

JOLIANI ALVES DE MORAES

**A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS QUE
PARTICIPARAM DO PROJETO CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**CAMPO GRANDE
2016**

JOLIANI ALVES DE MORAES

**A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS QUE
PARTICIPARAM DO PROJETO CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Dissertação apresentada para fins de defesa do
Curso de Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Universidade Federal de Mato Grosso
do Sul.

Orientadora: Dr.^a Mara Lisiane de Moraes dos
Santos

Co-Orientador: Dr. Maurício Antonio Pompilio

JOLIANI ALVES DE MORAES

**A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS QUE
PARTICIPARAM DO PROJETO CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Mara Lisiane de Moraes dos Santos e Co-Orientação do Prof.^o Dr.^o Maurício Antonio Pompilio.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito_____.

Campo Grande, ____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA

NOTA

M.^a Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Dr.^a Leila Foerster Merey,

AGRADECIMENTOS

Quero descrever nestas linhas uma pequena homenagem a todos aqueles que, durante este período - muitas vezes turbulento - nunca deixaram de ter uma palavra de conforto e incentivo. Nos momentos mais difíceis estiveram sempre comigo, mesmo quando estavam em silêncio.

Agradeço, primeiramente, a Deus que me deu energia e benefícios para concluir este trabalho.

À Professora Doutora Mara Lisiane de Moraes dos Santos, a quem agradeço o modo sábio como orientou esta dissertação, toda a compreensão e disponibilidade.

O professor doutor Maurício Antonio Pompilio, que me incentivou e me apoiou desde o início, semeando idéias para a construção desta dissertação.

À professora doutora Sônia Andrade, pelas preciosas orientações metodológicas.

Ao professor e doutor Albert Schiaveto de Souza, pelo inestimável apoio na análise estatística.

A todos os professores envolvidos no programa do mestrado profissional em Saúde da Família pelos conhecimentos oferecidos.

À direção do Hospital São Julião, pelo incentivo prestado e disponibilidade concedida.

À equipe de fisioterapia do hospital São Julião, pela compreensão e apoio, em especial a fisioterapeuta Luci Matsumura, que se desdobrava para atender os meus pacientes nos dias de aula do mestrado.

À fisioterapeuta Arianne Tiemi Jyoboji Moraes, pela grande ajuda na transcrição dos áudios e pela amizade, apoio e conversas.

A todos os participantes do estudo e seus familiares, pelo modo como me receberam, e como comigo colaboraram e compartilharam os seus sentimentos e vivências.

À Aura Martina Suarez, minha madrinha, pelas rezas, apoio e carinho.

Ao Gilberto, meu marido, que comigo vem compartilhando toda uma vida, por todo o seu amor, carinho, compreensão, apoio, incentivo e paciência em mais esta importante etapa.

A minha mãe Neuza e o meu pai Wilson por tudo o que me deram e pela sua contribuição para o que sou. A eles devo toda minha vida.

As minhas irmãs Joselaine e Jacqueline pela amizade verdadeira, apoio e momentos de descontração.

Ao Pedro Henrique, meu sobrinho, pelo amor verdadeiro e por proporcionar momentos de descontração.

Aos meus cunhados, cunhadas, sogro Davi Rotilli, sogra Anna Lúcia GuancinoRotilli (in memoriam), sobrinhas e sobrinhos que sempre me apoiaram e me incentivaram nesta etapa.

Aos amigos, por todo o apoio.

A todos aqueles que direta ou indiretamente acreditaram em mim.

O meu muito obrigado!

“E tudo quanto desejaram os meus olhos não lhes neguei, nem privei o meu coração de alegria alguma; mas o meu coração se alegrou por todo o meu trabalho, e esta foi a minha porção de todo o meu trabalho.”

(Eclesiastes 2:10)

RESUMO

Introdução: Acompanhando tendência mundial, têm-se observado no Brasil, a partir das últimas quatro décadas do século passado, processos de transição que produziram e ainda produzem importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população, impondo para a Saúde Pública novos desafios. Neste contexto foi criada em muitos Países a linha de Cuidados Continuados Integrados (CCI), como uma resposta ao aumento do número de pessoas em situação de dependência funcional. Em Campo Grande (Brasil) esta linha de cuidados está sendo realizada no Hospital São Julião, para atender os pacientes procedentes do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Santa Casa e Hospital Universitário/UFMS. Após um período de no máximo sessenta dias de internação para reabilitação sob responsabilidade da equipe multiprofissional, os pacientes recebem alta para o domicílio com contra referência para a atenção primária e centro de reabilitação. Assim, surge a preocupação com a continuidade aos cuidados após a alta do Hospital São Julião, questionando-se como está ocorrendo a atenção à saúde desses indivíduos e a evolução do quadro de dependência funcional. **Objetivo:** Analisar a continuidade do cuidado à saúde dos indivíduos que participaram e receberam alta do projeto CCI de Campo Grande/MS. **Metodologia:** Estudo seccional quantitativo com base em dados primários e secundários. A população foi composta pelas pessoas que participaram do projeto CCI, na cidade de Campo Grande, no período de outubro de 2013 a dezembro de 2014. Foram incluídos para coleta de dados: entrevista sobre a continuidade do cuidado e o acesso aos serviços de reabilitação no domicílio, questionário sócio econômico demográfico, escala de Barthel e a escala de Lawton. **Resultados:** A amostra foi constituída por 41 indivíduos. Na escala de Barthel e a escala Lawton observou-se que 34 pessoas que deram continuidade à reabilitação apresentaram melhoras significativas e 07 indivíduos que não deram continuidade mostraram piora na capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária e mantiveram as funções nas atividades instrumentais de vida diária. 29 indivíduos relataram não terem episódios de reinternações e 12 tiveram. Em relação à ocorrência de visita de profissionais da saúde no domicílio, 28 indivíduos relataram terem recebido a visita e 13 não receberam. 26 indivíduos receberam a visita de algum profissional que compreende a ESF, destas visitas 16 estavam dentro da área de cobertura da UBSF e dez estavam dentro da área de abrangência da UBS. 15 indivíduos não receberam visitas de nenhum profissional da equipe da estratégia de saúde da família e destes 08 estavam dentro da abrangência da ESF e 07 da UBS. **Conclusão:** Para uma melhor e mais resolutiva continuidade dos cuidados a saúde, é necessário uma reorganização da rede de atenção no que diz respeito ampliação dos serviços de reabilitação em diferentes regiões do município, bem como implantação do serviço de atenção domiciliar aqueles que não têm condições de deslocamento até os serviços de saúde. É fundamental que se analisem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde para que possa garantir a continuidade dos cuidados à saúde.

Palavras-Chave: 1.Continuidade da Assistência ao Paciente 2. Estratégia Saúde da Família 3. Assistência Domiciliar 4.Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Following world trends have been observed in Brazil, from the last four decades of the last century, transitional processes that produced and still produce

important changes in the profile of the disease occurring in the population, imposing to the Public Health challenges. In this context it has been established in many countries the line of Continuous Care (ICC) as a response to the increasing number of people in functional dependency situation. In Campo Grande (Brazil) this line care is being held in São Julião Hospital to meet the patients from the Regional Hospital of Mato Grosso do Sul, Santa Casa Hospital and University / UFMS. After a period of a maximum of sixty days of hospitalization for rehabilitation under the responsibility of the multidisciplinary team, patients are discharged to the household with reference against primary care and rehabilitation center. Thus arises the concern with continuity of care after discharge from Hospital São Julião, questioning as is happening attention to their health and the development of functional dependence. **Objective:** Analyze the continuity of health care of individuals who participated and were discharged from the field of CCI project Grande / MS. **Methodology:** Quantitative cross-sectional study based on primary and secondary data. The population was made up of the people who participated in the ICC project in the city of Campo Grande, in the period from October 2013 to December 2014 were included for data collection: interview about continuity of care and access to rehabilitation services in household, demographic questionnaire socioeconomic, Barthel scale and Lawton scale. **Results:** The sample consisted of 41 individuals. In Barthel scale and Lawton scale it was observed that 34 people continued the rehabilitation showed significant improvements and 07 individuals who did not continue showed worsening ability to perform basic activities of daily life and maintained the duties in instrumental life activities daily. 29 subjects reported not having episodes of readmissions and 12 had. Regarding the occurrence of health professionals in the home visit, 28 individuals reported having been visited and 13 did not. 26 subjects received a visit from a professional who understands the ESF, 16 of these visits were within the BFHU coverage area and ten were within the UBS coverage area. 15 subjects received no professional visits of the family health strategy team and of these 08 were within the scope of the ESF and 07 of UBS. **Conclusion:** For better and more resolute continuity of care health, a reorganization of the care network regarding expansion of rehabilitation services is needed in different areas of the city, as well as implementation of the home care service those who have no displacement conditions to health services. It is essential to analyze elements such comprehensive care, the economic and financial rationality, subjects of care and the coordination with other health services so you can ensure continuity of care to health.

Keywords: 1.Continuity of Patient Care 2. Family health strategy 3. Homecare 4. Rehabilitation.

SUMARIO

LISTA DE TABELAS

1 INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.2 MODELOS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL.....	20
2.2.1 Origens e definições.....	20
2.2.2 Estrutura institucional e proposta de cuidado.....	22
2.2.3 Financiamento.....	24
2.2.4 Relação de custo / benefício.....	25
2.3 O CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM MATO GROSSO DO SUL.....	28
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	31
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 TIPOS DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL E PERÍODO DA COLETA DE DADOS.....	32
4.3 CASUÍSTICA.....	32
4.3.1 Critério de Inclusão.....	32
4.3.2 Critério de Exclusão.....	32
4.4 OBTENÇÃO DE DADOS.....	32
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	33
5 RESULTADOS.....	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	34
5.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE.....	36
5.3 RESULTADOS PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS.....	39
6 DISCUSSÃO.....	47
6.1 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE.....	49

6.2 CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À SAÚDE.....	50
6. 3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	53
7 CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	65
APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO.....	68
APÊNDICE C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO.....	70
ANEXO A AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICO.....	71
ANEXO B - ESCALA DE BARTHEL.....	72
ANEXO C - ESCALA DE LAWTON.....	73
ANEXO D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das classes econômicas dos participantes que compuseram a amostra final do estudo.....	35
Tabela 2 – Os diagnósticos dos participantes do estudo (41).....	36
Tabela 3: Resultados referentes aos escores das escalas de Barthel e de Lawton, identificados no momento da alta hospitalar e nos domicílios.....	37
Tabela 4 – Motivos pelos quais os pacientes foram bem recebidos pelos seus familiares.....	40
Tabelas 5 – Experiências vivenciadas pelos pacientes perante a sociedade.....	42
Tabela 6 – Locais do tratamento de reabilitação pós-alta do programa Cuidados Continuados Integrados (34).....	42
Tabela 7 – Os pacientes que não deram continuidade ao tratamento de reabilitação (07).....	43
Tabela 8 – Tempo de espera para iniciar os atendimentos no CER (25).....	43
Tabela 9 – Duração do tratamento de reabilitação.....	44
Tabela 10 – Causas das reinternações após a alta do programa CCI.....	45
Tabela 11 - Número de profissionais que realizaram visitas domicílios (28).....	45
Tabela 12 – Número de visitas realizadas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.....	47

1 INTRODUÇÃO

A população mundial e do Brasil tem envelhecido e pouco a pouco a pirâmide de distribuição etária tem se modificado tanto para homens quanto para mulheres. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2005).

As doenças crônicas e os agravos agudos da saúde levam milhares de pessoas a procurar os serviços de saúde e muitas vezes com necessidade de internação prolongada. Citam-se nesta situação os acidentes domésticos em idosos, os acidentes de trânsito, acidente vascular encefálico, entre tantos outros (BRANDÃO, 2010).

