2004.
- FRANKLIN, D. J.; CHEVILLE, A.L. Medical Rehabilitation and the Palliative Care Patient. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5. ed. [s.l.] : Oxford University Press, 2015. v. 1p. 1–31.
- GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. Estudos Avançados, [s. l.], v. 30, n. 88, p. 155–166, 2016.
- GÓMEZ-BATISTE, X.; CONNOR, S. Building Integrated Palliative Care Programs and Services Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, , 2017.
- GRANGER, C.V. et al. Functional Assessment Scales: A Study of Persons After Stroke. Arch Phys Med Rehabil, [s. l.], v. 74, p. 133–138, 1993.
- MACIEL, M.G.S. Definições e princípios. In: Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008. p. 15–32.
- MILICEVIC, N. The hospice movement: History and current worldwide situation. Archive of oncology, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 29–31, 2002.
- MOON, P.J. Article Commentary: Grief and Palliative Care: Mutuality. Palliative Care: Research and Treatment, [s. l.], v. 7, p. PCRT.S10890, 2013.
- MORIN, E. Ciência com Consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.
- O'CONNOR, M.; FISHER, C.; GUILFOYLE, A. Interdisciplinary Teams in Palliative Care: a Critical Reflection. International Journal of Palliative Nursing, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 132–137, 2006.
- PESSINI, L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.
- SILVA, R.C.F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], v. 22, n. 10, p. 2055–2066, 2006.
- SOUZA, K.G.; PERES, R.S. Cuidados Paliativos e Luto em Oncologia. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [s. l.], v. 10, n. 31, p. 51–59, 2012.
- WHO, World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: World Health Organization, 1990.
- WHO, World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into action: Guide for Effective Programs. Genève: World Health Organization, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
- YOUNG, J. The development of intermediate care services in England. Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 49, p. S21–S25, dez. 2009.

CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E AS POLÍTICAS DE DIREITOS HUMANOS - UMA PERSPECTIVA PARA AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REDE

Gildete Ferreira
Thalita Nascimento da Silva

Introdução

Os primeiros registros de preocupação com direitos humanos nos reportam à época antes de Cristo. O rei da antiga Pérsia, ao conquistar a Babilônia, determinou que fosse gravada numa peça de barro que todas as pessoas tinham direito a sua própria religião e, estabeleceu a igualdade racial. Esta peça, contendo estes e outros direitos, ficou conhecida como o “Cilindro de Ciro” e foi referência das Nações Unidas para os primeiros artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Mas o que hoje nomeamos como Direitos Humanos passou por um grande processo em busca de assegurar ao indivíduo e a sociedade uma existência digna. Termos como “direitos morais”, “direitos naturais”, liberdades públicas”, “direitos dos povos” e “direitos fundamentais” guardam significados contextualizados historicamente, conforme as lutas pelo poder, as lutas contra a opressão e as premissas de proteção características de cada época e da estrutura do Estado.

As estruturas de direitos humanos passam por alterações, denominadas como gerações ou dimensões. Quem primeiro fez referências nesse sentido foi um jurista chamado Karel Vasak, em 1979. Naquela época, elencou 3 gerações, definindo a primeira derivada da Revolução Francesa (1789), com destaque nos direitos individuais associados à **liberdade**. A segunda geração já deriva da percepção das mazelas sociais, principalmente aquelas decorrente da Revolução Industrial, tendo também influência de movimentos socialistas, considerando que a ausência do Estado deixaria a possibilidade de seres humanos serem explorados pelos seus semelhantes. Os exemplos de direitos humanos desta época são voltados para a **igualdade**. Após a Segunda Guerra Mundial (1945), “surge a chamada 3ª geração de direitos marcada pela **fraternidade** na certeza de que existem direitos que transcendem a lógica de proteção individualista, e cuja tutela

interessa a toda a humanidade” (Marques, Gabriel) Outros autores discorreram sobre direitos de quarta, quinta, sexta... até nona geração. Porém, esses estão de alguma forma ligados às definições propostas por Vasak.

O ápice dos debates para construção de direitos foi em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em que a Organização das Nações Unidas declarava que “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, tendo encaminhado pactos e convenções internacionais para eliminação de formas de discriminação e violência em relação à mulher, as crianças, as diferenças raciais, dentre outras.

A partir do final da década de 70 no Brasil começou-se a configurar um agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbano, além da mercantilização da saúde que se encaminharam através de diversos movimentos populares de lutas sociais com caráter reivindicatório que deu início ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que lutavam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e se articulavam a diversos movimentos populares. A proposta do Sistema Único de Saúde está articulada com a ideia central de que saúde é um direito de todos e dever do Estado, e este direito está diretamente ligado a condição de cidadania da pessoa humana. Com base nessa proposição o SUS propõe uma sociedade solidária e democrática, promovendo uma nova interpretação sobre o conceito do que é saúde no Brasil.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 incorporou vários princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, assim como de outros documentos internacionais, inclusive na estruturação dos serviços de saúde fundamentando o SUS na proposição de uma sociedade solidária e democrática, promovendo uma nova interpretação sobre o conceito do que é saúde.

Se faz necessário analisarmos alguns conceitos que irão fundamentar a premissa do serviço de cuidados intermediários, enquanto serviço público de saúde. Primeiro, temos que entender o termo vulnerabilidade, que tem abrangência é multifatorial, ou seja, é um conceito com vários significados e que não está necessariamente ligada a pobreza, mas também às fragilidades nas relações sociais, bem como desigualdade no acesso a bens e serviços.

Temos também que assimilar o princípio da integralidade como um grande desafio, que passa pela reorganização dos serviços de saúde, pelos conhecimentos

e ações da equipe multiprofissional, pelas relações dessas equipes com a rede de serviços como um todo e pela formação permanente dos profissionais dessa área.

Portanto, reconhecemos a proposta de cuidados intermediários como aperfeiçoamento necessário a rede de saúde, objetivando suprir serviços diferenciados, com abordagem para atender a universalidade e integralidade a pessoas vulneráveis.

Direitos Humanos e políticas públicas de saúde

É sabida a relação entre propostas internacionais e nacionais, principalmente nos países ocidentais, que assinam acordos de organismos ligados à ONU e a outras instâncias preocupadas com o destino de populações de diversas partes do mundo.

No que diz respeito à organização de Direitos Humanos, enquanto estratégia orientadora de políticas sociais, somente em 1996 o Brasil decreta o primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, contendo 8 (oito) artigos que buscaram, em linhas gerais, configurar a adesão do país a acordos internacionais, na observância da Constituição Federal de 1988, objetivando a redução das desigualdades sociais, da intolerância, violência e discriminação.

A segunda versão do PNDH foi instituída em 2002 declarando o reconhecimento dos anseios da sociedade no que diz respeito a garantia de direitos à educação, saúde, previdência e assistência social, trabalho, moradia, meio ambiente saudável, alimentação, cultura e lazer. Nesta versão se incorpora formas de acompanhamento e monitoramento das ações previstas, quer em nível municipal, estadual ou federal.

O PNDH-3, aprovado através do Decreto nº 7.037 de 2009, estabelece seis eixos orientadores, oitenta e dois objetivos estratégicos, vinte e cinco diretrizes e quinhentos e dezoito artigos que abordam premissas gerais e específicas, que emergiram, em principal, da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos.

No primeiro eixo orientador, o PNDH-3 determina a “Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil”, tendo como principal instrumento o fortalecimento da democracia participativa, já pontuando na diretriz 2 o fortalecimento dos Direitos Humanos como instrumento transversal das políticas públicas. O segundo eixo orientador “Desenvolvimento e Direitos Humanos” propõe alcançar desenvolvimento em sintonia com os direitos econômicos, sociais,

culturais e ambientais, visando “capacitar as pessoas e comunidades a exercerem a cidadania” (BRASIL, 2010, p. 43). Suas diretrizes buscam avançar em políticas de inclusão, sustentabilidade e direitos ambientais. O terceiro eixo “Universalizar Direitos em um contexto de Desigualdades” orienta para a transversalidades das políticas públicas. É o mais abrangente, pois que suas diretrizes e objetivos estratégicos tratam de universalização do registro civil, acesso à alimentação adequada, moradia a população de baixa renda, ampliação do sistema de saúde, educação, acessibilidade, trabalho com equidade e segurança, cultura lazer e esporte como formação para cidadania, direitos da criança e do adolescente, dentre outros. O quarto eixo trata de “Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência”, com a visão de que é necessário que haja aperfeiçoamento de políticas públicas de prevenção ao crime e a violência e acesso universal à Justiça.

O eixo cinco do PNDH-3 trata da “Educação e Cultura em Direitos Humanos”, com a visão de que é fundamental combater o preconceito, a discriminação e a violência para uma mentalidade coletiva para o exercício da solidariedade, do respeito às diversidades e da tolerância. O eixo seis “Direito à Memória e à Verdade” busca o resgate de dívidas do Estado brasileiro para com as vítimas do período da ditadura.

As bases das políticas de Direitos Humanos, quer as propostas pelo ONU, quer as delineadas pelo PNDH-3, partem da concepção de uma sociedade mais justa, em que sejam respeitadas as características de cada povo e cultura. E, no interior de cada cidade ou país, a cultura é composta de múltiplas diferenças e múltiplas semelhanças. As diferenças precisam ser respeitadas e a semelhanças reconhecidas no contexto de que as características humanas devem fundamentar políticas transversais.

O sociólogo português Boaventura Santos, em sua assertiva mais conhecida, diz “as pessoas e os grupos sociais têm direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza” (SANTOS, 1997, p.14), buscando relações sociais em que haja o respeito a igualdade e o reconhecimento da diferença.

A questão de respeito à diversidade humana é complexa. A única coisa que todo ser humano tem em comum é ser diferente dos demais. Entretanto, diversidade e identidade são aspectos que constituem a formação de cada sociedade, associados ao tempo, lugar e cultura ao qual o indivíduo está inserido.

Tendemos a buscar padrões de “normalidade” ao mesmo tempo que queremos ser reconhecidos em nossas idiossincrasias. A identidade desejada é aquela que seja valorizada nas relações sociais. As diferenças que impõem restrições no convívio social, induzem a exclusão, alienação ou mesmo passividade, restringem as perspectivas de cidadania e participação.

As políticas públicas de saúde se inserem principalmente na segunda dimensão dos direitos humanos, na medida em que perpassa a garantia de direitos sociais, econômicos e culturais, voltados para a preservação da vida e dignidade humana. A saúde tem dimensão individual enquanto obrigações do Estado para estruturação de medidas de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Tem também dimensão coletiva na construção de políticas necessárias ao bem estar geral.

Portanto, há três grupos básicos de relações entre saúde e direitos humanos:

(a) As relações e/ou efeitos entre garantia de direitos e a saúde dos indivíduos e populações; (b) A responsabilização do Estado na promoção e reparação de violação dos direitos humanos e o estado de saúde dos indivíduos e populações; (c) A aplicação das cláusulas restritivas de direitos individuais e seus efeitos no controle de doenças em prol do coletivo.

As instâncias internacionais de direitos humanos têm exigido a realização imediata dos direitos individuais; mas admitem que o cumprimento dos direitos sociais se dê de forma progressiva, por exigir recursos públicos significativos para sua operacionalização. Neste sentido, buscam ressaltar o cumprimento pelos governos de um rol de obrigações mínimas, essenciais ou indispensáveis à satisfação de necessidades individuais do titular de cada direito. Para tanto, elencam elementos essenciais para aplicação do direito à saúde:

a) DISPONIBILIDADE: os serviços e programas de saúde devem ser disponíveis em quantidade suficiente para todos;

b) ACESSIBILIDADE: envolve quatro dimensões – o princípio da não-discriminação (a saúde deve ser acessível a todos, especialmente aos grupos mais vulneráveis); a acessibilidade física; a acessibilidade econômica e a acessibilidade de informação;

c) ACEITABILIDADE: Os serviços e programas de saúde devem respeitar a ética médica e devem ser culturalmente apropriados, sensíveis, ainda, à questão de gênero e geracional;

d) **QUALIDADE:** Os programas e serviços de saúde devem ser apropriados para atender a demanda da população, baseados em evidências científicas e devem buscar incorporar os avanços científicos e tecnológicos;

e) **INTEGRALIDADE:** Ofertar um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade e devem ser prestados durante todo o ciclo vital de homens e mulheres.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Esse conceito amplia e complexifica o que significa saúde numa perspectiva ampliada, pois reconhece que para haver um Estado de bem estar é necessário a correlação entre realidade econômica e sociocultural dentro dos territórios dos indivíduos.

Atualmente, se reconhece uma arquitetura da Saúde Global, que envolve governo, setor privado e sociedade civil em diversas instâncias. E, documentos, acordos e pactos internacionais visam sedimentar, garantir e ampliar direitos. Podemos exemplificar, neste sentido, a Declaração de Alma Ata (1978) e o Programa Global da AIDS (1986-1995), dentre outros.

A Declaração de Alma Ata atendeu as necessidades urgentes de se estruturar e qualificar os cuidados básicos de saúde. Anteriormente, existiam algumas iniciativas isoladas de atenção primária. No final da década de 1960, após a Revolução Cubana, aquele país passou a se organizar para cuidados de saúde territorializados, próximos da residência das pessoas. Posteriormente, missionários católicos e luteranos levaram para algumas comunidades africanas este tipo de atenção. A Declaração de Alma Ata já preconizava a universalidade, a participação popular e esforços de educação como composições imprescindíveis à melhoria dos serviços nesta área. No documento supracitado, podemos perceber a premissa de compreender a desigualdade social como desafio central do campo da saúde. No caso específico do Brasil, o movimento para a Reforma Sanitária já incorporava a ideia de um sistema universal de saúde, propondo uma atenção primária forte, abrangente e integral.

O alastramento da AIDS no mundo provocou a necessidade de que órgãos internacionais e nacionais se estruturassem para ações preventivas, desenvolvimento de pesquisas científicas, ações “curativas” ou paliativas e

educação, considerando que os esforços de saúde e direitos humanos teriam que ser potencializados. A AIDS apresentou-se com grande componente moral, discriminando os chamados grupos de risco. A falta de informações sobre formas de contágio, num primeiro momento, acirrou comportamentos de exclusão das pessoas contaminadas. Ao longo do tempo, pessoas não pertencentes aos grupos iniciais de risco também foram afetadas, e isso contribuiu para disseminação do medo em diferentes classes econômicas e sociais. A infecção (HIV/AIDS) exemplifica bem a premissa de que, nos programas de direitos humanos, assim como nas ações de saúde, precisamos compreender o conceito de vulnerabilidade.

A Constituição Federal de 1988, incorporou parcialmente, as propostas estabelecidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira e criou o Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado dois anos depois as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A proposta do SUS está vinculada a ideia central de que todas as pessoas têm direito a saúde. É um direito que está ligado à sua condição de cidadania humana, sendo um direito humano inseparável do direito à vida, que significa que o sujeito humano tenha plenas capacidades e possibilidades de desenvolver suas capacidades mentais, físicas e sociais. A Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a “*constituição cidadã*” ainda encontra no país um campo muito complexo para sua efetivação plena ao impor desafios no campo do direito e da saúde coletiva, visto que há a necessidade de se concretizar ações e eficazes para que o direito à saúde seja efetivamente desfrutado, de forma universal, igualitária e integral.

Ao conversar sobre a necessidade de organização e funcionamento dos serviços de saúde, a constituinte já projetava a ideia de que a proteção, promoção e recuperação da saúde dependiam de fatores como renda, moradia, trabalho, alimentação, educação, segurança, acesso a bens e serviços. Este cenário mostra uma perspectiva mais abrangente de saúde em contraponto com uma ideia estritamente biologicista mostrando que ações políticas da saúde sobre os múltiplos fatores que incidem na vida dos sujeitos em seus territórios, contribuem para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde (CARMO, M.E, GUIZARD, F.L, 2018, p. 2).

No que tange o direito à saúde a Constituição Brasileira organizou e formatou o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, para tentar dar uma resposta

às necessidades de saúde da população. Na Nova Constituição a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, “inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo; a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (art 196).

Destaca-se ainda na Constituição de 88 o dever do Estado à garantia da saúde e será garantida a partir de políticas sociais e econômicas que garantam acesso universal e igualitário a todos os cidadãos. E, além disso, juntamente com outros direitos fundamentais sociais, definiu também os princípios norteadores da política pública da saúde. Os princípios do SUS tem um enfoque que valoriza mais as relações sociais derivadas da moral, ética, filosofia e, servem de base para o sistema e constituem seus alicerces. Já as diretrizes são as orientações organizacionais e técnicas que auxiliam o sistema de saúde a seguir o mesmo caminho. Portanto, derivam daí os princípios da universalidade do sistema, da igualdade no tratamento dado pelo Estado à saúde de todos, ou seja, as ações e os serviços públicos de saúde, devem estar acessíveis a todos os que deles necessitem e, devem também ser fornecidos de forma igualitária, em todos os níveis de atenção, sem discriminações de qualquer natureza e gratuitamente, para que o acesso seja efetivamente universal. O terceiro princípio que pode ser extraído da Constituição é o da integralidade das ações e serviços de saúde do SUS, que deve ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, exigidos em cada caso em cada nível de atenção do sistema de Saúde.

Premissas para o aperfeiçoamento dos cuidados de saúde

É necessário reconhecer que a saúde deve certificar a importância das conjunturas macrossociais sem desvalorizar a dimensão pessoal para o enfrentamento das situações vulnerabilizantes, ou seja, ela não pode se distanciar dos contextos que são injustos socialmente e, portanto, pretende sempre aprimorar a elaboração e o interesse dos sujeitos nesse contexto. Ou seja, é correto afirmar que os indivíduos não devem ser responsabilizados individualmente por sua saúde, visto que além de um aspecto pessoal a saúde também deve ser assegurada através de um aspecto social, imposto ao Estado a partir de condutas positivas que

levem a efetivação de uma política social justa e que garanta o próprio exercício de cidadania tornando a sociedade mais e respeitadora da dignidade humana. A vulnerabilidade destaca-se nesse contexto, pois é capaz de fundamentar sua análise e reflexão no que se refere à efetivação do direito à saúde, pois exigem do Estado uma atenção diferenciada às necessidades das pessoas.

A vulnerabilidade pode apresentar-se a partir de três perspectivas bem particularizadas que estão interligadas, sendo elas **individual ou de saúde** que se refere a conhecimentos e informações individuais específicas; **social ou coletivo** que remete aos assuntos pertinentes a aspectos de caráter relacionais, tais como: relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social e por fim **programático ou institucional** que está relacionado aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade, dando destaque ao saber acumulado nas políticas e nas instituições para interatuar com outros setores/atores, como: a educação, justiça, cultura, bem-estar social (MALAGON-OVIEDO, R.A, CZERESNIA D, 2015, p 241). Há de se identificar que no campo da saúde todos os tipos de vulnerabilidade são relevantes. Esses conceitos de vulnerabilidade há muito são discutidos por diversos autores sempre relacionando grupos sociais marginalizados, excluídos dos direitos que deveriam ser comuns a todos os cidadãos. A partir dos anos 90 a vulnerabilidade passou a ser discutida sob um aspecto mais social, sob a ótica da desigualdade social (AYRES et al, 2002).

O conceito de vulnerabilidade é originário dos Direitos Humanos e alguns estudos mostram que em geral ele surge na década de 80 a partir da epidemia de HIV-AIDS no campo de conhecimento da saúde pública, num contexto biologicamente delimitado. No início da epidemia poucos estudos mostravam uma relação entre vulnerabilidade e os diferentes contextos sócio-econômicos e pouco se esclarecia sobre quais grupos ou indivíduos estariam mais vulneráveis a serem vitimados pela doença.

Nesse contexto a vulnerabilidade relaciona-se a uma rede de oportunidades disponíveis e às possibilidades de acesso por parte da população. Por isso compreende-se então uma rede complexa e plural de realidades e sua relação com a vulnerabilidade. Com isso observa-se que a vulnerabilidade não é pertencente exclusivamente a determinados grupos sociais ou que faz parte de

algo inerente de um indivíduo, e sim que vulnerabilidade se articula intimamente a determinadas condições e circunstâncias que pode ter segundo Paranhos (2017) se articula em dimensões objetivas ou subjetivas aos sujeitos ou às condições de vida. Há de se identificar que no campo da saúde todos os tipos de vulnerabilidade são relevantes. Esses conceitos de vulnerabilidade há muito são discutidos por diversos autores, sempre relacionando grupos sociais marginalizados, excluídos dos direitos que deveriam ser comuns a todos os cidadãos.

No Brasil, um país com uma diversidade econômica, social, cultural de sua população é necessário salientar a grande importância e o imenso impacto que as políticas sociais trazem no contexto das necessidades de saúde. Ora, é sabido que quando há diminuição do poder público em seu papel de proteção social cria-se ciclos de reprodução de situações de intolerância e opressão, principalmente no sentido da desigualdade no acesso a políticas e serviço, que esconde a dimensão coletiva da vivência das populações em contextos de produção de vulnerabilidades. Muito discute-se no Brasil a questão das iniquidades que afetam principalmente os grupos mais vulneráveis da população e essas desigualdades podem atingir os indivíduos das mais diferentes formas em todos os ciclos de vida. Indicadores como renda, analfabetismo, cor, moradia são desafios que o sistema de saúde brasileiro tem a necessidade de superar para diminuir para promover justiça social e garantir atendimento igualitário para os indivíduos.