Com a estabilização do agravo agudo, os indivíduos recebem alta hospitalar, porém muitos ainda apresentam um altíssimo grau de dependência para as funções mais básicas, necessitando de dietas enterais, traqueostomia, bolsa de colostomia, entre outras, e apresentando falta de mobilidade, dificultando as atividades de vida diária, como os cadeirantes, os que utilizam andador ou muletas, colares cervicais e outras órteses (BRANDÃO, 2010).

Na perspectiva de avanços na atenção desta população, em outubro de 2013 foram abertos oito leitos de Cuidados Continuados Integrados (CCI), no hospital São Julião, na modalidade de convalescença para atender pacientes procedentes dos hospitais agudos de Campo Grande (HRMS, Santa Casa, HU/UFMS).

Durante o período de internação no hospital São Julião, a fisioterapia tem como objetivo atingir/manter um nível de funcionalidade adequado a cada indivíduo, minimizando a dependência. Após um período de no máximo sessenta dias de internação para reabilitação pela equipe multiprofissional do Hospital São Julião, os pacientes recebem alta para o domicílio com contrarreferência para a atenção primária.

A atenção primária faz parte da rede de cuidados em saúde e deve ser organizada para acolher e auxiliar os pacientes e familiares (cuidadores) no seu grau de dependência e na possível reabilitação. Tem como objetivo substituir o modelo tradicional de atendimento, descartando o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e propiciando, com isso, um avanço para além da intervenção médica, bem como o estabelecimento de suas ações para e junto à

comunidade, centrada no doente e com ênfase nas ações preventivas, abrangendo o atendimento domiciliar (ARAÚJO; PAIVA, 2011).

Após a alta do projeto, grande parte dos indivíduos necessita dar continuidade à reabilitação, porém muitos têm condições socioeconômicas desfavoráveis, o que dificulta o deslocamento até uma clínica de reabilitação ou o pagamento pelo atendimento domiciliar. Surge, portanto, a preocupação com a continuidade aos cuidados após a alta hospitalar, questionando-se como esses indivíduos estão melhorando ou mantendo a funcionalidade e independência.

Considerando-se que o projeto Cuidados Continuados Integrados é uma iniciativa relativamente recente no estado do Mato Grosso do Sul, torna-se necessário investigar como está ocorrendo a atenção à saúde e a continuidade das ações de reabilitação para as pessoas após a alta do CCI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Acompanhando a tendência mundial, têm-se observado no Brasil, a partir das últimas quatro décadas do século passado, processos de transição que produziram e ainda produzem importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população, que são chamados de transição demográfica, transição nutricional e transição epidemiológica (MALTA et al. 2006).

A chamada Transição Demográfica, um desses processos, procedeu em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários (MALTA et al. 2006).

O envelhecimento é um fenômeno novo ao qual mesmo os países mais ricos e poderosos ainda estão tentando se adaptar (MINAYO, 2012). No mundo todo, a cada segundo duas pessoas comemoram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais e estima-se um crescimento para um em cada cinco por volta de 2050. Na escala mundial, a esperança de vida passou de 47 anos, em 1950-1965, para 65 anos, em 2000-2005, e deverá atingir os 75 anos, em 2045-2050. O envelhecimento da população terá um impacto profundo nas sociedades e

deverá reter cada vez mais a atenção dos decisores políticos no século XXI (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Esta mudança no perfil demográfico, iniciada na segunda metade dos anos 70, aponta que para o ano de 2025 existirá no Brasil aproximadamente 30 milhões de idosos, que representarão 15% da população total (CATTANI; PERLINI, 2004).

O envelhecimento é um processo que apresenta inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos caminhos escolhidos e dos determinantes desse envelhecimento: ótima ou péssima qualidade de vida com variadas situações intermediárias (TAMAI, 2010).

No jogo do envelhecimento quem determina é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Mesmo que a grande maioria dos idosos seja portador de, pelo menos, uma doença crônica e nem todos ficam limitados por essas doenças e muitos levam vida normal, com as suas enfermidades controladas e expressam satisfação na vida. Um idoso com uma ou mais doença crônica pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas (RAMOS, 2003).

Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos, capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente serão considerados como saudáveis (RAMOS, 2003).

No final dos anos 90, a Organização Mundial da Saúde passou a utilizar o termo “envelhecimento ativo”, na tentativa de transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, reconhecendo além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Define-se, então, como envelhecimento ativo o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (TAMAI, 2010).

Quanto mais o indivíduo envelhece, maior é a chance de apresentar redução de sua capacidade funcional. A população idosa pode apresentar um perfil de fragilização reduzindo progressivamente a capacidade funcional levando à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis. O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (MORAES, 2012).

Esse fenótipo da fragilidade ou *frailty* está presente em cerca de 10% dos idosos e é maior com o aumento da idade, sexo feminino, baixo nível socioeconômico, presença de comorbidades, particularmente, o diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, respiratórias e osteoarticulares. O reconhecimento dos idosos frágeis é fundamental para o planejamento das ações em saúde (MORAES, 2012).

Outros critérios de fragilidade valorizam a idade ou a utilização excessiva dos serviços de saúde. No Reino Unido, todo idoso acima de 75 anos é avaliado anualmente pela atenção primária (*General Practitioner-GP*), de forma multidimensional. Alguns programas são direcionados aos indivíduos que mais utilizam o sistema de saúde ou aqueles que demandam maior custo financeiro (MORAES, 2012).

Os idosos frágeis, por sua vez, podem ser portadores de condições múltiplas, com alto grau de complexidade clínica, poli-incapacidades ou dúvida diagnóstica ou terapêutica. Nesse caso, são classificados como idosos frágeis de alta complexidade. Nos extremos dessa classificação clínico-funcional temos os idosos robustos, que são independentes para todas as atividades de vida diária e portadores de condições clínicas mais simples, e os idosos em fase final de vida, que apresentam alto grau de dependência física e baixa expectativa de sobrevida (MORAES, 2012).

Apesar dos esforços despendidos para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase. O idoso doente traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência ou deficiência motora, visual, auditiva, mental e múltipla (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; BRASIL, 2003).

Outro processo que provoca mudanças no perfil das doenças é a transição nutricional que advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (MALTA et al. 2006).

E por fim, a transição epidemiológica que redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à disparidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um "modelo polarizado de transição". Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento

da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A transição epidemiológica, decorre da urbanização e industrialização acelerada, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente gerando o aumento de deficiências (MALTA et al. 2006; AMIRALIAN et al. 2000).

As condições crônicas envolvem todas as doenças crônicas, mais as doenças transmissíveis de curso longo (tuberculose, hanseníase, HIV/Aids e outras), as condições maternas e infantis, os acompanhamentos por ciclos de vida (puericultura, herbicultura e seguimento das pessoas idosas), as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras e deficiências motoras persistentes) e os distúrbios mentais de longo prazo, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito (MENDES, 2010; BRASIL, 2003).

No Brasil, o crescente aumento do número de veículos nas últimas décadas, em especial a frota de motocicletas como meio de trabalho, por ser ágil, econômico e de custo reduzido, também tem sido um fator que contribui para a manutenção das elevadas taxas de acidente de trânsito (WAISELFISZ, 2013).

Dados do Ministério da Saúde revelam que os acidentes de trânsito causaram 161,7 mil internações em todas as unidades de referência em alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2012, e o número tem aumentado nos últimos três anos. Em 2011, o Brasil teve 155,7 mil internações e, em 2010, 147,7 mil. Só em 2011, 42.425 pessoas perderam a vida no trânsito, e os custos com os tratamentos são cada vez maiores: em 2010, foram R\$ 190,3 milhões, no ano seguinte, R\$ 204,6 milhões e em 2012 foram R\$ 215,2 milhões (GONDIM, 2013).

Segundo dados do Departamento de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), o número total de indenizações pagas por morte, invalidez permanente e reembolso por despesas médico-hospitalares cresceu 28% no primeiro trimestre de 2013, na comparação com 2012. O mais preocupante é que os casos de invalidez permanente representam 68% desse total, segundo a Seguradora Líder DPVAT, que administra o seguro nacional. No Brasil, foram pagos 85.286 benefícios por invalidez nesse período (WAISELFISZ, 2013).

Um levantamento mais recente realizado pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação mostra que, de todas as causas externas, os acidentes de trânsito são os maiores responsáveis pelas internações nas unidades da Rede (Brasília, Salvador,

Belo Horizonte, São Luís e Fortaleza). Entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2013, eles representaram 44,8% das origens que motivaram a chegada e permanência dos pacientes nos hospitais. As agressões por arma de fogo aparecem em segundo lugar e respondem por 21,1%. As quedas foram responsáveis por 16,3% (GONDIM, 2013).

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, firmemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. O desafio do financiamento das ações é um deles. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS) se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica (MENDES, 2010).

Assim torna-se imprescindível promover mudanças nas políticas de saúde e de solidariedade social, as quais devem ser capazes de desenvolver respostas que possam contribuir para a manutenção e restauração da dignidade e da qualidade de vida e para atenuar o sofrimento dos indivíduos que se encontrem em situação de grau de dependência e perda de autonomia funcional (ALMEIDA, 2012).

Neste contexto, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 em Portugal, foi criada na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com o objetivo de ser construído um modelo de intervenção capaz de contribuir para a solução de diversos problemas criados pela fragmentação dos serviços sociais e de saúde (ALMEIDA, 2012; DIAS; SANTANA, 2009).

Em 16 de Março de 2006 o Conselho de Ministros de Portugal aprovou o diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde (RNCCI) a Idosos e Dependentes, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social.

No Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde, definida como um “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” (PORTUGAL, 2006, p. 3857).

Há vários anos que os diferentes países na Europa e fora dela, acionaram estratégias para darem resposta às crescentes necessidades de cuidados, uma das estratégias utilizada são os cuidados integrados vistos como uma solução para a fragmentação e a descontinuidade, características dos sistemas sociais e de saúde na Europa. No entanto, os modelos de organização dos cuidados e das respostas revelam - se bastante diferentes entre esses países (LOPES et al., 2010; DIAS; SANTANA, 2009).

Os cuidados integrados não são um fim em si mesmo. O objetivo geral da Rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) é cuidar de pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. (PORTUGUAL, 2006).

A finalidade da RNCCI é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus usuários no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar. (ALMEIDA, 2012).

As entidades que prestam cuidados continuados podem ser públicas e privadas. As entidades públicas são os hospitais, Centros de Saúde, enquanto as privadas são instituições particulares de solidariedade social (IPSS), Misericórdias, etc, que prestam cuidados continuados ao abrigo de acordos celebrados com o Estado (BETTENCOURT et al. 2009).

A estrutura operacional é constituída pela Equipe de Coordenação Local (ECL) e pelas equipas prestadoras que funcionam sob a dependência da ECL; funcionando ambas sob a coordenação da entidade gestora. A prestação de cuidados vai ser assegurada através de unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias (PORTUGAL, 2006).

Das Unidades de internação fazem parte as unidades de convalescença , as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos (LOPES et al. 2010).

As unidades de convalescença são unidades de internação, independentes, que podem estar integradas em hospitais de agudos ou em outras instituições. A sua finalidade é a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (LOPES et al., 2010).

As unidades de média duração e reabilitação são unidades de internação com espaço físico próprio, mas que articulam com o hospital. Têm por finalidade responder a necessidades transitórias promovendo a reabilitação e independência, em situação clínica decorrente de um processo agudo ou descompensação de processo crônico, cuja previsibilidade de dias de internação seja superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. Estas unidades devem assegurar cuidados médicos diários, enfermagem permanente, fisioterapia e terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene e conforto, alimentação, convívio e lazer (MENDES, 2010).

As unidades de longa duração e manutenção destinam-se à prestação de cuidados de saúde de manutenção a pessoas com diferentes níveis de dependência e que não aglomeram condições para serem cuidadas no domicílio. Tem por finalidade prestar cuidados a fim de prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência favorecendo conforto e qualidade de vida, num período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Pode, porém, este período ser até 90 dias por ano em situações temporárias, em caso de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador. São assegurados cuidados médicos, cuidados diários de enfermagem, atividades de manutenção e estimulação, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controle fisiátrico periódico, fisioterapia e terapia ocupacional, higiene, conforto e alimentação (LOPES et al., 2010).

As unidades de cuidados paliativos localizam-se preferencialmente no hospital para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica aos doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa, avançada, incurável e progressiva. Os serviços prestados assemelham-se aos anteriormente referidos para as restantes tipologias acrescentando-se a consulta de acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades e o acompanhamento psicossocial e espiritual (BAPTISTA, 2012).

Os cuidados Continuados Integrados no Brasil são também executados pela atenção básica e de maneira especial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família é colocada como uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, possibilitando-se que efetivamente sejam colocados em práticas os princípios que norteiam o SUS, como: integralidade da assistência, universalidade, equidade,

participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento. E ainda, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família é tida como um atendimento primário que visa reorganizar e reorientar a atenção à saúde. Tem como objetivo substituir o modelo tradicional de atendimento, descartando o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e propiciando, com isso, um avanço para além da intervenção médica, bem como o estabelecimento de suas ações para e junto à comunidade, centrada na doença e com ênfase nas ações preventivas, abrangendo o atendimento domiciliar (ARAÚJO; PAIVA, 2011).

O atendimento domiciliar representa um modo diferenciado de se cuidar da saúde, pois, por meio desta, permite-se uma maior proximidade com as famílias para o desenvolvimento de intervenções e ações destinadas à promoção e prevenção (SAKATA et al. 2007). É uma prática fundamental na intervenção e continuidade de qualquer forma de assistência ou atenção domiciliária, por subsidiar as intervenções ou o planejamento de ações de saúde (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família privilegia a integralidade e a singularidade da pessoa inserida em um contexto sociocultural e familiar e pretende, assim, romper com uma prática de atenção à saúde individualizada e descontextualizada. Além disso, o foco do trabalho na equipe possibilita deslocar o médico ou o atendimento médico do centro das ações de saúde, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e uma concepção de saúde ampliada para além da ausência de doença (CAMARGO-BORGES, 2007).

Para desenvolver suas propostas, a Estratégia de Saúde da Família conta com uma equipe multidisciplinar formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro ou seis agentes comunitários de saúde, os quais funcionam como o elo entre a equipe e a comunidade, o saber científico e o popular. O odontólogo foi posteriormente integrado à equipe de saúde da família. Outros profissionais podem ser incluídos nas equipes dependendo da necessidade da região (ARAÚJO; PAIVA, 2011).

Ao problematizar a participação de diversos profissionais da área da saúde para atuação na Estratégia de Saúde da Família, em 2008, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 154 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o

objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e expandir a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária no Brasil, possibilitando uma maior capacitação das equipes de saúde da família para lidar com o cotidiano (BRASIL, 2009).

O CCI no Brasil é um desafio para o sistema de saúde que busca proporcionar respostas adequadas às pessoas com dependência e apoio as famílias através de uma rede articulada com cuidados hospitalares e cuidados básicos, promovendo promoção, recuperação e manutenção de conforto e qualidade de vida por meio da prevenção, reabilitação, readaptação e reintegração social.

2.2 MODELOS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL.

Os modelos de Cuidados Integrados revelam diferenças entre os países. E a ausência de consenso, decorrente das especificidades das políticas de saúde e de segurança social de cada país, cria 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 et al. 2010).

2.2.1 Origens e definições

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho é definido em Portugal os Cuidados Continuados Integrados (CCI) como o conjunto de respostas as demandas de cuidados à saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação em equipe, centrado na recuperação global entendida como o 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, 2006).

No Reino Unido, surge como resposta integrada o *NHS Continuing Healthcare*, 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 CONFEDERATION, 2012).

Nos Estados Unidos, *Chronic Care Model* (CCM) foi desenvolvido pelo Instituto *MacColl for Healthcare*, instituído em 1999 e atualizado em 2003. O modelo realiza uma abordagem integrada da doença crônica, com visão global do sistema de saúde e atenção centrada no paciente. Procura alinhar as intervenções preventivas, curativas e de reabilitação, coordenada com recursos existentes e garantindo a continuidade dos cuidados (SOLINÍS, 2008; ALT; SCHATELL, 2008).

Outro modelo de Cuidados Integrados no EUA foi descrito por Moura (2014), o modelo Kaiser Permanente. Foi criado em 1945 e tem como alvo os cuidados ao doente crônico, estratificado em função do risco, associando a prevenção, o suporte à autogestão, a gestão da doença e a gestão de casos de elevada complexidade.

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 se encontrem 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 (BÉLAND; HOLLANDER, 2011 ; MOURA, 2014).

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; HOLLANDER, 2011; VERAS, 2014).

O *Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA) é um modelo 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 no nível regional e local; um único ponto 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) ele é incorporado (VERAS, 2014; HÉBERT et al. 2009).

2.2.2 Estrutura institucional e proposta de cuidado

Foram identificados sobre este tema 10 estudos (23,0%). Os textos abordam a formação da base institucional e as linhas de cuidado.

Nos CCI 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) (PORTUGAL, 2006; LOPES et al., 2010).

As Unidades de Convalescença proporcionam os cuidados através de médicos, enfermeiros, exames complementares, laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de medicamentos, fisioterapia, apoio psicológico e social, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer (PORTUGUAL, 2006).

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 (PORTUGUAL, 2006).

O *NHS Continuing Healthcare* oferece serviços para indivíduos não hospitalizados. Os serviços são oferecidos por equipes multidisciplinares especializadas, podem ser recebidos no domicílio ou num lar para idosos. Se o caso for elegível para continuar NHS no domicílio (por exemplo, serviços de uma enfermeira ou terapeutas especialistas) e as necessidades de cuidados sociais associados (por exemplo, cuidado pessoal, tarefas domésticas, ajuda para tomar banho, vestir, preparação de alimentos e compras). Em um lar para idosos, o NHS paga as despesas relativas ao alojado (DEPARTMENT OF HEALTH, 2013).

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; MULLER; RESEARCH, 2009).

E 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 prazo (BÉLAND; HOLLANDER, 2011). 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 a prestar é efetuado conjuntamente pela equipe, indivíduo e família (MOURA, 2014; HIRTH; BASKINS; DEVER-JUMBA, 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 (VERAS et al. 2014). 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 et al. 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 et al. 2003; VERAS et al. 2014).

2.2.3 Financiamento

A partir da análise de 8 (18,4%) referenciais foram descritos os diferentes tipos de financiamento dos modelos de Cuidados Integrados.

No que diz respeito ao financiamento, a partir de uma visão panorâmica internacional destacam se algumas disposições no âmbito da implementação de estratégias e modelos de organização, prestação e financiamento de CCI. 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 dos CCI varia na União Européia, 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 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 (DEPARTMENT OF HEALTH, 2013).

O Kaiser Permanent (KP) 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; MELO, 2012; MCCARTHY; MULLER; RESEARCH, 2009).

O KFHP e KFH são empresas sem fins lucrativos, onde o KFHP é responsável pelas vendas do plano de saúde e distribuição regional dos contratos para os indivíduos e o público. Já o KFH realiza a organização dos cuidados em regime de internação, cuidados prolongados, e casa de saúde para associados (BALIARDO; MELO, 2012; MCCARTHY; MULLER; RESEARCH, 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*, também, incluindo aqueles 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; BASKINS; DEVER-JUMBA, 2009; ROWLAND; LYONS, 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; BASKINS; DEVER-JUMBA, 2009; ROWLAND; LYONS, 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 (HIRTH; BASKINS; DEVER-JUMBA, 2009). 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).

2.2.4 Relação de custo / Benefício

Na prática, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Portugal (RNCCI) sobrepôs uma nova estrutura necessitando de novos recursos financeiros para manter a 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. Funciona baseado em equipes multidisciplinares e com serviços desconectados (o oposto dos modelos de Cuidados Integrados), desenvolvido especialmente para beneficiar pessoas com necessidades de apoio médico e cuidados prolongados em nível comunitário (GOLDEN; SMITH, 2012).

O estudo supracitado foi utilizado para comparar 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; HOLLANDER, 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 U\$ 3,390 e 22% menores para os cuidados institucionais, totalizando redução de 3,770 dólares (BÉLAND; HOLLANDER, 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; HOLLANDER, 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 et al. 2004; CROSSON; MADVIG, 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 evitam a duplicação de serviços gerando, conseqüentemente, a redução de custos e proporcionando uma melhor resposta às necessidades de saúde da comunidade (PORTUGAL, 2011).

O modelo Cuidados Continuados Integrados esta sendo implantado no Brasil de forma semelhante ao modelo desenvolvido na Espanha e em Portugal. Oferece serviços para todos os indivíduos que estejam em situação de dependência, independentemente da idade, o *NHS Continuing Healthcare* do Reino Unido proporcionam os seus serviços para todas as pessoas maiores de 18 anos que necessitem de cuidados continuados. Enquanto os modelos PACE, SIPA e o Prisma oferecem os cuidados somente para os idosos. E todos os modelos garantem a prestação de cuidados de saúde e apoio social promovendo a continuidade dos cuidados.

Quadro 1 – Modelos de Cuidados Integrados

MODELOS	CCI- PORTUGAL	NHS Continuin g Healthcare – Rei noUnido	Kaiser – Estados Unidos	PACE – EUA	SIPA – Canadá	PRISMA - Canadá
Perfil do beneficiário	Pessoas em situação de dependência	Pessoas com mais de 18 anos	Doente crónico	Idosos frágeis	Idosos frágeis	Idosos frágeis
Estrutura institucional e proposta de cuidado	Unidades de internação, unidades de ambulatório, equipes hospitalares e equipes domiciliares	No domicílio ou no lar para idosos	Em 35 hospitais e 431 consultórios médicos	Serviços a nível hospitalar, comunitário e domiciliar	Estrutura Institucional e comunitária	Serviços Institucionais

(conclusão)

MODELOS	CCI- PORTUGAL	NHS Continuin g Healthcare – Rei noUnido	Kaiser – Estados Unidos	PACE – EUA	SIPA – Canadá	PRISMA - Canadá
Financiamento	Depende dos sistemas e das populações;	Serviço Nacional de Saúde	Plano Kaiser Fundação de Saúde,	Medicare e Medicaid	-	-

	Financiamento público e privado		Kaiser Fundação em Hospitais e Grupos Permanent e de médicos			
Relação de custo-benefício	Não reduziu os desperdícios hospitalares/ redução na ocupação dos leitos hospitalares		Os custos totais não diminuíram, mas a qualidade dos cuidados melhoraram	Wisconsin Partnership Program – Redução na taxa de ocupação dos leitos hospitalares e participação mais ativa dos médicos	Ensaio clínico randomizado. Não houve aumento e nem redução dos custos, mas diminuiu a utilização de todos os serviços nos hospitais. internação	Um projeto quase-experimental. Houve a diminuição de custos, devido a reduções de readmissões hospitalares.

Fonte: A autora

2.3 O CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM MATO GROSSO DO SUL

A linha de cuidados continuados é um projeto-piloto que está sendo executado em Campo Grande no Hospital São Julião, na região de Franca/SP, Piauí e Paraná/PR. Conta com apoio do Ministério da Saúde, Centro de Estudo Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), Hospital Samaritano e GESAWORLD.

A cidade de Campo Grande atende vários municípios da região e tem área física hospitalar reestruturada para seu funcionamento, bem como a equipe de reabilitação contratada e capacitada. Os profissionais que iniciaram os atendimentos nas equipes de assistência foram capacitados ao longo de 2013.