Outro conceito importante para a proposição do aperfeiçoamento dos serviços de saúde é o da integralidade, visto que assumiu um significado que está em consonância com a reestruturação do sistema do sistema de saúde. Porém, a integralidade como princípio do SUS é provocado a se redefinir a partir de um processo que passa pela reorganização dos serviços, pelos conhecimentos e ações da equipe multiprofissional e pela relação dessas equipes com a rede de serviços como um todo e é atravessado ainda pela formação permanente dos profissionais na rede que constitui o sistema de saúde. Além de envolver as próprias pessoas por meio de ações interligadas com incentivo às práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais. Por isso, a partir desta perspectiva, a integralidade no cuidado individual e coletivo considera o usuário como sujeito histórico, social e político, que se insere a um determinado contexto familiar, social e ambiental. Dessa forma, a integralidade tem no campo das

práticas em saúde um espaço privilegiado para a materialização desta como direito e como serviço, baseada nos diálogos dos sujeitos, pela garantia da autonomia e pelo reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde, com a expectativa de produzir transformações emancipatórias na vida das pessoas.

Entendemos dessa forma que o atendimento integral, seja individual ou no coletivo, extrapola o arcabouço hierarquizado e regionalizado da assistência de saúde. Ele se prolonga pela qualidade real da atenção aos usuários do SUS e revela a necessidade de coordenar as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo, que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Merhy (1997) revela que esse espaço onde são construídas as relações entre usuários e profissionais, se constitui no campo micropolítico do trabalho em saúde, e nas possibilidades de interação cuidado-trabalho e vê no desenvolvimento de tecnologias de relacionamento (tecnologias leves) um meio para se retomar o cuidado, o acolhimento, restabelecer o diálogo e os vínculos e a autonomia dos sujeitos. Portanto, espera-se que o trabalho em saúde esteja voltado para a produção de um trabalho vivo em ato que prioriza as relações, as representações individuais e coletivas e as intencionalidades do encontro.

Os profissionais devem operar a partir de uma lógica no qual possam gerenciar o cuidado em saúde com a rede, buscando recursos e articulando com outras propostas terapêuticas, visando o cuidado e vínculo com o paciente. Para isso é necessário um retorno a capacidade de se ouvir os usuários e suas necessidades, interagir com eles e compreender seus contextos e para isso é necessária uma reformulação dos processos de trabalho através da reorientação da lógica nos serviços de saúde. A reestruturação dos processos de trabalho a partir da atenção básica até os outros níveis de complexidade do sistema tem como elemento estruturante o usuário, “quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo” (FRANCO, TB, MERHY, E, 2004). Esta proposta é uma forma de romper com a lógica biomédica e hierarquizada e pactua a ideia de pactos de cogestão, onde há autonomia e uma rede de cuidado que está para além da saúde mas implica em uma articulação coletiva de cuidado e a participação de cuidado comunitário, com controle popular das políticas de saúde.

Cuidados Intermediários

A concepção de cuidados intermediários, por ser relativamente recente, ainda passa por estruturas e práticas diferenciadas. Aqui, trabalharemos com base nas experiências da região de Emilia-Romagna (Itália), que considera que esse serviço se destina aos pacientes que necessitam de “internação breve”. A proposta vem ao encontro de uma necessidade de pessoas vulneráveis, em ocorrências que podem se situar entre os cuidados domésticos e as internações propriamente ditas. Na visão de saúde integral, a proposição se baseia “numa abordagem multidisciplinar, multiprofissional e interprofissional” (MINISTERO DELLA SATUTE, p.3, 2018).

No cotidiano da rede pública ou privada de saúde, nos deparamos com situações diversas que não necessitam de internação nos moldes tradicionais. Porém, as limitações dos recursos familiares podem justificar a premissa de atenção de uma equipe multidisciplinar que conte com enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais para prevenir agravos e/ou acelerar processos de recuperação. Estes profissionais também poderão fazer orientações para familiares e/ou cuidadores, tendo em vista evitar reincidência de quadros constantes. Se situam, nesse contexto, as patologias leves e doenças crônicas que não demandam recursos tecnológicos de grande porte e nem de assistência especializada intensa ou constante. Neste tipo de serviço, há necessidade de avaliações multidimensionais antes da admissão dos pacientes, objetivando a clareza de diagnóstico e prognóstico. Os cuidados intermediários, desde do primeiro momento, tem que prever a saída do paciente, tendo em vista perspectiva permanência de 15 a 20 dias.

A rede de saúde da região onde for estabelecida uma unidade de cuidados intermediários deve ser preparada para a compreensão e encaminhamentos adequados. A estrutura física tem que considerar acessibilidade para maior independência possível do paciente e, também potencializar o autocuidado, quando pertinente. É desejável que os serviços de cuidados intermediários sejam avaliados periodicamente, visando análise dos fluxos de atendimento e inter relações na rede de saúde.

No Brasil a fragmentação do sistema de saúde com baixa efetividade e alto custo, um sistema extremamente descentralizado a nível de gestão, o predomínio

de programas focalizados em agravos e doenças específicas e uma atenção à saúde focada na atenção dos casos agudos e na atenção hospitalar que causa lacunas no acesso e na continuidade no cuidado. Essas causas são justificáveis para a implantação de uma Rede de Atenção a Saúde que busque o fortalecimento da Atenção Básica e dos outros níveis de atenção, além de efetivar o princípio constitucional da integralidade com a construção de uma rede de cuidados articulados e que levem em consideração as necessidades de saúde da população.

As redes de atenção à saúde - RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, pg 9). As RAS têm como características as relações horizontais entre os pontos de atenção que buscam satisfazer as necessidades dos usuários a partir do primeiro contato dele com o sistema de saúde, a foco nas necessidades de saúde do indivíduo e do território, buscando um olhar amplo, integral e holístico em todos os pontos de atenção do sistema, o cuidado multiprofissional focado orientado a partir de um olhar onde o paciente torna-se sujeito e a relação usuário-trabalhador é mais humanizada. Há a necessidade do comprometimento de todos os níveis de gestão da atenção contínua e integral e tendo a Atenção Básica como centro principal de comunicação. No processo de implantação das RAS é necessário que haja a definição população e território, planos de ação para plena efetividade do sistema, investimento nas pessoas/equipes com qualidade e de forma humanizada, foco na criação de sistema de um sistema de regulação e governança para funcionamento da rede e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

No Brasil, devido à pouca ênfase dada ao processo de regionalização do SUS as redes de atenção foram pouco desenvolvidas, apesar das diversas portarias, normas e regulamentações que tratam do assunto. Sistemas fragmentados, fragilidade da Atenção Primária na sua implantação, a verticalização dos processos de gestão são desafios a serem enfrentados para a implementação das RAS. Nesse sentido os cuidados intermediários podem servir ao Sistema Único de Saúde para ampliação dos serviços de saúde, melhora no acesso a cuidados de mais complexidade, garantindo acolhimento e resolubilidade nos processos saúde-doença do indivíduo. É necessário que a implantação dessa rede leve em

consideração a proposta de regras mais flexíveis na reorganização dos serviços de saúde regionais para a articulação dos processos de cuidado em todos os níveis de atenção. Inicialmente o conhecimento do que vem sendo feito na Itália está sendo socializado, em parceria da região de Emilia-Romagna com a Universidade Federal Fluminense, preparando profissionais e gestores duas cidades do Estado do Rio de Janeiro (Niterói e Nova Friburgo), para a implantação do serviço.

Conclusão

O contexto dos Direitos Humanos também pode se situar como forma de enfrentamento a questão social. Porém, sabemos que não há uma concepção hegemônica dos direitos humanos, pois esta reproduz as diversas formas de Estado e, decorre de alianças contextualizadas no tempo e no espaço. Sabemos ainda que grande parte da população do planeta sequer sabe da existência de direitos humanos e, muitos poucos são sujeitos do mesmo. Ou seja, direitos humanos parte de um conceito ocidental, por vezes com objetivos contraditórios a sua própria ideia de justiça. Por muitas vezes, em nome dos direitos humanos países invadem cidades, matando crianças, idosos e outras pessoas que não estão na disputa do poder econômico e político em questão. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, quer no Brasil, assim como em muitos outros países, tem seus pressupostos humanos violados rotineiramente e, os regimes democráticos e suas constituições não têm sido suficientes para o respeito a um mínimo de cidadania.

Os direitos humanos podem ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, a eficácia técnica das intervenções legais e de saúde, além de estabelecer critérios éticos para a nossa atuação profissional. O direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana. Por isso, crê-se que o respeito e a proteção ao direito à vida e à saúde sejam obrigações morais e legais que devem ser aprimoradas constantemente.

Sabemos que toda a gama de políticas, programa e projetos não são suficientes para superar desigualdades, exclusões, violências, e todas as demais práticas de desrespeito. A estrutura socioeconômica é a base a qual as relações sociais vão possibilitar ou dificultar maior ou menor cidadania de pessoas ou grupos. É necessário compreendermos a gênese da questão social que se explica através

das disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, dizendo respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade. O binômio doença-saúde está intrinsecamente vinculada às condições de vida da população. Compreendendo estas condições estruturais, gestores e profissionais devem estar sensíveis aos desafios cotidianos das demandas dos indivíduos e comunidades. E, os cuidados intermediários é uma proposição que precisa ser considerada nas novas formas e alternativas dos responsáveis, direta ou indiretamente, pelo de bem-estar físico, familiar, comunitário e social.

É importante entender que a regionalização como forma de organização do sistema sempre esteve presente nas discussões nas agendas de reforma sanitária, além de ser um princípio organizativo do SUS. Portanto, fica o entendimento que as redes de saúde regionalizadas e integradas fortalecem a integralidade na atenção, com maior efetividade e uso mais racional dos recursos do SUS. Além de que as redes não devem ser restritas ao setor saúde e devem incluir políticas econômicas, sociais que estejam relacionadas aos determinantes de saúde.