Diversos protocolos foram pactuados e implantados para avaliação inicial e monitoramento dos pacientes. Foi estabelecida uma estratégia de articulação com a rede psicossocial e de saúde entre o Hospital São Julião e os gestores de área técnica de saúde e assistencial social do estado de Mato Grosso do Sul no município de Campo Grande. Os instrumentos de avaliação permitem mensurar o grau de evolução dos pacientes no que se refere às atividades básicas, instrumentais da vida diária, função do estado mental, a depressão nos idosos, o risco social, o índice de comorbidades, risco de úlceras por pressão, o equilíbrio e a marcha, fragilidade e a sobrecarga do cuidador. Até o momento não foi proposto um instrumento de avaliação pós-alta considerando a interface com a atenção primária e secundária. Em Mato Grosso do Sul a linha de Cuidados Continuados Integrados foi inserida no Hospital São Julião, como unidade de convalescência de média duração e reabilitação (UMDR). A UMDR é uma unidade de internação, que inicialmente funcionava em um pavilhão adaptado/reformado denominado Pousada dos Pássaros. Em novembro de 2015 foi inaugurado o espaço físico próprio, o pavilhão Dom Aldo Rabino.

A linha de Cuidados Continuados Integrados está articulada com os hospitais de agudos de Campo Grande: Hospital Universitário HUMAP/EBSERH, Associação Beneficente de Campo Grande (ABCG), Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), que realizam a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crônico, pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

Uma vez superada a fase aguda, as equipes intra hospitalares para a gestão das altas (EGAS) nos hospitais agudos, identificam e avaliam o perfil dos pacientes, para uma possível internação na UMDR, onde realizará um tratamento em médio prazo, os recursos de reabilitação, cuidados médicos e cuidados de enfermagem, com objetivos de recuperar a independência, voltar para casa e reintegrar-se a comunidade.

As EGAS ao identificar o pacientes com os seguintes critérios de inclusão: Dependência recente, necessidades de cuidados de enfermagem, necessidades de técnicas de reabilitação, aspiração de secreções, sonda nasogástrica, cuidados úlceras e feridas, cuidados ostomias, medicação parenteral, oxigênio, enfermidade crônica estável com alto risco de descompensação.

Requerem a vaga para a UMDR através do relatório de pré alta, onde consta: a identificação do paciente, dados do paciente, data de internação hospitalar e data prevista de alta, diagnóstico médico, antecedentes patológicos relevantes, diagnóstico de enfermagem, medicações, objetivos da solicitação de internação (Recuperar capacidade funcional global, retirar sonda vesical, tratamento de úlceras e etc.), previsão de dias de internação na UMDR, situação funcional e avaliação da situação sócio-familiar.

A admissão na UMDR é realizada pelo médico ou enfermeiro. E de imediato a equipe multiprofissional (Fisioterapeuta, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Fonoaudiólogo e Odontólogo) e o Médico discutem a pré alta, avaliam o paciente, aplicam escalas e elaboram plano terapêutico – PTS sem a participação da família e do paciente, incluindo os objetivos e metas a serem alcançados de acordo com a necessidade de reabilitação de cada indivíduo, sem . Após cumprir 50% do tratamento reabilitador, a equipe multiprofissional se reúne para reavaliar o paciente, analisando a evolução, as dificuldades e ajuste no plano terapêutico.

No término do tratamento estipulado para a reabilitação o paciente recebe alta levando consigo os relatórios de alta de cada profissional, os moradores de Campo Grande são encaminhados para o Centro Especializado em Reabilitação (CER), entretanto o CER possui outras demandas de serviços e não temos informações suficientes se estão conseguindo dar o seguimento em todas as necessidades de reabilitação dos egressos.

Outra questão preocupante é o transporte, onde o paciente com um grau de dependência, especialmente os tetraplégicos e os hemiplégicos apresentam dificuldades para se locomoverem, como à falta de recursos financeiros para contratar uma ambulância e outros não possuem veículos próprios, tornando inviável a continuidade dos cuidados de reabilitação no CER, pois ainda não se dispõe de um serviço de transporte sanitário com ampla cobertura em Campo Grande.

Considera-se extremamente necessário a reavaliação global destes pacientes após a alta da UMDR do Hospital São Julião para a caracterização da situação de saúde e a capacidade instalada da rede de serviços em propiciar condições de saúde favoráveis a esses pacientes.

3. OBJETIVOS

3. 1 OBJETIVO GERAL

Analisar a continuidade do cuidado à saúde dos indivíduos que participaram e receberam alta do projeto Cuidados Continuados Integrados “CCI” de Campo Grande/MS.

3. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar o acesso aos serviços de reabilitação indicados aos usuários após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados no Hospital São Julião.

b) Identificar as principais dificuldades para a continuidade do cuidado no domicílio.

c) Avaliar a evolução dos usuários em relação às atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais de vida diária após a alta do projeto.

d) Investigar o acompanhamento de profissionais da Estratégia de Saúde da Família na continuidade do cuidado de tais usuários.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo seccional quantitativo com base em dados primários e secundários.

4.2 LOCAL E PERÍODO DA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro de 2015 a abril de 2015, no Hospital São Julião e no domicílio dos indivíduos que participaram do projeto Cuidados Continuados Integrados (CCI), em Campo Grande (MS).

4.3 CASUÍSTICA

A população foi composta pelas pessoas que estiveram sob o cuidado do projeto CCI, na cidade de Campo Grande, no período de outubro de 2013 a dezembro de 2014.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos todas as pessoas que estiveram sob o cuidado do projeto CCI, no período de outubro de 2013 a dezembro de 2014, moradores urbanos da cidade de Campo Grande, no estado de Mato Grosso do Sul.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles que estavam internados no momento da avaliação domiciliar, os que foram a óbito e os que mudaram de cidade ou estado.

4.4 OBTEÇÃO DOS DADOS

Inicialmente o projeto de pesquisa foi apresentado ao Hospital São Julião, para conhecimento e autorização oficial para a realização do estudo (Apêndice C).

Foram solicitados os prontuários e a partir deles foram coletados os dados secundários provenientes dos resultados das escalas de Barthel e Lawton e os diagnósticos da internação.

Tais dados foram preenchidos no momento da alta do projeto Cuidados Continuados Integrados. A pesquisadora entregou ao hospital o termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa (Anexo D). Na sequência, os pacientes foram contatados via telefone e convidados para participar do estudo. Foi agendada uma visita no domicílio dos mesmos para realização da coleta dos dados primários. Os pacientes ou responsáveis legais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a participação neste estudo (apêndice A).

Em seguida foram aplicadas e gravadas as entrevistas junto ao paciente ou responsável legal, referente à continuidade do cuidado e o acesso aos serviços de

reabilitação no domicílio (Apêndice B) e aplicado o questionário socio-econômico-demográfico (Anexo A) (ABEP, 2009).

Na sequência foram aplicadas as escalas de Barthel (BASSEDA; SANJUÁN, 2006) e Lawton (LAWTON; BRODY, 1969), conforme o Anexo B e C, respectivamente. A primeira visa avaliar as atividades básicas da vida diária (AVD), e é constituída por dez elementos com escore de 0 a 100, sendo que a pontuação menor de 20 é considerada dependência total; de 20 a 35 dependência grave, 40 a 55 dependência moderada e a pontuação igual ou maior de 60 é dependência leve. A escala de Lawton avalia as atividades básicas instrumentais de vida diária (AIVD). É formada por oito questões com pontuações diferenciadas para homens e mulheres, e são considerados anormais pontuações menores que cinco pontos para os homens e menores que oito pontos para as mulheres.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com utilização de dados primários e secundários foi realizado o cadastro da pesquisa na Plataforma Brasil para subsequente análise pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para autorização de realização de pesquisa com seres humanos, conforme a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Estudo foi aprovado pelo CEP com número do parecer nº.911.999.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi elaborado um banco de dados em planilha de Excel para inclusão do questionário Socioeconômico e demográfico, analisado por meio do Critério de Classificação Econômica, da Associação brasileira de empresa de pesquisa (ABEP, 2009), o qual é constituído por dados sobre grau de instrução do paciente e itens de posse da família. Cada informação se refere a um numero de pontos que são somados gerando uma pontuação, que na escala de estratificação econômica corresponde à classe econômica a qual o paciente pertence.

Os dados provenientes das escalas de Barthel e Lawton foram comparados entre os dois momentos de avaliação: o da alta do projeto Cuidados Continuados Integrados e no domicílio, e foram analisadas por meio do teste t-student pareado,

considerando $p < 0,05$ significativa. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabela e gráficos. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%.

As entrevistas foram transcritas e, em cada questão, as respostas foram agrupadas em categorias que expressam os sentidos de cada resposta. Foram calculadas as frequências de cada categoria, considerando o número total de respostas obtidas em cada pergunta.

5 RESULTADOS:

Neste estudo foram inicialmente incluídos 76 pacientes, sendo que destes 46,1% ($n=35$) foram excluídos, permanecendo amostra de um total de 41 pacientes (53,9%). Os motivos de exclusão foram: 42,9% ($n=15$) por impossibilidade de contato telefônico (telefones desligados ou não atenderem à chamada), 34,3% ($n=12$) por mudança de cidade, 20,0% ($n=7$) por óbito e 2,9% ($n=1$) por recusa à participação do estudo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dentre os 41 participantes do estudo, 63,4% ($n=26$) deles eram do sexo masculino e 36,6% ($n=15$) eram do sexo feminino; a idade variou entre 18 e 92 anos, com média de $53,60 \pm 2,98$ anos (média $\pm$ erro padrão da média).

Foi utilizado, o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para apresentar os resultados referentes às variáveis socioeconômicas e demográficas. Segundo a ABEP (2012), o CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto) e o grau de escolaridade do indivíduo para estimar o poder de compra, pontuando e classificando em classes econômicas definidas por A1 (42-46 pontos), A2 (35-41 pontos), B1 (29-34 pontos), B2 (23-28 pontos), C1 (18-22 pontos), C2 (14-17 pontos), D (08-13 pontos), E (0-7 pontos).

Observou-se que a classe econômica predominante é a C2 com doze (12) participantes, seguindo com as classes econômicas C1 e D, com onze (11) participantes classificados em cada uma delas. Na classe B2 houve 04 participantes

e nas classes A2, B1 enquadraram-se 01 participante em cada uma delas. Conforme ilustrado na tabela 1.

Tabela 1 - Classificação das classes econômicas dos participantes que compuseram a amostra final do estudo.

Identificação dos sujeitos	Posse de itens	Grau escolaridade do paciente	Classe econômica
1	28	8	A2
2	25	8	B1
3	21	2	B2
4	20	8	B2
5	24	4	B2
6	19	4	B2
7	14	4	C1
8	18	2	C1
9	19	2	C1
10	16	4	C1
11	20	0	C1
12	18	0	C1
13	18	2	C1
14	21	0	C1
15	18	4	C1
16	19	1	C1
17	20	2	C1
18	16	0	C2
19	14	2	C2
20	13	2	C2
21	11	4	C2
22	15	0	C2
23	17	0	C2
24	12	2	C2
25	16	0	C2
26	11	4	C2
27	16	0	C2
28	12	4	C2
(CONCLUSÃO)			
Identificação dos sujeitos	Posse de itens	Grau escolaridade do paciente	Classe econômica
29	17	0	C2
30	14	0	D
31	11	2	D
32	11	2	D
33	12	0	D
34	11	2	D
35	12	0	D
36	11	2	D
37	11	0	D

38	11	0	D
39	8	0	D
40	8	1	E
41	0	0	E

Fonte: A autora

Os motivos da internação no programa Cuidados Continuados Integrados estão demonstrados na tabela 2.

Tabela 2 – Os diagnósticos dos participantes do estudo (41)

Diagnóstico	Nº de casos	%
Acidente vascular cerebral	19	46,4
Lesão medular	10	24,4
Neurotoxoplasmose	3	7,4
Neuropatias	2	4,9
Hipertensão arterial sistêmica	2	4,9
Traumatismo crânioencefálico	1	2,4
Aneurisma	1	2,4
Paralisia cerebral	1	2,4
Síndrome de Wernick-Korsakoff	1	2,4
Síndrome de Guillain-Barre	1	2,4
Total	41	100

Fonte: A autora

5.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

As avaliações nos domicílios foram realizadas com no mínimo 60 dias após a alta do programa Cuidados Continuados Integrados para que fosse possível avaliar a continuidade do cuidado e a evolução do quadro funcional. Os resultados referentes às médias dos escores provenientes das escalas de Barthel e de Lawton, nos momentos da alta hospitalar e nos domicílios estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Resultados referentes aos escores das escalas de Barthel e de Lawton, identificados no momento da alta hospitalar e nos domicílios.

Escala	Momento de avaliação		Valor de p
	Alta	Domicílio	

Barthel	65,12±4,86	75,24±4,26	0,025
Lawton	3,07±0,37	3,81±0,39	0,016

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste t-student pareado.

Fonte: A autora

Observou-se diferença estatística significativa entre os resultados da escala de Barthel nos dois momentos avaliados. Na alta hospitalar o escore foi de 65,12±4,86 pontos, enquanto que no domicílio ele foi de 75,24±4,26 pontos, sendo que o escore no domicílio foi significativamente maior do que aquele na alta (teste t-student pareado, $p=0,025$). Estes resultados estão ilustrados na Figura 1.

Figura 1 – Resultados da escala de Barthel nos dois momentos avaliados.

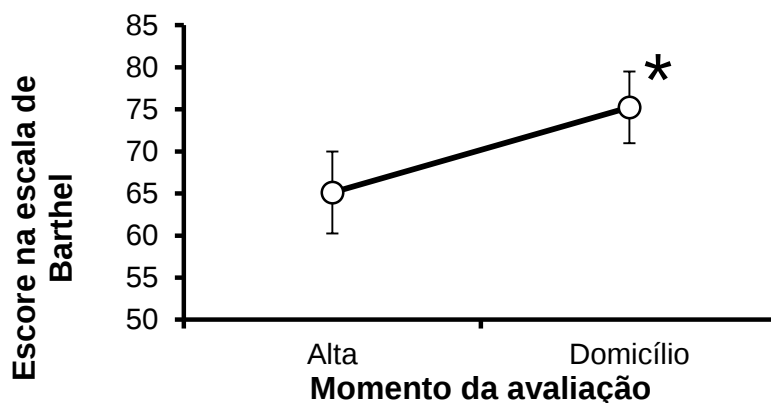


Figura 1: Gráfico apresentando o escore na escala de Barthel de acordo com o momento da avaliação. Cada símbolo representa à média e a barra o erro padrão da média. * Diferença significativa em relação ao momento da alta hospitalar (teste t-student pareado, $p=0,025$).

Na escala de Barthel a pontuação menor que 20 é ponderada como dependência total; de 20 a 35 dependência grave, 40 a 55 dependência moderada e a pontuação igual ou maior de 60 é considerada dependência leve (LAWTON; BRODY, 1969). Nota-se que a média dos participantes no momento da alta e no momento da avaliação nos domicílios apresentou dependência leve nas atividades básicas de vida diária, com melhora na avaliação no domicílio.

Em relação ao escore na escala de Lawton, no momento da alta hospitalar o escore foi de 3,07±0,37 pontos, enquanto que no domicílio ela foi de 3,81±0,39 pontos, sendo que o escore no domicílio também foi significativamente maior do que aquele

apresentado no momento da alta (teste t-student pareado, $p=0,016$). Estes resultados estão ilustrados na Figura 2.

Figura 2 – Resultados da escala de Lawton nos dois momentos avaliados.

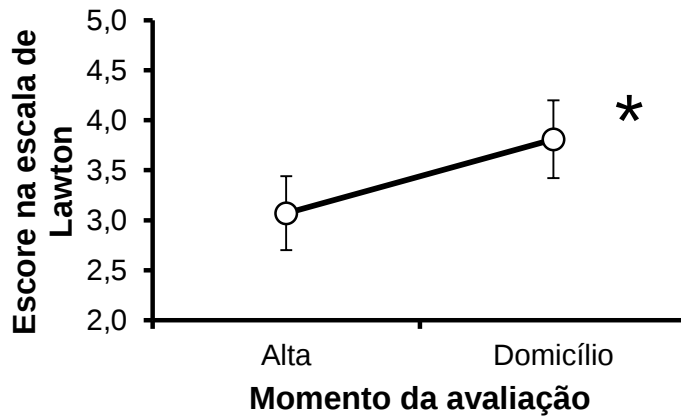


Figura 2: Gráfico apresentando o escore na escala de Lawton de acordo com o momento da avaliação. Cada símbolo representa à média e a barra o erro padrão da média. * Diferença significativa em relação ao momento da alta hospitalar (teste t-student pareado, $p=0,016$).

Na escala de Lawton as pontuações são diferentes em relação ao sexo, no total são consideradas anormais pontuações menores que cinco para os homens e menores que oito para as mulheres. Observa-se nos escores obtidos que houve melhoras em relação às atividades instrumentais de vida diária, porém mantiveram pontuações consideradas anormais.

Foram analisados separadamente os escores provenientes das escalas de Barthel e Lawton dos participantes que deram continuidade ao tratamento de reabilitação após a alta dos que não deram continuidade.

Observa-se na escala de Barthel, os 34 participantes que deram continuidade no tratamento de reabilitação obtiveram o escore de $60,29 \pm 5,40$ pontos no momento da alta hospitalar e no domicílio foi de $74,41 \pm 4,78$ pontos, sendo que o escore no domicílio foi significativamente maior do que aquele coletado no momento da alta (teste t-student pareado, $p=0,004$). Os 07 participantes que não deram continuidade ao tratamento de reabilitação (07) tiveram a média de $88,57 \pm 5,63$ pontos durante a alta e $79,28 \pm 9,66$ pontos no domicílio, sendo que o escore no domicílio foi significativamente menor em relação ao da alta.

Ressalta-se que os escores dos pacientes que deram continuidade ao tratamento de reabilitação aumentaram, enquanto os que não deram continuidade os

escores diminuíram, mostrando que estes últimos estão mais dependentes em relação às atividades básicas de vida diária (test t-student pareado, $p=0,41$).

Na escala de Lawton os 34 participantes que deram continuidade ao tratamento de reabilitação apresentaram o escore no momento da alta de $2,82 \pm 0,40$ pontos e no domicílio de $3,73 \pm 0,44$ pontos, sendo que o escore no domicílio foi significativamente maior em relação ao do momento da alta (teste t-student pareado, $p=0,016$). Os 07 participantes que não deram continuidade ao tratamento de reabilitação obtiveram o escore no momento da alta de $4,28 \pm 0,89$ pontos e no domicílio $4,14 \pm 0,82$ pontos, sem diferenças estatísticas significantes (teste t-student pareado, $p=0,85$).

Nota-se que os participantes que continuaram com o tratamento de reabilitação melhoraram significativamente as atividades instrumentais de vida diária, e os que não deram continuidade não melhoraram (teste t-student pareado, $p=0,85$).

5.3 RESULTADOS PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS

Foi aplicada aos participantes uma entrevista sobre a continuidade do cuidado e o acesso aos serviços de reabilitação no domicílio. As perguntas realizadas foram: Como você foi recebido (a) pelos seus familiares, após a alta do programa Cuidados Continuados Integrados, no hospital São Julião? Foi realizado algum tipo de adaptação ou reforma no seu domicílio? Como você foi recebido (a) pela sociedade? Como ocorreu a continuidade do tratamento de reabilitação? Em relação ao local e frequência? Qual foi o meio de transporte utilizado para chegar até o local dos atendimentos? Após a sua alta do programa Cuidados Continuados Integrados, você teve outras internações? Por quê? Qual foi a duração? Após sua alta, você recebeu visita em seu domicílio de algum profissional de saúde? Qual? E como foi esta visita? Você recebeu no seu domicílio a visita de algum profissional da Estratégia de Saúde da Família? Como foi? Alguns participantes não apresentavam um nível de cognição satisfatório, sendo necessária a ajuda do familiar (cuidador) para responder às perguntas.

Dos 41 participantes, 39 relataram que foram bem recebidos por seus familiares após a alta, e 02 informaram que foram mal recebidos.

Os motivos pelo qual eles responderam que foram bem recebidos são: Os familiares ficaram felizes com a sua chegada e cuidaram muito bem deles (17 respostas), aproximaram-se mais dos familiares após a alta do programa Cuidados

Continuados Integrados (04 respostas), receberam ajuda financeira de seus familiares (04 respostas), parte dos seus familiares os tratou bem e a outra parte afastou-se (02 respostas), foram morar com os familiares (07 respostas), os familiares foram morar com os pacientes (02 respostas), foram convidados para morar com os seus familiares, porém preferiram ficarem em sua própria casa (02 respostas), as famílias reuniram as finanças e contrataram uma cuidadora (02 respostas), conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4 – Motivos pelos quais os pacientes foram bem recebidos pelos seus familiares.

Motivos	Nº
Os familiares ficaram felizes com a sua chegada e cuidaram muito bem deles	17
Os familiares se aproximaram mais depois da alta do programa Cuidados Continuados Integrados	04
Receberam ajuda financeira das famílias	04
Parte da família o tratou bem e a outra parte afastou-se	02
Passaram a morar com familiares	07
O familiar foi morar com a paciente	02
Foram convidados para morar com os seus familiares, porém preferiram ficar em suas residências	02
Cuidadora foi contratada com recursos de familiares	02
Total	39

Fonte: A autora

Dois (02) entrevistados relataram terem sido mal recebidos, um porque não teve apoio da família e ou outro porque a cuidadora não o tratava bem.

Observaram-se mudanças na rotina dos familiares dos pacientes após a alta do programa Cuidados Continuados Integrados. Os participantes relataram as seguintes mudanças em relação ao contexto familiar: reorganização do tempo do familiar para dar mais atenção ao paciente (12 respostas), os familiares cuidadores tiveram que parar a faculdade e/ou sair do trabalho (04 respostas), perderam os provedores financeiros e os seus cuidadores por motivo de divórcio ou óbito (02 respostas).

Começaram a trabalhar e ao mesmo tempo promover o cuidado (02 respostas), os pacientes eram os provedores financeiros da casa e depois da alta hospitalar os seus cônjuges tiveram que trabalhar e ao mesmo tempo promover o cuidado (02 respostas), familiares tiveram que se reorganizar para cuidar do paciente e continuar trabalhando e/ou estudando (04 respostas), começaram a ajudar nos serviços

domésticos (03 respostas), e os familiares não tiveram condições de assumir o cuidado e o participante foi institucionalizado em asilo (01 resposta).

Em 17 situações, não houve mudanças na rotina dos familiares, visto que os participantes apresentaram autonomia (10 respostas), ou os familiares estavam aposentados e não realizavam outras atividades fora do domicílio (07 respostas).

Os participantes foram questionados a respeito de reformas, construções ou adaptações no domicílio, após alta do programa Cuidados Continuados Integrados.

Dos entrevistados nove (09) relataram que fizeram alguns tipo de adaptação e trinta e dois (32) não realizaram. As adaptações, reformas ou construções foram: reforma de um quarto (02 respostas), reforma de um banheiro (01 resposta), construção de um banheiro (01 resposta), adaptações do quarto na sala (02 respostas), adaptações no banheiro como apoio, assento e retirada do box (03 respostas) e corrimões em rampas (02 respostas).

Dos entrevistados que não realizaram adaptações nas suas casas a maioria relatou que não foi necessário (30 respostas) e outros disseram que não realizaram as reformas por falta de condições financeiras para as mudanças necessárias (02 respostas).

Outro aspecto investigado foi à forma de acolhimento dos participantes pela sociedade, após a alta do programa Cuidados Continuados Integrados no hospital São Julião. Dos entrevistados, trinta (30) responderam que foram bem recebidos e onze (11) disseram que foram mal recebidos pela sociedade. Em ambas as situações houve relatos de experiências positivas, negativas e neutras, conforme a tabela 5.

Tabelas 5 – Experiências vivenciadas pelos pacientes perante a sociedade.