Referências

- ADORNO, R.C.F. Os jovens e sua vulnerabilidade social. 1. ed. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001
- AITH, F., SCALCO, N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP*, São Paulo, n. 107, p. 43-54, outubro/novembro/dezembro 2015
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempo de aids. In: PARKER, R. et al. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34, 2002.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988. Disponível em: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília: SEDH/PR, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. ISBN 978-85-334-2115-8
- CARMO M.E, GUIZARD F.L. Vulnerabilidade em Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3): e00101417
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 124-133
- MACHADO, M.F.A.S et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, Apr. 2007.
- MALAGÓN-OVIEDO R.A., CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):237-49.

- MARQUES, G. Quais as gerações de direitos? <https://brasiljuridico.com.br/artigos>
- MATTOS R.A, A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade), Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2002
- MERHY, E.E.; A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.
- MINISTERO DELLA SALUTE. Conferenza Stato Regione - "Presidio Sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità". Luglio 2018.
- MUSIAL, D.C, MARCOLINO-GALLI J.F. Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social. O Social em Questão - A n o XXII - n° 44 - Mai a Ago/2019. ISSN: 2238-9091 (Online)
- PARANHOS, D.G.A.M, ALBUQUERQUE, A., GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.26, n.4, p.932-942, 2017. DOI 10.1590/S0104-12902017170187.
- SANTOS, Boaventura de Souza. Por uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos. In Revista de Crítica de Ciências Sociais, n° 48, junho de 1997.
- SILVA JUNIOR, A.G, ALVES, M.G.M e MELLO ALVES C.A, Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. IN: Pinheiro, Roseni et al. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013 304 p. ISBN - 978-85-89737-80-7
- SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762,2011

MODELOS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL

Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Introdução

Desde a segunda metade do século passado a maioria dos países industrializados ou em vias de industrialização vive com o episódio do rápido envelhecimento das suas populações, provocando a inadequação nas respostas sociais e de saúde em vários países, impondo a necessidade de desenvolver novas estratégias para responder às crescentes demandas de cuidados em saúde (MONTEIRO, 2013). Surge assim, como um novo paradigma, o conceito Cuidados Integrados com o objetivo de criar respostas integradas entre os setores sociais e de saúde, no domicílio e em ambulatório, para pessoas em situação de dependência e que necessitam dar continuidade nos cuidados interdisciplinares de longa duração (DIAS, 2015; PORTUGAL, 2015).

Os modelos de Cuidados Integrados são capazes de contribuir para a solução de diversos problemas, como a ineficiências na gestão dos recursos disponíveis, listas de espera inaceitáveis, baixa qualidade na prestação dos serviços e, concomitantemente, insatisfação do paciente (DIAS, 2015).

No entanto, eles revelam diferenças entre os países. E a ausência de consenso, decorrente das especificidades das políticas de saúde e de segurança social de cada país, gera dificuldades para estabelecer parâmetros de comparabilidade internacional, não apenas em termos de definições, como também ao nível dos modelos organizativos e de financiamento e, principalmente, ao nível da avaliação da qualidade e dos impactos destes cuidados (LOPES, 2010).

No Brasil e em Portugal o modelo de cuidados integrados foi idealizado tendo como base o modelo de prestação de cuidados continuados integrados catalão, Atenció SocioSanitària Català (MOURA, 2014). Os Cuidados Continuados Integrados no Brasil têm sido implantados em Campo Grande, no estado de Mato Grosso do Sul; pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII em Franca, nos municípios de Ipuã e Pedregulho; no Departamento Regional de Saúde do Paraná nos municípios de Irati e Rebouças; e uma proposta inicial que não se concretizou

ainda no estado do Piauí. O DRS de Franca no estado de São Paulo foi o pioneiro. Conta com apoio do Ministério da Saúde, Centro de Estudo Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), Hospital Samaritano e GESAWORLD.

Os modelos de Cuidados Integrados são relativamente recentes, assim a literatura sobre o tema é limitada, especialmente no Brasil. É nesse contexto que o presente estudo propõe como objetivo, a análise do conhecimento científico produzido sobre os modelos de Cuidados Integrados em âmbito nacional e internacional.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, referente ao panorama nacional e internacional dos modelos de Cuidados Integrados. Optou-se por esta modalidade de pesquisa por se tratar de uma ferramenta que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES, 2008).

Para a elaboração deste estudo foram seguidas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e seleção da questão norteadora; (2) instituição dos critérios de inclusão / exclusão e busca na literatura; (3) categorização dos estudos; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento (SOUZA, 2010).

A questão norteadora da revisão foi: “Sobre quais questões vertem a produção científica contemporânea acerca dos modelos de Cuidados Integrados, em âmbito nacional e internacional?”

Realizou-se uma busca na literatura científica, utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão: textos completos, com livre acesso a bases de dados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; e estudos que abordem os modelos de cuidados integrados. Foram excluídos os estudos que não atendem ao objetivo da pesquisa. Não houve restrição quanto à data de publicação.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS); A Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); E a biblioteca eletrônica Scientific

Electronic Library Online (SCIELO). Incluídos editoriais, teses, dissertações e/ou estudos que abordam a temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

Para a seleção dos estudos foram utilizados os indexadores contidos dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), contemplando os seguintes termos, nos idiomas português, inglês e espanhol: Assistência Integral à Saúde, Cuidados Integrados de Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente. A combinação dos descritores foi executada de diversas formas a fim de encontrar o maior número de publicações possíveis na base de dados.

Os dados coletados foram sistematizados em categorias temáticas buscando responder o objetivo do estudo. Para a análise dos dados foi realizado o cálculo de frequência simples, para descrever a caracterização dos estudos encontrados. Após esta etapa, foram realizadas a leitura crítica e a análise dos estudos selecionados.

Resultados e discussão

A busca resultou em 101 estudos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 26 que atendiam aos objetivos propostos. Em relação à distribuição dos tipos de estudos utilizados os mais encontrados foram os artigos, com 25,74% (Tabela 1). A maioria das publicações foram entre 2004 a 2009; nota-se através do índice de publicação (Tabela 2). A leitura dos estudos analisados permitiu a sistematização dos artigos em 04 categorias: Origens e definições; Estrutura institucional e linhas de cuidado; Financiamento; e Custo (Tabela 3).

Origens e definições

Sobre este tópico, foram encontrados 07 artigos (26,92%), nos quais foram discutidos aspectos referentes à origem e conceitos dos modelos de Cuidados Integrados.

Em 31 de agosto de 1999, por decreto lei 242, é criada, na Catalunha, a rede de cuidados continuados *Atenció SocioSanitària Català*. Este modelo de prestação de cuidados tem como intuito planejar e coordenar de forma integrada o conjunto de recursos associados às necessidades de saúde dos indivíduos e

à prestação de serviços sociais dirigidos ao envelhecimento. Este modelo de prestação de cuidados geriátricos permitiu a integração e promoção do trabalho multidisciplinar nos diferentes âmbitos assistenciais, garantindo desta forma a continuidade do cuidado (SALVÁ, 2004).

Em Portugal os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são definidos de acordo com o Decreto-Lei n.º 101 de 06 de junho de 2006, como um conjunto de respostas as demandas de cuidados à saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação de uma equipe multiprofissional, centrado na recuperação global. Trata-se de um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia aperfeiçoando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção no âmbito familiar e social (PORTUGAL, 2015).

No Reino Unido, surge como resposta integrada o *NHS Continuing Health care*, que consiste de um modelo de prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas com mais de 18 anos e que necessitam de cuidados continuados, independente de uma doença em particular. Tem o objetivo de responder à crescente procura de cuidados continuados de saúde e sociais, procurando igualmente melhorar a eficiência dos recursos existentes, com base num modelo único de elegibilidade (MOURA, 2014; NHS, 2012).

Outro modelo de Cuidados Integrados no EUA é o modelo Kaiser Permanente. Foi criado em 1945 e tem como alvo os cuidados à pessoa com doença crônica. É estratificado em função do risco, associando a prevenção, o suporte à autogestão, a gestão da doença e a gestão de casos de elevada complexidade (MOURA, 2014).

Em 1973 nos EUA surge o *All-Inclusive Care (PACE)*, o qual origina-se do modelo *On Lok*. Oferecem cuidados de saúde de forma integrada, para pessoas com 55 anos ou mais, que estejam em situação de fragilidade, sejam funcionais ou cognitivas. Garante a continuidade dos cuidados de prevenção e reabilitação em longo prazo, com intuito de promover qualidade de vida (BELÁND, 2011; MOURA, 2014)⁵.

No Canadá foi desenhado o *System of Integrated Care for Older Persons (SIPA)* com base nos fundamentos do PACE. É um programa de prestação de serviços integrados, desenvolvido para idosos frágeis, com o objetivo de realizar a continuidade dos cuidados aos indivíduos vulneráveis na comunidade (BÉLAND,

2011; VERAS, 2014).

Outro modelo existente no Canadá é o *Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA)*, formado pelo sistema público, privado ou organizações de saúde e de serviço social envolvidos em cuidar de pessoas idosas em uma determinada área. É composto por seis componentes: coordenação entre os decisores e gestores em nível regional e local; uma única porta de entrada; instrumento de avaliação única, juntamente com sistema de gerenciamento de *case-mix*; gestão de casos; planos de serviços individualizados; e quadro clínico informatizado. O PRISMA no sistema de prestação de serviços integrados não é apenas colocado no sistema de cuidados de saúde e serviços sociais (como os modelos de integração completos), mas é incorporado a estes (VERAS, 2014; HÉBERT, 2009).

Estrutura institucional e proposta de cuidado

Foram identificados sobre este tema 11 estudos (42,30%). Os textos abordam a formação da base institucional e as linhas de cuidado.

A *Atenció Socio Sanitària Català* considera quatro grandes eixos estratégicos na sua linha assistencial: Cuidados geriátricos; Cuidados paliativos; Cuidados aos indivíduos com doença de Alzheimer ou outras demências; Cuidados aos indivíduos com doenças neuro degenerativas ou com lesões cerebrais (MOURA, 2014).

De forma geral, as respostas previstas pela rede catalã, podem ser agrupadas em unidades: Unidades de Média Duração e Convalescença; Unidades de Média Duração Polivalentes; Unidades de Longa Duração e Unidades de Cuidados Paliativos (MOURA, 2014).

As Unidades de Média Duração e Convalescença oferecem atendimentos na fase subaguda da doença ou após internação, cuidados de doenças crônicas sem necessidade de cuidados médicos de alta complexidade e visa à recuperação da funcionalidade e a promoção de um maior grau de autonomia (MINISTERIO DE SANIDAD, POLITICA SOCIAL Y IGUALDAD, 2011).