	Experiências	N.º
Positivas	Receberam de amigos e/ou vizinhos orações, visitas e ligações como apoio para eles melhorarem.	19
	Nas ruas, mercados, trabalho, banco, igreja e outros lugares da sociedade sempre perguntam o que aconteceu? Como estão? As pessoas se preocupam.	08
	Receberam ajuda financeira de vizinhos, amigos e das igrejas.	06
	As pessoas não notam diferenças, porque não fiquei seqüelas.	02
Negativas	As pessoas nas ruas os constroem por ficarem olhando e/ou fazendo perguntas.	04
	As pessoas olham com estranheza.	03
	Os adultos não olham com estranheza, mas as crianças sim	01
	As pessoas ficam impressionadas ao me verem na cadeira de rodas	02
	Pessoas conhecidas já fizeram de conta que não o conheciam.	01
	Não sai de casa por vergonha das seqüelas.	01

	Não recebem visitas, ligações e nem ajuda da sociedade.	02
	Poucas pessoas visitaram, e só podem contar a família	03
	Antes a casa vivia cheia de amigos hoje eles estão diferentes, raramente os visitam.	04
Neutras	Não sabe dizer como seria recebido pela sociedade, porque não sai do asilo.	01
	Sai de casa com pouquíssima frequência, então não sabem referir como a sociedade os receberia.	10
Total		67

Fonte: A autora

Em relação à continuidade do tratamento de reabilitação, trinta e quatro (34) entrevistados deram continuidade e sete (07) não continuaram. Aqueles que continuaram realizaram o tratamento em distintos serviços e locais, em alguns casos o mesmo participante realizou o tratamento em mais de um serviço em períodos distintos (Tabela 6).

Tabela 6 – Locais do tratamento de reabilitação pós-alta do programa Cuidados Continuados Integrados (34).

Local		Nº	%
Domicílio	A partir das orientações do programa CCI com ajuda do cuidador	10	29,41
	Fisioterapia contratado	07	20,58
	Fisioterapeuta de graduação de fisioterapia	02	5,9
	Terapia ocupacional (particular)	01	2,94
Em instituições	Hospital São Julião (Fisioterapia e Terapia ocupacional)	02	5,9
	Asilo	01	2,94
	Clinicas de Fisioterapia por planos de saúde privados	06	17,64
	Instituições de Ensino Superior	06	17,64
	Centro de reabilitação Sarah Kubitschek	01	2,94
	Centro Especializado de Reabilitação	25	73,52
Total		61	179,4

Fonte: A autora

Os 07 pacientes que não deram continuidade no tratamento de reabilitação relaram o motivos, conforme a tabela 7.

Tabela 7 – Os pacientes que não deram continuidade ao tratamento de reabilitação (07).

Motivos	N.º de respostas
Falta de recursos financeiros	02
Falta de transporte até os serviços de reabilitação	02
Não consideraram necessário dar continuidade ao tratamento	02
Os familiares não procuraram pelo tratamento	01
Total	39

Fonte: A autora

Dos 34 pacientes entrevistados que deram continuidade ao tratamento de reabilitação 25 deles continuaram no Centro Especializado de Reabilitação – CER, que foi a instituição referenciada pela equipe de gestão de alta do programa Cuidados Continuados Integrados, porém nove não o fizeram no CER pelos seguintes motivos: institucionalização em asilo (01 resposta), longas distâncias entre o CER e suas residências, com dificuldade no transporte (03 respostas), quadro infeccioso impeditivo (01 resposta), consideraram que não necessitaram dos serviços oferecidos pelo CER (02), não conseguiram vagas (02 respostas).

Os vinte e cinco pacientes que deram continuidade ao tratamento no Centro Especializado de Reabilitação tiveram que aguardar para iniciar os atendimentos. O tempo de espera variou entre uma semana a dois meses (Tabela 8).

Tabela 8 – Tempo de espera para iniciar os atendimentos no CER (25)

Tempo (mais ou menos)	Nº	%
Uma semana	17	68
Quinze dias	03	12
Trinta dias	03	12
Dois meses	02	08
Total	25	100

Fonte: A autora

Em relação à continuidade do tratamento de reabilitação, entre os 34 que iniciaram, houve situações de alta, de continuidade e de interrupção do tratamento, conforme demonstrado na tabela 9.

Tabela 9 – Duração do tratamento de reabilitação

Local	Situação	Duração do tratamento	Número de entrevistados
CER	Alta	02 meses	04
		03 meses	02
		08 meses	01
	Interromperam devido à infecção	03 meses	01
		06 meses	01
	Parou por dificuldade de transporte	06 meses	01
		12 meses	02
	Parou devido à mudança de cidade	01 mês	01

Fonte: A autora

	Continuaram o tto até o momento da entrevistas	-	12
Terapias no domicilio	Pararam devido à situação financeira	01 mês	02
		02 meses	03
	Continuam com tratamento particular até o momento da entrevistas	-	03
	Continuam com estagiários da UFMS	-	02
Hospital são Julião	Alta	02 meses	02
Instituições de Ensino	Continuam		06
Asilo	Continua		01
Centro de reabilitação Sarah Kubitschek	Alta	01 mês	01
Clínicas de fisioterapia por convênio	Parou devido à infecção	03 meses	01
	Continuam	-	03

Em relação ao meio de transporte dos pacientes que deram continuidade ao tratamento de reabilitação, o mais utilizado foi à carona de familiares (15 respostas), seguido do ônibus sem acompanhante (08 respostas), ônibus com acompanhante (03), carro próprio (02), carro próprio adaptado (01 resposta), moto própria adaptada (01 resposta) e de táxi (01 resposta). Houve 03 três pacientes que realizaram terapias de reabilitação apenas no domicilio, sem utilizar meios de transportes.

Dos quarenta e um participantes, doze (29,3%) relataram que houve episódios de reinternações, e vinte e nove (70,74%) relataram que não houve reinternações. Os motivos das reinternações estão demonstrados na tabela 10.

Tabela 10 – Causas das reinternações após a alta do programa CCI

Causas	Nº
Infecção urinária	01
Debridamento cirúrgico	01
Pneumonia	02
Úlceras infectadas	01
Crise convulsiva	01
Oscilação da pressão arterial	02
Asilo	01
Sintomas da Guillan de Barré	01

Novo episódio de AVC	01
Troca da gastrostomia	01
Total	12

Fonte: A autora

O tempo das reinternações variou entre horas a meses: com duração inferior a 24 horas (05 internações), três dias (01 internação), uma semana (04 internações), quinze dias (01 internação) e acima de trinta dias (01 internação).

Em relação à ocorrência de visita de profissionais da saúde no domicílio, dos pacientes que compuseram a amostra (41), vinte e oito (28) relataram que receberam visita e treze (13) não receberam. Alguns receberam visita de mais de um profissional no domicílio (Tabela 11).

Tabela 11 - Número de profissionais que realizaram visitas domicílios (28).

Profissional	Número	%
Agente comunitário de saúde	23	82,14
Enfermeiro	12	42,85
Assistente social	02	7,14
Fisioterapeutas	09	32,14
Médicos	09	32,14
Técnicos de enfermagem	03	10,71
Terapeuta ocupacional	01	3,57
Nutricionista	01	3,57
Psicólogo	01	3,57
Total	61	217,83

Fonte: A autora

Os pacientes entrevistados relataram que receberam visitas dos agentes comunitários de saúde, os quais realizaram as seguintes ações: inspeção do quintal (19 respostas), orientações para aquisição de materiais para os cuidados de saúde na Unidade Básica de Saúde (04 respostas), verificação sobre a presença do paciente na UBS para aferir a pressão arterial, glicemia, realização do preventivo, busca de medicações (04 respostas), auxílio para recebimento de cadeira de rodas e de banho (01 resposta), questionamento acerca de necessidades de exames para marcar ou trocar receitas de medicamentos na UBS (01 resposta), informações sobre a abertura

de agenda e palestras da UBS (01 resposta), solicitação à equipe visita de outros profissionais da UBS.

As ações realizadas pelos técnicos de enfermagem no domicílio foram: acompanhamento do enfermeiro na visita domiciliar (02 repostas) realizou curativos nas úlceras (01 resposta) e verificou a pressão arterial (01 resposta).

As ações dos enfermeiros durante as visitas nos domicílios foram: avaliação da necessidade dos pacientes para pegar materiais para os cuidados de saúde junto à UBS (02 respostas), realização de curativos (01 resposta), verificação da pressão arterial (08 respostas), verificação da glicemia (01 resposta), orientações sobre administração de medicações (01 resposta), apoio ao médico (03 respostas) e administração de vacinas (01 resposta).

As atividades executadas pelos fisioterapeutas foram: atendimentos de fisioterapia (09 respostas) e avaliação fisioterapêutica (01 resposta). Em sete (07) casos os atendimentos fisioterapêuticos foram por meio de contratação de fisioterapeutas e pagamento de honorários ao profissional, e em dois (02) casos os atendimentos foram realizados pelos estagiários do curso de fisioterapia da Universidade federal de Mato Grosso do Sul. A avaliação foi realizada pelo fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O terapeuta ocupacional realizou atendimentos de reabilitação durante as suas visitas (01 resposta), e os atendimentos foram particulares.

O Psicólogo (01 resposta) e a nutricionista (01 resposta) realizaram uma avaliação em domicílio, e seus honorários foram pagos diretamente pelos familiares.

Em relação às visitas médicas foram executadas as seguintes atividades: consultas (09 respostas), disponibilização de receitas para pegar medicamentos (04 respostas), preenchimento de guia de encaminhamento para a fisioterapia (01 resposta), e solicitação e avaliação de exames complementares (02 respostas).

E por fim a pergunta se eles receberam a equipe da Estratégia de Saúde Família no domicílio. A maioria dos pacientes não sabia referir se o profissional que tinha ido à sua residência era da estratégia de Saúde da família, apenas um (01) disse que era o médico da família.

Assim, foi realizado o mapeamento das equipes de Estratégia de Saúde da Família, através da região, nomes das unidades, numero de equipes e bairros, com intuito de conhecer a abrangência da Estratégia de saúde no município de Campo Grande (MS) e identificar quais pacientes receberam visitas destes profissionais.

Dos 41 entrevistados, vinte e seis receberam a visita de algum profissional que compreende a equipe mínima da Estratégia de saúde da Família, destas visitas 16 estavam dentro da área de cobertura da Unidade Básica de Saúde da família e 10 estavam dentro da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Os entrevistados receberam as visitas de mais de um profissional da equipe de ESF no seu domicílio, e estas visitas estão ilustrada na tabela 12.

Tabela 12 – Número de visitas realizadas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Profissional	Número total de profissionais que fizeram visitas nos domicílios	Visitas dentro da cobertura da Estratégia de Saúde da Família
Enfermeiro	12	09
Médico	09	06
Técnico de enfermagem	03	01
Agente comunitário de saúde	23	12
Total	47	28

Fonte: A autora

Dos 41 entrevistados, 15 não receberam visitas de nenhum profissional da equipe da estratégia de saúde da família e destes 08 estavam dentro da abrangência da Unidade de Saúde da Família e 07 da Unidade Básica de Saúde.

6 DISCUSSÃO

Até onde sabemos esta é a primeira vez no Brasil que foi realizado um estudo para investigar como ocorre a continuidade dos cuidados à saúde, após a alta de pessoas em tratamento no projeto Cuidados Continuados Integrados. Os principais aspectos analisados foram: a caracterização do sujeito, avaliação da funcionalidade, continuidade dos cuidados à saúde, a inserção do sujeito no contexto familiar e social e a as visitas domiciliares dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Os sujeitos que compuseram a amostra final do estudo (n=41) apresentaram idade entre 18 a 92 anos, sendo a idade média de $53,60 \pm 2,98$ anos (média $\pm$ erro padrão da média). São dados que apresentam concordância com Louro (2009) no qual avaliou os doentes internados nos Hospitais: Santo André de Leiria, Bernardino Lopes de Alcobaça e no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, que apresentavam

dependência para o auto cuidado em pelo menos uma atividade de vida no momento da alta clínica, as idades estão compreendidas entre 18 e 94 anos.

Em relação ao gênero, a maioria da amostra constituiu-se de pessoas do sexo masculino. Outros autores também encontraram predominância do sexo masculino ao estudarem populações com incapacidades funcionais (LOURO, 2009; SILVA et al., 2014). Os homens apresentam comportamentos que os tornam mais suscetíveis a agravos à saúde.

Consideram-se invulneráveis, com baixa adesão às práticas de prevenção, e por não buscarem o cuidado na atenção primária à saúde, entrando na rede de saúde pelos serviços de média e alta complexidade, mediante a ocorrência de doenças (SILVA et al., 2014).

As classes econômicas predominantes foram C1, C2 e D, demonstrando baixo poder aquisitivo da maioria da população estudada. Há evidências de que pessoas de baixa renda estão mais expostas a fatores de risco e têm menor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Ribeiro et al. (2014) apresentaram resultados similares ao avaliarem 539 pessoas com incapacidades funcionais que necessitavam de cuidados da atenção primária em saúde, onde a maioria da população estudada apresentava baixa escolaridade e baixa renda.

Outro aspecto a ser considerado é que os pacientes que participam do projeto Cuidados Continuados Integrados em Campo Grande/MS são provenientes de três hospitais públicos, o que pode justificar o perfil da amostra deste estudo em relação às classes econômicas identificadas nos resultados. As pessoas com maior poder aquisitivo, quando necessitam dos serviços de saúde, frequentemente utilizam a rede de saúde privada, não configurando a maioria dos usuários dos serviços do projeto Cuidados Continuados Integrados.

Os resultados mostram as doenças cerebrovasculares foram as que predominaram entre os motivos de internações no projeto Cuidados Continuados Integrados. Resultados semelhantes foram encontrados por Moura (2014), ao analisar todos os episódios de internação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados e da Administração Central do Sistema de Saúde de Portugal, e identificou que 70% dos motivos de internações foram às doenças cerebrovasculares. Louro (2009) avaliou 202 indivíduos internados na Unidade de

Cuidados Continuados Integrados em Portugal, e identificou prevalência de 58,8% de doenças cerebrovasculares entre os sujeitos da pesquisa.

As doenças cerebrovasculares consistem de uma das grandes preocupações da saúde pública, tendo em vista configurarem-se como a terceira maior causa de morte por doença no mundo e a primeira no Brasil (RIZZETTI; TREVISAN, 2008).

6.1 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Em relação à funcionalidade dos participantes, os resultados relativos à capacidade para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária, avaliadas por meio das escalas de Barthel e Lawton, observou-se melhora significativa na avaliação realizada nos domicílios quando o grupo foi analisado em sua totalidade. Entretanto, ao comparamos os participantes que deram continuidade ao tratamento de reabilitação após a alta com os que não deram continuidade, observou-se que as pessoas que deram continuidade à reabilitação apresentaram melhoras significativas nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e as que não deram continuidade mostraram piora na capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária e mantiveram as funções nas atividades instrumentais de vida diária.

Souza et al. (2008) investigaram cinquenta pacientes acometidos por doenças cerebrovasculares. Foram aplicadas as escalas de Barthel, em quatro momentos: no final da terceira semana após a instalação da lesão, no final do terceiro, sexto e nono meses, e analisaram o grupo em sua totalidade, sem distinção entre os participantes que realizaram e os que não realizaram fisioterapia após a alta hospitalar. Na primeira avaliação trinta e oito pacientes apresentaram-se dependentes, na segunda foram trinta e dois pacientes, na terceira vinte e oito e na quarta vinte e sete. Indicando que houve ganhos de independência a partir da primeira avaliação.

Riberto (2007) analisou os relatórios de 103 pacientes com lesão encefálica adquirida que concluíram o tratamento de reabilitação após alta hospitalar. Os resultados mostraram que a reabilitação funcional por meio de intervenção fisioterapêutica proporcionou maior independência funcional ao final do tratamento.

Lobo e Martins (2014) avaliaram a progressão neurológica e funcional de 28 pacientes que tiveram alta da unidade de acidente vascular cerebral de Macedo de Cavaleiros, do Centro Hospitalar do Nordeste (CHN) em Portugal, os quais não realizaram tratamento de reabilitação no período pós alta. A escala de Barthel foi

aplicada em dois momentos: durante a alta clínica e após dois meses, na consulta médica. Os resultados mostraram maior dependência na alimentação, banho, vestir-se e movimentação no momento da segunda avaliação.

Os resultados deste estudo corroboram com os achados dos autores supracitados, e demonstram que ganhos na funcionalidade de pessoas que apresentam incapacidades estão atrelados à reabilitação após a alta hospitalar. A reabilitação é fundamental para que estas recuperem total ou parcialmente as funções acometidas pelo agravo neurológico, bem como se readaptar, quando necessário, à sua nova condição.

6.2 CONTINUIDADE DOS CUIDADOS À SAÚDE

Durante o processo da alta do programa Cuidados Continuados Integrados os pacientes são referenciados pela equipe de gestão de altas para a atenção primária e para o Centro Especializado de Reabilitação – CER do município. A maioria das pessoas entrevistadas continuou com o tratamento de reabilitação no CER.

O ato de referenciar visa uma articulação entre os pacientes e os cuidados primários de saúde e serviços de reabilitação. No projeto Cuidados Continuados Integrados em Campo Grande (MS), as referências são realizadas a partir de relatórios de altas da equipe multiprofissional, destinada aos serviços saúde da atenção primária e ao CER. Porém, após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados não há nenhum dispositivo de acompanhamento deste paciente; a equipe multiprofissional perde o contato com o mesmo.

Desta forma, embora referenciado, não há como saber se o paciente está ou não sob os cuidados da atenção primária e do CER. Sem mecanismos de acompanhamento após alta, os pacientes podem ficar desassistidos em suas necessidades de saúde, e todo o investimento da equipe multiprofissional do referido projeto pode ser perdido. Assim, é fundamental que estratégias de acompanhamento após a alta sejam implementadas, para que exista a avaliação do alcance dos objetivos do projeto. Nessa perspectiva, uma opção seria a realização de consultas de retorno, com o intuito de verificar a continuidade do cuidado no domicílio e pela rede de atenção à saúde, bem como para esclarecimento de dúvidas, orientações e verificação de possíveis necessidades de saúde do paciente.

O tempo de espera para iniciar o tratamento no CER após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados variou entre uma semana a dois meses. Observa-se assim, que houve uma grande variação do tempo de espera para o início da reabilitação após alta, o que deveria ocorrer no menor tempo possível.

O tempo de espera para iniciar a reabilitação após alta influencia diretamente no prognóstico funcional destes indivíduos, visto que a manutenção e/ou recuperação da funcionalidade depende da continuidade e frequência do tratamento. Além disso, há riscos de complicações que podem e devem ser prevenidas, como úlceras por pressão, alterações respiratórias, deformidades osteoneuromioarticulares, entre outras. Estas complicações geram novos casos de agudização da doença crônica e possíveis reinternações. Assim, a continuidade ao tratamento de reabilitação o mais rápido possível, repercute na redução da ocorrência de reinternações e necessidades de leitos hospitalares (LOURO, 2009), bem como na melhor qualidade de vida do paciente.

Embora ainda longo o tempo de espera, foi menor em relação a outras realidades. Em estudo com pessoas paraplégicas que tiveram alta de um hospital público, os quais não foram referenciados a serviços de reabilitação, o tempo de espera para iniciar o tratamento de reabilitação após a alta hospitalar foi de cinco a seis meses. Vale ressaltar que 07 sujeitos deste estudo não deram continuidade no tratamento após a alta (MUTTI, 2008).

Além do tratamento no CER, identificamos no estudo que a reabilitação domiciliar foi outra opção de continuidade do cuidado, tais terapias foram realizadas por meio de contratação dos profissionais pela própria família ou pelos estagiários da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os atendimentos domiciliares são considerados privilégios para os pacientes com este perfil, especialmente pela fragilidade das pessoas, pelas barreiras arquitetônicas existentes e pela distância dos centros de reabilitação (RIBERTO, et al. . 2007).

É um privilégio de um pequeno grupo de pessoas, neste caso, pessoas de alta renda, visto que a reabilitação em domicílio ocorre em médio e longo prazo, repercutindo em alto-custo. O custo deste tratamento provavelmente foi o motivo pelo qual os participantes deste estudo não conseguiram manter a reabilitação em domicílio por um longo tempo.

A reabilitação domiciliar realizada pelos estudantes do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul ocorre como resultado da Política

Nacional Permanente de Educação na Saúde. Esta política recomenda a articulação entre a universidade e os serviços de saúde, para que a formação dos profissionais seja mais próxima da realidade dos serviços, dos profissionais e dos usuários, com intuito de valorizar os atributos da atenção primária em saúde para a formação de profissionais mais voltados para a realidade de saúde do país (SAKATA, et al., 2007).

Dos entrevistados que referiram realizar a reabilitação, mas que no momento da pesquisa já não estavam sob esse tratamento, uma parte teve alta e outra interrompeu o tratamento. Os motivos que levaram os entrevistados a interromper o tratamento de reabilitação foram semelhantes às condições que levaram alguns entrevistados a não iniciarem a reabilitação após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados. Os motivos mais expressivos foram: infecções, más condições financeiras, longas distâncias e dificuldades no transporte entre a residência e o serviço de reabilitação.

Esses resultados são semelhantes aos relatados por Silva (2014) no qual os entrevistados relataram o deslocamento para as clínicas de fisioterapia por meio do transporte público, automóvel, a pé ou de bicicleta, o que indicou a dificuldade com o meio de transporte e baixa condição financeira para custearem um carro que os transportem até as clínicas de reabilitação. Diogo (2000) relatou resultados similares, onde o comprometimento da reabilitação está nas dificuldades de transporte para o serviço de saúde ou ainda de acompanhante, tendo em vista a vida trabalhosa que as pessoas vivenciam hoje em dia.

Analisando que a grande parte da população utiliza a rede pública de saúde, pode-se afirmar que há um grande número de pessoas com incapacidade funcional e com necessidade de tratamento fisioterapêutico, sem acesso aos serviços de reabilitação. Observamos falhas estruturais do sistema de saúde, apresentadas pela falta de transporte sanitário para o deslocamento desses usuários até os respectivos serviços, transporte que não é disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU). Assim, é fundamental que sejam implantados serviços de atenção domiciliar e construídos novos centros especializados de reabilitação em outras regiões do município.

Em relação às adaptações no domicílio, a maioria dos participantes relatou que não foi necessário realizá-las, mesmo mediante as barreiras estruturais identificadas nos domicílios, e refere ter adaptado-se às limitações impostas pelo ambiente do domicílio. Como mencionado anteriormente, a maior parte da população estudada

apresenta baixo poder aquisitivo, o que pode ter impossibilitado a realização de adaptações e reformas que seriam recomendadas.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Em relação ao cuidado domiciliar realizado pelos profissionais da saúde, a maioria dos pacientes que recebeu visitas domiciliares não soube identificar se o profissional era da equipe de Estratégia de Saúde da Família ou da Unidade Básica de Saúde.

É importante enfatizar que a Estratégia de Saúde da Família não é a única porta de entrada na Atenção Primária à Saúde. Muitos municípios, sobretudo aqueles com menor cobertura, ainda possuem Unidades Básicas de Saúde (UBS) 'tradicionais', complementando o acesso da maior parte da população sem adscrição às USF (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

A equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família é formada pelos seguintes profissionais: agente comunitário de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico e o dentista. Destes profissionais, o agente comunitário de saúde foi o que realizou o maior número de visitas nos domicílios dos participantes da pesquisa. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado com os idosos que receberam alta do Hospital das Clínicas de Marília, que pertencem à área de abrangência das 28 (vinte e oito) unidades de saúde da família do município, a maioria deles afirmou ter recebido atendimento dos profissionais da equipe; no entanto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi o profissional mais citado.