As Unidades de Média Duração Polivalentes prestam cuidados a indivíduos em situação de convalescença ou paliativo. As Unidades de Longa Duração são dirigidas a indivíduos com doenças crônicas avançadas ou com sequelas

de doenças agudas, associada a elevados graus de dependência e incapacidade funcional, elevadas carências sociais que impossibilitam a prestação de cuidados no domicílio e promove a qualidade de vida. As Unidades de Cuidados Paliativos são destinadas a indivíduos em situação de doença terminal e visa à promoção do bem-estar e da qualidade de vida (MINISTÉRIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2011).

O modelo possui também serviços ambulatoriais, domiciliares, equipes de avaliação e suporte, possibilitando desta forma o acesso ao cuidado de saúde adequado às reais necessidades dos indivíduos. Os serviços ambulatoriais e domiciliares podem classificar-se em: Hospitais de dia e Unidades de Hospitais de dia. E todos os níveis de atendimentos são realizados por equipes multidisciplinares especializadas (LOPES, 2010).

Nos Cuidados Continuados Integrados em Portugal a prestação de cuidados é assegurada através de unidades de internação, unidades de ambulatório, equipes hospitalares e equipes domiciliares. As unidades de internação são constituídas por unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR), unidades de longa duração e manutenção (ULDM) e as unidades de cuidados paliativos (UCP) (MOURA, 2014; LOPES, 2010).

As Unidades de Convalescença proporcionam os cuidados através de médicos, enfermeiros, exames complementares, laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de medicamentos, fisioterapeuta, apoio psicológico e social, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer (PORTUGAL, 2015).

As unidades de ambulatórios são instituídas por unidades de dia e de promoção da autonomia. E as equipes hospitalares são formadas por equipes de gestão de altas, equipes intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (PORTUGAL, 2015).

O *NHS Continuing Health care* oferece serviços para indivíduos não hospitalizados. Os serviços são oferecidos por equipes multidisciplinares especializadas, podem ser recebidos no domicílio ou num lar para idosos. Os casos elegíveis para continuidade do cuidado no domicílio são aqueles que necessitam, por exemplo, dos serviços de uma enfermeira ou terapeutas especialistas, com necessidades de cuidados sociais associados, como cuidado pessoal, tarefas domésticas, ajuda para tomar banho, vestir, preparação de alimentos e compras.

Se há necessidade da permanência em um lar para idosos, o NHS paga as despesas relativas ao alojado (NHS, 2015).

O modelo Kaiser nos EUA opera com 35 hospitais e 431 consultórios médicos, que normalmente oferecem cuidados de saúde primária, como: Serviços de laboratórios, radiologia e de farmácia. Alguns também oferecem saúde comportamental e outros cuidados especiais. Os serviços são executados por equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais (MCCARTHY, 2009).

O PACE, outro modelo americano, apresenta uma gama de serviços de saúde em nível hospitalar, comunitário e domiciliar. Atua na prática médica coordenada, nos serviços sociais e em todas as configurações de enfermidades agudas e de longo prazo¹⁰. Os cuidados são desenvolvidos por equipes multidisciplinares, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, responsáveis pela avaliação e satisfação das necessidades dos indivíduos, sendo que o planejamento dos cuidados é efetuado conjuntamente pela equipe, indivíduo e família (MOURA, 2014; HIRTH, 2009).

No Canadá, os serviços do modelo SIPA são apresentados por meio de uma estrutura institucional e comunitária. Na estrutura institucional são oferecidos serviços hospitalares de urgência hospitalar, internações de curto e longo prazo, internações para reabilitação, institucionalização e cuidados paliativos (HÉBERT, 2009). Para as comunidades são proporcionados serviços de prescrição de medicações, consultas com clínico geral e especialidades médicas, assistência domiciliar, habitação adaptada para idosos com dependentes, auxílios técnicos fornecidos em casa, hospital dia e centro dia (BÉLAND, 2006).

No modelo canadense, o *Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA), os serviços institucionais incluem assistência domiciliar, serviços de reabilitação, serviços hospitalares, hospital dia, centro dia, serviços voluntários (cuidados pessoais, manutenção da casa, refeições em domicílio, transporte comunitário e cuidado voluntário) e serviços sociais (HÉBERT, 2003; VERAS, 2014).

Financiamento

A partir da análise de 10 (38,46%) referenciais foram descritos os diferentes tipos de financiamento dos modelos de Cuidados Integrados.

No que diz respeito ao financiamento, o modelo *Atenció SocioSanitària Català* conta com um projeto *Servei Català de la Salut* — o Serviço Catalão de Saúde (SCS) que envolve a Administração Sanitária como também todos os centros da rede sanitária de utilidade pública. O SCS é a entidade responsável pelo planeamento, avaliação, financiamento e prestação de serviços dentro do âmbito da assistência sanitária e saúde social. Ele opera várias redes de atendimento sanitário público, com diferentes graus de especialização: atenção sócio-sanitária, saúde mental, atenção aos dependentes de drogas e, especialmente, a atenção primária de saúde e a rede hospitalar de utilização pública (HUSENMAN, 1997).

No modelo Cuidados Continuados Integrados em Portugal, destacam-se algumas disposições no âmbito da implementação de estratégias e modelos de organização, prestação e financiamento. Entre tais disposições, vale ressaltar a eliminação da fragmentação do financiamento deste nível de cuidados, bem como modalidades de pagamento inovadoras, que incluem a remuneração dos cuidadores informais e a atribuição de subsídios para obtenção e gestão dos seus próprios cuidados (LOPES, 2010).

O financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na região de Lisboa, Vale do Tejo, Norte, Alentejo e Algarve tem sido assegurado por verbas provenientes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. As verbas, atribuídas no âmbito da Santa Casa, são distribuídas segundo os critérios constantes do Decreto-Lei n.º 56 de 15 de Março de 2006, por diferentes Ministérios: Saúde, Trabalho e Solidariedade Social (TRIBUNAL DE CONTAS, 2009).

Na União Européia o financiamento dos Cuidados Continuados Integrados varia, uma vez que depende de quatro fatores: dos sistemas e das populações; das medidas nacionais de financiamento público; do grau de participação do financiamento privado; e da demarcação da responsabilidade entre setor público e setor privado em matéria de CCI (EUROPEAN COMMISSION, 2008).

O *NHS Continuing Health Care* é financiado exclusivamente pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que tem como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros

disponíveis (NHS, 2015).

O Kaiser Permanente é considerado um modelo de saúde privado, sendo constituído por três entidades interdependentes: Plano Kaiser Fundação de Saúde (KFHP), Kaiser Fundação em Hospitais (KFH), e Grupos Permanente de médicos em cada região. Estas entidades organizam, financiam e prestam cuidados médicos (BALIARDO, 2015; MCCARTHY, 2009).

O Plano Kaiser Fundação de Saúde e Kaiser Fundação em Hospitais são empresas sem fins lucrativos, onde o Plano Kaiser Fundação de Saúde é responsável pelas vendas do plano de saúde e distribuição regional dos contratos para os individuais e o públicos. Já o Kaiser Fundação em Hospitais realiza a organização dos cuidados em regime de internação, cuidados prolongados, e casa de saúde para associados (BALIARDO, 2015; MCCARTHY, 2009).

O modelo PACE é financiado por dois programas, o *Medicare* e *Medicaid*. O *Medicare* é o programa de seguro de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais. Algumas pessoas com menos de 65 anos podem ser qualificadas para o *Medicare*, como as pessoas com deficiências, insuficiência renal permanente ou esclerose lateral amiotrófica (doença de *Lou Gehrig*). Ele é financiado através de um percentual dos impostos salariais pagos pelos trabalhadores e pelas suas entidades patronais. É também parcialmente financiada por prêmios dedutíveis mensalmente dos cheques do Seguro Social (HIRTH, 2009; ROWLAND, 1996).

O *Medicaid* é um programa do governo americano que fornece cobertura hospitalar e médica a pessoas com baixos níveis de rendimentos e pouco ou nenhum recurso, ele é visto como um complemento ao *Medicare*, apoiando os beneficiários de baixa renda (HIRTH, 2009; ROWLAND, 1996).

O Programa PACE não pode cobrar franquias, co-pagamentos, co-seguro ou outra de partilha de custos para medicamentos. Os modelos PACE e Kaiser realizam pagamentos por captação de base (BÉLAND, 2006). A captação é um sistema de remuneração, onde os médicos ou instituição de saúde recebem um pagamento fixo por paciente inscrito, independentemente da quantidade de serviços a prestar (PEREIRA, 2004).

Relação de custo / Benefício

Por meio da análise de sete estudos (26,92%), foram discutidos aspectos referentes aos custos e benefícios dos cuidados integrados.

Para descrever sobre os custos e benefícios do modelo *Atenció SocioSanitària Català* na Espanha, deve-se considerar como parte do custo total o tempo do cuidador, a falta de tempo para o lazer, para relacionamentos e trabalho social. Condições estas que frequentemente geram estresse e doenças. Além disso, o custo deve ser orientado pelos critérios de eficácia, visando melhores resultados com menos recursos. Há situações que o custo é maior, como por exemplo as demências, que demandam um custo maior em relação às deficiências físicas, uma vez que os indivíduos necessitam de maior atenção e ajustes de habitação. Da mesma forma, o cuidado do indivíduo em um lar de idosos pode ter um custo menor em relação ao cuidado no domicílio. Viver sozinho, idade avançada, depressão e acúmulo de cronicidades pode aumentar o custo dos serviços sociais e saúde, com necessidade de apoio por parte de um centro dia e, se for caso, a mudança temporária ou permanente de residência (CABRERO, 2002; VITÓRIA-GASTEIZ, 2015).

Em Portugal a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) demandou uma nova estrutura e novos recursos financeiros para manter tal estrutura e os custos hospitalares, porém a RNCCI não reduziu os desperdícios hospitalares. No entanto, o seu crescimento subsequente parece ser rigorosamente acompanhado de uma diminuição da ocupação dos leitos hospitalares (PORTUGAL, 2011).

O programa PACE foi avaliado em comparação com o *Wisconsin Partnership Program* (WPP). O WPP é um programa dos EUA, abrangente de serviços para as pessoas idosas ou com deficiências físicas. Opera com equipes multidisciplinares e serviços desconectados (o oposto dos modelos de Cuidados Integrados), desenvolvido especialmente para beneficiar pessoas com necessidades de apoio médico e cuidados prolongados em nível comunitário²⁸. Este estudo comparou a utilização dos dois modelos em um período de 18 meses. A amostra consistiu de 651 internações no PACE e 634 no *Wisconsin*. Foram analisadas as taxas de internação, dias de internação, tempo de internação, atendimentos de emergência e urgências evitáveis. Concluíram que os resultados melhores foram para o programa PACE do que para o WPP, e que os médicos têm uma participação

mais ativa no modelo PACE (BÉLAND, 2011).

Em relação ao programa SIPA, foi realizado um ensaio clínico randomizado, em que foi demonstrado que não houve aumento e nem redução dos custos, mas diminuiu a utilização de todos os serviços nos hospitais, e principalmente, a internação. Os custos dos serviços do SIPA baseado na comunidade foram 44% maiores do que os serviços do grupo controle equivalente a US\$ 3,390 e 22% menores para os cuidados institucionais, totalizando redução de 3,770 dólares (BÉLAND, 2011).

Um projeto quase-experimental foi utilizado para avaliar o PRISMA, com um grupo intervenção (n = 272) e grupo controle (n = 210), cobrindo um período de 3 anos em duas comunidades pertencentes ao território canadense. Houve uma diminuição no nível de declínio funcional ao longo do tempo no grupo de estudo em comparação com o grupo controle, que foi estatisticamente significativa em 12 e 24 meses. Apresentada de forma implícita, houve a diminuição de custos, através de achados relacionados a reduções de readmissões hospitalares, a institucionalização e da taxa de declínio funcional (BÉLAND, 2011).

Um estudo de 2004 sobre o modelo Kaiser Permanente no norte da Califórnia incorporou princípios da gestão da doença em pacientes com doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, diabetes e asma. E mostrou que as reduções de custos foram indescritíveis, comparando os grupos de gestão de doenças crônicas com o grupo de pacientes sem doenças crônicas. Os custos totais não diminuíram, mas a qualidade dos cuidados melhorou. Assim pode haver redução de custos para os empregadores, por causa do aumento da produtividade e diminuição de afastamentos (FIREMAN, 2004; CROSSON, 2004).

Com as redes de serviços de saúde integrada há melhora no acesso ao sistema, reduz os cuidados inadequados e a fragmentação do cuidar e evita a duplicação de serviços gerando, conseqüentemente, a redução de custos e proporcionando uma melhor resposta às necessidades de saúde da comunidade (PORTUGAL, 2011).

Considerações finais

Mediante a revisão realizada, pode-se afirmar que os Cuidados Continuados Integrados foram desenvolvidos para melhorar a continuidade do cuidado, aumentando a eficiência dos serviços oferecidos especialmente às pessoas idosas e com deficiência.

O modelo Cuidados Continuados Integrados foi desenvolvido em Portugal e tem sido implantado e desenvolvido no Brasil, ambos utilizaram referências existentes na Espanha e oferecem serviços para todos os indivíduos adultos que estejam em situação de dependência. O *NHS Continuing Health care* do Reino Unido proporcionam os seus serviços para todas as pessoas maiores de 18 anos que necessitem de cuidados continuados. Enquanto que os modelos *Atenció SocioSanitària Català*, PACE, SIPA e o Prisma oferecem os cuidados somente para os idosos. Todos os modelos garantem a prestação de cuidados à saúde e apoio social, promovendo a continuidade e a integração dos cuidados.

Em relação à estrutura, os modelos Cuidados Continuados Integrados em Portugal e o modelo *Atenció SocioSanitària Català* descrevem as unidades de atendimentos de forma agrupada, como as Unidades de Média Duração e Convalescença; Unidades de Média Duração Polivalentes; Unidades de Longa Duração; Unidades de Cuidados Paliativos; Serviços Ambulatoriais; Domiciliares; Equipes de Avaliação e suporte. E os principais itens encontrados em todos os modelos estudados são os serviços hospitalares, de emergência, centro dia, serviços especializados e atividades sociais, assistência domiciliar, instituições de longa permanência e transporte para deslocamento dos pacientes na rede.

Os atendimentos são executados por equipes multidisciplinares especializadas e os profissionais mencionados são os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicológicos e nutricionistas, os quais elaboram planos terapêuticos individualizados.

As formas de financiamentos dos modelos apresentaram disparidade, sendo que em países europeus o CCI dependerá de alguns fatores como sistemas, populações e demarcação de responsabilidade entre o setor público e privado, podendo ser financiado pelo setor público, privado ou público e privado. Em Portugal na região de Lisboa, Vale do Tejo, Norte, Alentejo e Algarve o financiamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem sido assegurado exclusivamente pela verba proveniente da Santa Casa da Misericórdia

de Lisboa. Já o modelo *Atenció SocioSanitària Català*, *NHS Continuing Health Care* e o PACE são financiados pelo setor público. E o modelo Kaiser é financiado por três instituições privadas (Plano Kaiser Fundação de Saúde, Kaiser Fundação em Hospitais, e Grupos permanentes de médicos).

Em relação aos custos e benefícios todos os modelos de Cuidados Integrados mostraram redução no número de ocupação dos leitos hospitalares, melhora na qualidade do cuidado e acessibilidade do sistema, diminuição dos cuidados fragmentados, porém não conseguiram evidenciar a redução de custos.

São necessárias investigações e compartilhamento de experiências a partir do modelo dos Cuidados Continuados Integrados, principalmente no Brasil, para minimizar as dificuldades de estabelecer parâmetros de comparabilidade e revelar os impactos do cuidar de forma integrada.

Referências

- MONTEIRO, M.C.; SANTOS, O.; COSTA, M.C. Continuous Care Units: a response to aging and dependency in Portugal. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*. 2013; (10) 2: 163-178.
- DIAS, A.; SANTANA S. Cuidados integrados um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* [online]. 2009 Out-Mar; 8 (1): 12-20. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpb/v8n1/v8n1a03.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2015.
- PORTUGAL. Decreto n.º 101, de 6 de Junho de 2006. Criado a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República Eletrónico*. 2006; 109 SÉRIE I-A; 3856 -3865. Disponível em: <<http://www.dre.pt/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2015.
- LOPES M.; MENDES, F.; ESCOVAL, A.; AGOSTINHO, M.; VIEIRA, C. (et al.) Plano nacional e saúde 2011 – 2016 Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. Évora; 2010.
- MOURA, B.P. O impacto da rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na demora média hospitalar. Lisboa. Dissertação (Mestre em Gestão da Saúde) - Universidade Nova de Lisboa / Escola Nacional de Saúde Pública; 2014.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2008 Out-Dez; 17(4): 758-764.
- SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-106.
- SALVÀ CASANOVAS, A.; LLEVADOT, D.; MIRÓ, M.; VILALTA, M.; ROVIRA, Y.J.C. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria em Cataluña. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2004; 39(2): 101-8.
- Nhs confederation. Nhs continuing healthcare: detailing what nhs organisations need to know and do. *Community health services forum*. 2012 Nov.

- BÉLAND, F.; HOLLANDER, M.J. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gaceta Sanitaria*. 2011; 25(S):138-146
- VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; MOTTA, L.B.; LIMA, K.C.; SIQUEIRA, R. (et al). Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública*, 2014; 48 (2):357-365.
- HÉBERT, R.; RAÏCHE, M.; DUBOIS, M.F.; GUEYE, N.R.; DUBUC, N. (et.al)The prisma group. Impact of prisma, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in quebec (Canadá): a quasi-experimental study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2009; 65B (1), 107-118.
- MINISTÉRIO DE SANIDAD, Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España; 2011.
- DEPARTMENT OF HEALTH. NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care; 2013 Mar. Disponível em:
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/193700/NHS_CHC_Public_Information_Leaflet_Final.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2015.
- Mccarthy D, Mueller K, Research JWI. Kaiser Permanente: bridging the quality divide with integrated practice group accountability, and health information technology. *The commonwealth fund*. 2009 Jun; 17 (1288): 1-28.
- HIRTH, V.; BASKINS, J.; DEVER-BUMBA, M. Program of All-Inclusive Care (PACE): past, present, and future. *Jamda*. 2009 Mar; 10 (3): 155-160.
- BÉLAND, F.; BERGMAN, H.; LEBEL, P.; DALLAIRE, L.; FLETCHER, J. (et al) Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Canadian Journal on Aging*. 2006; 25 (1): 5-42.
- HÉBERT, R.; DURAND, P.J.; DUBUC, N.; TOURIGNY, A. Frail elderly patients new model for integrated service delivery. *Canadian Family Physician*. 2003 Ago-Out; 49, p. 992-997.
- HUSENMAN, S.; SULLÀ, E.; QUINHÕES, T.; LOBATO, L. Reforma do Estado no setor de saúde: os casos da Catalunha, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 1997.
- Tribunal de Contas. Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008. 2009; 1 (38 /39): 1-189.
- European commission. Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
- BALIARDO, R.; MELO, J.O. Obamacare é institucional, diz suprema corte dos EUA. *Revista Consultor Jurídico*. Brasília. 2012 jun. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jun-28/suprema-corte-eua-mantem-lei-reforma-sistema-saude>>. Acesso em: 01 jul. 2015.
- ROWLAND, D.; LYONS, B. Medicare, medicaid, and the elderly poor. *health care financing review*. 1996; 18 (2): 61-85.
- PEREIRA, J. Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde: Lisboa; 2004.
- CABRERO, G.R.C.; CODORNIÚ, J.M. Modelos de atención sociosanitaria una aproximación a los costes de la dependência. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaría general de asuntos sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002.
- VITORIA-GASTEIZ. Atención sociosanitaria en grupos afectados especialmente. Ararteko; 2010

Mar. Disponível em:

<http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_1845_1.pdf> Acesso em: 10/10/2015.

- Portugal. Despacho N.º 10.601/2011. Relatório final grupo técnico para a reforma hospitalar. Os Cidadãos no centro do Sistema. Os profissionais no centro da mudança. *Diário da República*. 24 de agosto de 2011; 2ª Série (162): 1-417. Disponível em:<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf>. Acesso em: 05/08/215.
- GOLDEN, R.N.; SMITH, E.M. The Wisconsin Partnership Program: investing in a healthier state. *Dean's Corner*. 2012 Ago; 4 (111): 1-2.
- FIREMAN, B.; BARTLETT, J.; SELBY, J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*. 2004; 6 (23): 63-75.
- CROSSON, F.J.; MADVIG, P. Does population management of chronic disease lead to lower costs of care? *Health Affairs*. 2004 Nov-Dec; 23(6): 76-78.

PÚBLICO E PRIVADO; ENTRE APARELHOS, RODAS E PRAÇAS

Emerson Elias Merhy

“Tinha nascido do lado de uma igreja católica, construída numa elevação que a colocava um pouco acima das casas ao lado. A frente havia um adro bem amplo, com jardins e muros; além de um pátio bem generoso. Cedo, quando acordava e levantava, caía da cama já no adro; assim como uma dezena de garotos de 8 a 16 anos. Juntavam-se, logo após um café da manhã imposto pelas mães, e com uma bola na roda invadiam o adro e a transformavam em algo só deles: uma campo de pelada. Por várias vezes eram denunciados pelo padre da igreja como invasores e perturbadores. O carro de polícia, um Cosme e Damião, chegava de sirene ligada e por um tempo acabava com aquela festa. Meninos corriam para tudo que era lado. Os policiais ameaçavam prendê-los. No fim, todos escapavam. A polícia se retirava. E, o adro virava praça de novo.”

Nesta pequena história, de fato vivida no Bairro da Bela Vista em São Paulo, nos anos 1950, há muitos dos elementos que gostaria de colocar aqui nesta pequena introdução ao livro do Giovanni.

Destaco, em primeiro lugar, a ideia de um lugar público constituído como um aparelho com funcionalidade bem definida: ser um adro de uma igreja. Uma função que torna o lugar público em uma coisa de uso privado: só faz sentido para certos viventes e crentes, cujos interesses naquele espaço o tornam extensão de uma certo modo simbólico de produzir aquilo como lugar de fé cristã. Enfim, uma produção e apropriação do espaço, enquanto possuidor de um sentido bem preciso e bem definido, com um valor de uso bem delimitado. O público e o privado constituem-se, claramente, prevalecendo uma certa conformação do público por formas bem privadas e específicas de constituí-lo. Esta figura, para mim, assemelha-se a noção de aparelho institucional, como: um partido, um aparelho estatal, uma máquina governamental, uma repartição de uma empresa, uma empresa em si. Em todos, a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. Dá a cara do instituído. A dobra público/privado se expressa como relação bem instrumental e só esta razão dá conta deste processo. Por exemplo, uma organização fabril que não produz o seu produto, não é uma organização

fabril; e como tal, ao perseguir esta alma particular, captura privadamente todos os seus lugares públicos. Entretanto, como em todos os formatos adquiridos – aparelho, roda e praça - , como veremos, adiante, não é indiferente os tipos de atores sociais/sujeitos que estão operando a produção do lugar, pois constituir certo valor de uso é, antes de tudo, uma operação simbólica e imaginária. Como diz Ruben Alves, parafraseando: para algo ser útil ela deve ser simbolicamente constituída como necessidade.

Destaco, em segundo lugar, a roda que os meninos constituíram fabricando suas equipes de futebol e invadindo o aparelho adro. Reuniram-se e fizeram ofertas um para o outro, construíram entre si acordos e regras. Organizaram-se para atuarem como um coletivo, mas onde cada um pudesse jogar do seu jeito. Jogar tanto para produzir o acordo, quanto para participar do que mais queriam: jogar bola. Depois de vários movimentos, formaram os times. Dividiram o adro, imaginariamente, em um campo de futebol de rua. Instituíram os gols e ordenaram os times. Iniciaram o jogo. Isso funcionou direito até a chegada da polícia. Aí, aquela roda dos meninos foi desfeita por uma imposição muito forte e invasiva da lógica funcional anterior: a do aparelho que o adro era, como espaço da igreja; e não campo de futebol. Mas, o interessante é que existindo os meninos e saindo a força impositiva, o adro seria ocupado de novo pela roda de meninos para virar de adro da igreja em campo de futebol, onde as regras eram outras, e acordadas pelo coletivo, e o modo de ser operada obedecia a outros tipos de lógicas. Chegando bem perto poderia ser visto o encontro “entre” o adro aparelho e o adro roda, um dentro do outro como uma dobra; veria-se o modo como os meninos estabeleciam em ato acordos e regras, mas se permitiam alterá-las para adaptar as características do jogo ao coletivo em ação. Um time teria mais ou menos jogadores conforme a quantidade de meninos. O tempo do jogo poderia variar. Ter ou não goleiro era algo a ser decidido em ato. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que estava sendo produzido era muito mais elástica e muito mais disponível ao grupo que estava constituído e em ação. Entretanto, todo este processo tinha um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para produzir um jogo de futebol. Esta funcionalidade não estava perdida em momento nenhum, mesmo que pudesse ser produzido de muitas diferentes formas e maneiras. A dinâmica do coletivo em roda impunha-se

sobre a construção do espaço público como um lugar privado. Transformar o adro em campo de futebol era um ato mais imperativo e rompia a funcionalidade do adro aparelho, dependendo em ato da constitutividade do coletivo em ação. Já o adro da igreja, enquanto um aparelho parecia já estar ali consagrado como espaço privado, independente de ter um coletivo em ação ou não, como algo já dado. Assim, a dobra público e privado, agora, parecia mais explícita: a conformação do espaço privado, campo de futebol, passava por um ato coletivo e mais público e em ato. A funcionalidade não estava de tal modo constituída, como no adro da igreja, que bastava a presença de símbolos cristalizados como ícones, a própria igreja, para que todos o vissem sob este ângulo imaginário. O instituir-se como roda não independe do coletivo que está aí atuando. A tensão na dobra público e privado é mais à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, que a regra é única e gera punição imediata na sua violação, segundo que o sustenta. Nas rodas os processos estão mais abertos aos acontecimentos.

Em terceiro, é relevante as várias maneiras de se ocupar um espaço constituindo-o como lugar de várias formas de instituí-lo, enquanto modos privados de produzi-lo, mas no qual a instituição de um privado não se incomoda com a existência da instituição de outro no mesmo tempo. Esta imagem é a de uma praça, na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção. São vários os coletivos se intercedendo. Há até aqueles que vão para ver os outros. Há outros que vão só para ir. E, há outros que vão para fazerem alguma atividade própria, como a de jogar alguma coisa. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros são a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”. Poder ver isso, inclusive no interior dos outros modos de constituir a dobra público e privado, é ampliar as possibilidades de abrir a tensão público e privado para um processo de produção em fluxo. Não há regra a ser imposta, não há funcionalidade a priori a ser obedecida. Os coletivos que aí estão constituindo-os estão em pleno ato do acontecer, podendo ou não se expressar para o outro, ou ir em busca do outro, como forma de ampliar as muitas possibilidades de encontros, mas deixando os sentidos dos fazeres acontecerem em suas muitas multiplicidades. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante produtiva, e criadora, do diferente em nós, nos

aparelhos e rodas, pode permitir a instituição da dobra público e privado como um lugar profundamente democrático, como indico um pouco mais adiante. Um adro de igreja que seja lugar de piquenique, de rodas de conversas, de jogos de futebol, de pega-pega, de pregação, de representação artística, não é mais um adro de igreja: agora, é uma praça.

Sem julgamento moral sobre qualquer um dos níveis que aponte, pois não consigo a priori dizer qual é melhor, qual é mais correto, e assim por diante, chamo a atenção para o fato de que em todos os três há mútua constituição do público e do privado, e que um aparelho, também é uma roda, que por sua vez também é uma praça.

O aparelhamento feito a partir de certos poderes instituídos e reconhecidos as organizações religiosas, as rodas criadas e reinventadas pelos meninos fabricando novos sentidos para o uso do lugar, embora dentro de certas regras que a formação de um time de futebol supõe e, finalmente, os múltiplos encontros com os sentidos mais variados, não necessariamente para cumprir uma missão a priori, mas simplesmente para realizar um acontecer em fluxo, como ficar na praça olhando o céu, ou batendo um papo, ou lendo um livro, ou fazem um desenho interessante de olharmos: o público e o privado são mutuamente constituídos, em fluxo, em acontecimento, e vão se constituindo permanentemente lugares de aparelhos, rodas e praças.

Esta intensa constituição, que nos permite perceber que não devemos separar uma coisa da outra, mas enxergar uma coisa na outra, abre-nos a chance de também podermos atuar sobre isso. Assim, entender que há “entres” de uma aparelho para uma roda, e destas para uma praça, possibilita-nos a poder objetivar a exploração destes “entres” como possibilidades de instituir uma praça em uma roda, de uma roda em um aparelho, pois eles estão ali a serem desvirtualizados. Quando há domínio instrumental de um sobre o outro, podemos pensar em como criar situações para interrogar este domínio pelos “entres”. Como, na saúde, é o caso do desafio de pensar em um lugar tão privado como um consultório de um médico, imaginar a existência de criar situações de praças e rodas, neste lugar claramente aparelho.

Mesmo que se queira separar estes processos, eles se fazem sempre presentes e muitas vezes causam incômodos em certos pensadores que, mesmo

muito bem intencionados, procuram valorá-los moralmente ou mesmo destacá-los. Sejam ou não pensadores neoliberais capitalistas que vêm no privado e no mercado o lugar de definição e de determinação, sejam os anti-neoliberais que instrumentalizam a razão e aparelham tudo, inclusive o agir e a subjetividade coletiva. E, diferentes autores que tentam destacar uma dimensão sobre a outra, não conseguem fazê-lo com muito sucesso, sempre apresentando alguma ressalva. Hannah Arendt ao falar da Praça como uma metáfora da República de Cidadãos, não pode se afastar da presença, que a incomoda, da razão instrumental, na política, que a tudo aparelha; Gastão Wagner ao falar da Roda como método de construir cogestão nas organizações, não consegue negar um estranho instituinte que incomoda: a construção de sentidos não capturáveis pelo método e que podem perverter tudo.

Por isso, é interessante a ideia de Toni Negri quando diz que a democracia, quando normatiza e regra, quando ordena seu arcabouço constitucional, não consegue escapar do poder constituinte, tendo-se que se apresentar efetivamente como uma forma de sociedade e de governo em permanente refazer, assumindo claramente o risco de ser pervertida, de não ser uma roda funcionalmente que gira bem. Negri, fala, por isso, no inevitável Poder Constituinte das multidões, não controlado.

Não é, portanto, irrelevante o tipo de mútua constitutividade entre público e privado que estamos apostando, mas torna-se um problema quando imaginamos que o nosso modo é único e apaga a existência dos outros. Há que apontar certas linhas de sentido, onde me parece que tornar aparelhos verdadeiras rodas e rodas em grandes praças é muito mais adequado e interessante. Há que se conviver com a tensão da constitutividade e há que explorá-la no eterno retorno: o público que se faz privado e vice-versa.

Vale olhar também o modo como pode-se colonizar uma constitutividade na outra e, assim, ordenar formas específicas de poderes para instrumentalizar um lugar a partir de outro. Claro que se isso ocorrer no sentido de tornar sempre em praça as rodas e os aparelhos, estaremos mais próximo do que aponta Negri, mas se for o oposto, no qual o sentido do aparelho se imponha sobre a roda e a praça, ou mesmo que a roda na sua funcionalidade mate a praça que há nela, estaremos diante de um processo que creio legítimo de ser nominado de privatização do

público, com uma redução da política ao movimento de tornar universal um projeto bem particular e único. Esta unicidade do espaço público, em certas formas de blocos históricos, não escapa de Arendt. Mas, aqui, chamo a atenção é sobre as maneiras como o Estado ampliado, no Brasil, vem sendo um aparelho efetivo de interesses muito restritos, do ponto de vista da multiplicidade social de interesses que constituem a sociedade brasileira. E, o campo da saúde pode ser um bom exemplo e analisador disso.

Algo bem relevante e pertinente na discussão que o SUS colocou para a sociedade brasileira, nestes últimos anos: o que é ser uma política pública de estado, que se modela conforme os blocos governamentais que a constituem. Como operar isso na multiplicidade de tipos de aposta que a saúde é permeável, hoje. De que maneira, a reforma do que é o público estatal com a formação de um privado de interesse público convive com estas situações. E o mercado e as suas organizações privadas. O que tudo isso tem a ver com esta discussão?

Neste texto, ao leitor não lhe escapará que é da mútua constitutividade do público e do privado, que se trata quando nos situamos no plano dos coletivos sociais em ação, no campo da saúde, enquanto território de práticas sociais e históricas. E com isso, estará à mostra as implicações dos processos de constituição das multidões em ação e suas expressões, como coletivos específicos a produzirem e instituírem aparelhos, rodas e praças, no campo da saúde, no Brasil.

Não sei o grau de contribuição dessas ideias para pensarmos o momento atual de transformação por que passamos na construção dos espaços de convivência e de produção de existências, contemporaneamente, mas tenho a sensação de que as possibilidades que abrem são muitas, pois expõem as nossas implicações com o que aqui é revelado, mostra o nosso lado em relação a isso tudo. Revela para nós mesmos nossas próprias implicações e a que mútua constitutividade de público e privado estamos de fato interessados. E na saúde, o nosso modo de atuar, depende disso.

AUTORES

Alessandra Cristina Conceição de Souza Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói –RJ, Brasil.

Aline Lorena da Silva Lima. Psicóloga; Especialista em Saúde Indígena; atua desde 2016 com saúde mental para povos indígenas no âmbito do SASI/SUS; Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu, Canarana, GO.

Álvaro Pinto Palha Junior. Psicólogo; Especialista em Saúde Indígena; atua desde 2014 com saúde mental para povos indígenas no âmbito do SASI/SUS; Distrito Sanitário Especial Indígena Bahia, Porto Seguro, BA.

Anderson Lima Guidini Enfermeiro. Integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói - RJ, Brasil.

Ana Carina. Mestrado de medicina na área de concentração radiologia pela UFRJ-RJ. Médica radiologista da Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência (VIPAHE) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Ana Carolina Soares Leitão Reis. Fonoaudióloga Graduada pela Faculdade Estácio de Sá, Especialista em Bases Psicomotoras, Fonoaudióloga FMS-Niterói, Coordenadora da Regulação da RCPD FMS-Niterói. - Integrante da equipe de avaliadores da avaliação de Deficiência com o Índice de Funcionalidade Brasileiro - IFBr.

Ana Lúcia Abrahão da Silva Enfermeira. Pós - doutora pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutora em Saúde Coletiva; Professora Titular da Universidade Federal Fluminense (UFF); Líder do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói – RJ, Brasil.

Ardigò Martino. Médico sanitarista, doutor em Cooperação Internacional pela Università di Bologna, integra o Conselho Científico do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural - Alma Mater Studiorum Università Di Bologna e é Professor Visitante Estrangeiro no INISA, UFMS.

Bárbara Mendonça Macedo. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (2006). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (2019) Assistente social da Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ. Analista de Desenvolvimento Agrário - Assistente Social do Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro.

Breno Augusto Bormann de Souza Filho. Doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da FioCruz/RJ. Técnico de atletismo nível 2 credenciado pelo Comitê Paralímpico Brasileiro. Membro pesquisador do Comitê Paralímpico Brasileiro/Academia Paralímpica Brasileira CPB/APB.

Cynthia Beatriz Silveira Kisse. Fisioterapeuta, residente da Unversidade Federal do Rio de Janeiro- Residência Multiprofissional em Saúde/Clínica, do HCFE, da UFRJ. Especialista Fisioterapia Neurofuncional pela Escola Superior de Ensino Helena Antipoff e em Geriatria e Gerontologia pela UERJ.

Diana Mary Araújo de Melo Flach. Enfermeira/Ministério da Saúde, Brasil. Dra. em Ciências do Cuidado em Saúde - UFF/RJ/ Brasil. Colaboradora da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Parte do Quadro Técnico da Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência (VIPAHE) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Érika Fernandes Tritany. Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), Especialista em Gestão de Redes em Saúde (ENSP/Fiocruz) e Residente do Programa Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ). Atualmente mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ)

Emerson Elias Merhy. Médico sanitaria professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde, pela Unicamp. Professor Doutor Honoris Causa da Universidade Nacional de Rosário, Argentina.

Évelin Veiga de Mendonça Bastos. Fonoaudióloga do NASF/PMF-Niterói. Graduada pela pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação - IBMR Formação em docência em Ciências Físicas e Biológicas pela Universo, Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Pública Informadas por Evidências - Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa, graduada em Psicologia pela Cândido Mendes, Especialista em Matriciamento pela Fiocruz.

Gildete Ferreira Assistente Social. Especialista em Formulação e Gestão de Políticas na Seguridade Social e Mestre em Política Social, Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde (NECIRAS).

Izabel do Vale Pereira Silva Carvalho. Assistente Social Graduada pela UFF, Especialista em Saúde da Família pela UFF, Atuação na Coordenação do Programa Saúde na Escola DESUM/FMS-Niterói. Atuou com Supervisora de Serviço Social do Programa Médico de Família.

Ivo Quaranta. Professor em disciplinas de etnoantropológicas na Universidade de Bolonha. Ocupa-se de estudo dos processos de produção social e elaboração cultural da experiência da doença. Possui publicações sobre os temas: Antropologia médica, Medicina Intercultural, Políticas de cuidado entre outros.

Jaime Everardo Platner Cezario. Enfermeiro, Mestre em Ensino na Saúde pela UFF. Especialização em Gestão de Sistema de Saúde pela ENSP e Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho na Saúde pela UFF. Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem da PESP/FMS, Apoiador Técnico do Projeto Escola da Família da FMS- Niterói.

Jaqueline Medeiros Silva Calafate. Psicóloga; Mestre em Desenvolvimento de Políticas Públicas (UFT) e Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura (UnB); Apoiadora Técnica em Atenção à Saúde Indígena (SESAI/MS); Responsável Técnica pela Gestão das CASAI na SESA/MS; atua desde 2013 na saúde indígena. Brasília, DF.

Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior. Psicólogo; Especialista em Saúde Mental (UEPA); Mestre em Psicologia (UFPA); Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde (NECIRAS); Apoiador Pedagógico Fundação Euclides da Cunha, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.

Luciana de Barros da Silva. Pós-Graduada em Cuidados Intensivos Neonatal e Mestre pelo Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, pela UFF. Gerente de Enfermagem das Clínicas de Alta Complexidade do Hospital Universitário Antônio Pedro. Técnica da Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e Emergência (VIPAHE) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Luiz Carlos Hubner. Professor da Universidade Federal Fluminense; e da Faculdade São Camilo RJ. Especialista em Administração de Serviços de Saúde pela Universidade Federal Fluminense; mestre em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense; e doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Mara Lisiane de Moraes dos Santos. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Londrina (1991), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2001) e doutorado em Ciências da Saúde pelo convênio multi-institucional Rede Centro-Oeste UnB/UFMG/UFMS. Professora associada da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Maria Augusta Nicoli. Médica com especialização em psiquiatria e doutorado em psicologia social, é responsável pelas áreas de inovação social e comunitária, equidade e participação da Agência Regional de Saúde da Região Emilia-Romagna.

Maria Jose Soares Pereira. Assistente Social pela UFF, Mestre em Saúde Coletiva pela UERJ/IMS, Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde pela ENSP/FIOCRUZ, Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho na Saúde pela UFF, Gerente do Projeto Escola da Família-Pacto Niterói Contra Violência FMS/PMN, Assessora Técnica de Gestão FMS-Niterói. Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Pública Informadas por Evidências - Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

Mariana Janssen. Médica, pós-graduada e especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense, atuando como Supervisora de Clínica Médica do Programa Médico de Família do Município de Niterói.

Marli Rodrigues Tavares. Enfermeira Graduada pela UFF, Doutora em Educação pela Universidad de Lá Empresa Montevideo-Uruguai, Mestre em Enfermagem pela UERJ, Docente Adjunto IV de Enfermagem pela UFF.

Mírian Ribeiro Conceição. Mestre em psicologia, e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da UFF/UFRJ/UERJ/ FIOCRUZ em cotutela com Universidade de Bologna, e membro do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde – NECIRAS – CNPq/UFF.

Mônica Testa Morangueira. Graduada em Saúde Coletiva, mestranda do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente participa do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde (NECIRAS)

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça. Mestre em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, doutor em Medicina pelo Programa de Clínica Médica da UFRJ. Professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e docente colaborador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IESC, participando da Linha de Pesquisa de Políticas de Saúde e Epidemiologia.

Reinaldo Dias Pereira. Graduado em Enfermagem pela Faculdade Ingá. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-graduado em: Terapia Intensiva; Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde.

Rodrigo Torres de Oliveira. Graduado em Medicina pela Escola de Medicina Souza Marques. Secretário Municipal de Saúde do Município de Niterói/RJ.

Tamiris Nogueira Naccar. Graduada em Medicina pela Faculdade Souza Marques. Médica Geriatra pela Universidade Federal Fluminense. Médica geriatra do Serviço de Atendimento Domiciliar ao Idoso (SADI) da Rede de Saúde de Niterói.

Thalita Nascimento Silva. Enfermeira; Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde (NECIRAS), Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.

Túlio Batista Franco. Doutor em Saúde Coletiva, Pós-Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha – Itália. Professor na Universidade Federal Fluminense, coordenador do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde – NECIRAS – CNPq/UFF.

Vandira Maria dos Santos Pinheiro. Licenciada em Pedagogia e Mestre em Educação pela UFRJ. Mestranda em Saúde Coletiva Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFF. Especialista em Gestão pela Qualidade Total pelo Centro Tecnológico da (UFF). É professora colaboradora e assessora do Setor de Infecções Sexualmente Transmissíveis da UFF e de outras instituições.

Vivian dos Santos Vilela. Diretora do Policlínica do Largo da Batalha a Rede de Saúde de Niterói.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em
Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Pensamento Negro Descolonial

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-00-7