O Agente Comunitário de Saúde é o responsável pela integração entre a equipe de saúde e a população, executando atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e de agravos, e vigilância à saúde, através das visitas domiciliares, sendo esta uma atribuição específica deste profissional (SAKATA, et al., 2007).

Em relação aos enfermeiros, identificou-se que eles realizaram poucas visitas domiciliares. Provavelmente o baixo número de visitas realizadas por estes profissionais seja pela excessiva demanda por consultas de enfermagem na UBSF, pela carência de equipamentos portáteis onde problemas simples que poderiam ser resolvidos no domicílio é encaminhado à UBSF, ocasionando aumento da demanda local e por fim a capacidade emocional, porque as visitas proporcionam uma

aproximação com a realidade, deixando-os mais suscetíveis e gerando, às vezes, sentimentos de frustração e impotência frente a determinadas situações (SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2011; KEBIAN; ACIOLI, 2014).

O profissional médico realizou um número ainda menor de visitas domiciliares a estes usuários. Estes profissionais também referem grande demanda de atendimentos clínicos, já que a existe um número grande de famílias cadastradas é fato reconhecido e convertido em queixa pelos próprios médicos. Há também toda uma cobrança por produtividade, advinda dos gestores e gerentes locais, além de uma divisão desigual do trabalho de equipe com pouca participação dos profissionais não-médicos na atenção à demanda espontânea (ROMANO; 2008).

Há relatos de que os médicos “não gostam da visita domiciliar”. Estariam esses médicos de fato preparados para uma mudança do modelo de atenção à saúde? A visita domiciliar expõe mais o profissional. O consultório é território conhecido, mais seguro. O modelo de atendimento tradicional, sendo uma forte referência que os aproxima da cultura médica, incentivando as práticas médico centradas (ROMANO; 2008, p. 21; CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

Em relação aos técnicos de enfermagem observou-se um pequeno número de visitas, o que pode ser explicado pelo processo de trabalho destes profissionais, os quais só realizam visitas domiciliares mediante as solicitações dos enfermeiros ou do agente comunitário de saúde (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013.). Outro aspecto a ser considerado, é o fato dos sujeitos da pesquisa não necessitarem dos serviços destes profissionais.

Não foi realizado nenhuma visita domiciliar pelo profissional odontólogo. Justifica-se porque a maioria das ações restringe-se aos procedimentos clínicos ambulatoriais e individualizados, sem a realização prioritária de ações coletivas, como as de promoção, prevenção da saúde, visita domiciliar e atividades junto aos equipamentos sociais do território (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; DE-CARLI, et al., 2015).

Como já mencionado os entrevistados no momento da alta do projeto Cuidados Continuados Integrados foram referenciados para os serviços da Atenção Primária em Saúde por meio de encaminhamento com relatório de alta e orientação para que o usuário procure a UBSF ou UBS. Entretanto, observa-se que tais práticas não foram efetivas, uma vez que 19,5 % dos pacientes que estavam dentro da área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não receberam visitas de nenhum

profissional das unidades de saúde. Assim, constata-se a necessidade de um sistema mais efetivo e integrado entre o projeto CCI e serviços de Atenção Básica para acompanhamento e continuidade do cuidado em domicílio.

A presente análise dos dados vem corroborar com a continuidade dos cuidados a saúde após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados, junto com o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e a atenção primária. Para tanto identificamos as principais dificuldades que levaram os sujeitos a interromperem os cuidados à saúde e a forma com que Atenção Básica, está recebendo e cuidando destes pacientes. O Centro Especializado em Reabilitação e Equipe de estratégia da Saúde têm produzido resultados profícuos em relação ao cuidado a saúde, porém existem questões que ainda necessitam serem analisadas e solucionadas.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo demonstram que o ato de referenciar o indivíduo para atenção primária e para o Centro Especializado de Reabilitação não garante a continuidade dos cuidados de saúde das pessoas que tiveram alta do CCI. Foram identificadas barreiras que impedem o acesso aos serviços, sendo as principais: longas distâncias e dificuldades no transporte entre a residência e o serviço de reabilitação.

O serviço de reabilitação referenciado pela equipe de gestão de alta, o Centro Especializado em Reabilitação (CER) mostrou-se eficaz, dando continuidade aos atendimentos de reabilitação a maioria dos entrevistados, porém o tempo para iniciar os atendimentos variou muito, fato que tem grande influência no prognóstico do indivíduo. O ideal seria dar a continuidade à reabilitação sem interrupções.

Em relação à funcionalidade, considerando que as pessoas que deram continuidade ao tratamento de reabilitação após a alta apresentaram melhoras significativas nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e as pessoas que não deram continuidade mostraram piora na capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária e mantiveram as funções nas atividades instrumentais de vida diária e de acordo com a literatura, a reabilitação é essencial para promover maior funcionalidade, independência e melhor qualidade de vida para as pessoas e seus familiares.

Em relação à continuidade do cuidado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, os resultados mostram que um percentual expressivo dos entrevistados que moram em áreas de cobertura da ESF não recebeu a visita de nenhum profissional de saúde em seu domicílio. Tal fato indica a necessidade de melhor acompanhamento dos usuários em situação de incapacidades funcionais e restrição domiciliar pelas equipes da ESF. As visitas domiciliares e o cuidado domiciliar devem ser inseridos na prática dos profissionais da equipe como ações mais frequentes e resolutivas, sustentando as relações entre profissionais e a população usuária dos serviços, constituindo-se como uma potência para a transformação das práticas de saúde.

Para uma melhor e mais resolutiva continuidade dos cuidados a saúde é necessário uma reorganização da rede de atenção no que diz respeito ampliação dos serviços de reabilitação em diferentes regiões do município, bem como implantação do serviço de atenção domiciliar aqueles que não têm condições de deslocamento até os serviços de saúde.

É fundamental que se analisem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde para que possa garantir a continuidade dos cuidados à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. I. S. **Risco de Quedas nas UCCI no Distrito de Visceu: estudo comparativo Escala de Morse e escala de Downton**. Tese de Mestrado em Educação para a saúde - Escola Superior de Saúde de Visceu, 2012.

ALT, P. S.; SCHATELL, D. Shifting to the chronic care model may save lives. **Nephrology News & Issues**, v. 22, n. 7, p. 28-31, Jun. 2008.

AMIRALIAN M. L.T; PINTO, E. B; GHIRARDI, M. I. ; LICHTIG, I. ; ELCIE FS MASINI, E. F.; PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 1, n.34, p.96 -103, 2000.

ARAÚJO, A.; PAIVA, B. A visita domiciliária com ênfase na educação em saúde. **Revista Eletrônica Saúde: Pesquisa e Reflexões**, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.uninove.br/marketing/sites/publicacaoofmr/pdf/sau/AOSAU04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil 2009**. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BALIARDO, R.; MELO, J. O. Obamacare é institucional, diz Suprema Corte dos EUA. **Revista Consultor Jurídico**, Brasília, 28 jun. 2012. Seção notícias. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jun-28/suprema-corte-eua-mantem-lei-reforma-sistema-saude>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

BASSEDA R, SANJUÁN A; in **Tratado de geriatria para residentes**, Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia. Instrumentos e Escalas de Avaliação, p. 771-789, 2006.

BAPTISTA, J. S. **Dos cuidados continuados ao domicílio**: Dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente. Coimbra, 2012.

BÉLAND, F.; BERGMAN, H.; LEBEL, P.; DALLAIRE, L.; FLETCHER, J. CONTANDRIOPOULOS, A. P.; TOUSIGNANT, P.; Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. **Canadian Journal on Aging**, v. 25, n. 1, p. 25-42, 2006.

BÉLAND, F.; HOLLANDER, M. J. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. s, p. 138 – 146, 2011.

BERNAL, C.; COUTO, A. B.; BREVIGLIERI, S. T.; CAVALHEIRO, É. T. G. Influência de alguns parâmetros experimentais nos resultados de análises calorimétricas diferenciais - DSC. **Química Nova [online]**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/qn/v25n5/11418.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

BETTENCOURT, I. S.G. C.; MARTINS, C.; HIGGS, I.; MONTEIRO, A. J.; MOURA, C. M.; MOREIRA, C.; ALVES, S.; SALVADO, S. Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas nos Cuidados Continuados. **Associação Portuguesa de Fisioterapeutas**, 2009. Disponível em: <<http://apfisio.pt/GrupoTrabalho/IntegracaoFisioterapeutas.pdf>>. Acesso: 25 ago. 2014.

BRANDÃO, B. **Considerações sobre a cobertura do sistema de Home Care pelos planos de saúde**, abril, 2010. Disponível em: <<http://direitoesaude.wordpress.com/2010/04/05/consideracoes-sobre-a-cobertura-do-sistema-de-home-care-pelos-planos-de-saude/#comments>>. Acesso: 19 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Caderno de Atenção Básica**, nº 19, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 09 maio 2016

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / Active ageing: a policy framework**. Brasília, 2005.

CAMARGO-BORGES, C. **O Construcionismo social no contexto da estratégia da Saúde da Família: Articulando saberes e práticas**. Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19 n. 3, p. 725-733, maio/jun. 2003.

CATTANI, R. B; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 254-271, maio/ago. 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/sumario.html.> Acesso: 12 dez. 2013.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Social**. São Paulo, v. 22, n.2, p.377-388, 2013.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2.ed.Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COSTA, M. C.; MONTEIRO, M. C.; SANTOS, O. Continuous care units: a response to aging and dependency in Portugal. **Biomedical and Bio pharmaceutical Research Journal de Investigação Biomédica e Bio farmacêutica**, v. 10, n. 2, p. 163-178, 2013.

CROSSON, F. J.; MADVIG, P. Does population management of chronic disease lead to lower costs of care? **Health Affairs**, v. 23, n. 6, p. 76-78, nov./dec, 2004.

DE-CARLI, A. D. ; SANTOS, M. L. M.; SOUZA, A. S.; KODJAOGLANIAN, V. L.; BATISTON, A. P. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar

sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.441-450, abr./jun, 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH. **NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care**. Mar. 2013. 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.

DIAS, A; SILVINA, S. Cuidados integrados um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, p. 12-20, jan./mar. 2009.

DIAS, A.; SANTANA, S. **Cuidados integrados um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde**. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão [online], v. 8, n. 1, p. 12-20, out. /mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v8n1/v8n1a03.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

DIOGO, M.J.D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan, 2000.

EUROPEAN COMMISSION, **Long-term Care in the European Union**. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

FARIA. J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e Doença: revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 3, p. 381-399, 2005.

FERREIRA, P. L.; MENDES, A. P.; FERNANDES, I. R. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planejamento da alta (PREPARED). **Revista de Enfermagem Referência [online]**. n. 5, p. 121-133, dez. 2011.

FIREMAN, B.; BARTLETT, J.; SELBY, J. Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality? **Health Affairs**, v.6, n. 23, p. 63-75, 2004.

FRIED, L. P.; TANGEN, C. M; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W. J.; BURKE, G.; MCBURNIE, M. A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology**, v. 56, n. 3 série A, p.146–156, 2001. Disponível em: <<https://rds185.epi-ucsf.org/ticr/syllabus/courses/83/2012/02/15/Lecture/readings/fried%20frailty%202001.pdf>>. Acesso: 12/12/ 2013.

GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006.

GOLDEN, R. N.; SMITH, E. M. The Wisconsin Partnership Program: investing in a healthier state. **Dean's Corner**.v. 4, n. 111, ago, 2012.

GONDIM, A. R. **Acidentes de trânsito é a principal causa externa de internações no país**. Dez. 2013. Disponível em:

<http://www.cnt.org.br/paginas/Agencia_Noticia.aspx?noticia=estatistica-acidentes-transito-pessoas-deficiencia-rede-sarah-reabilitacao-16122013>. Acesso em: 27 dez. 2013.

GROL, R.; HERMENS, R.; HULSCHER, M.; OUWENS, M.; WOLLERSHEIM, H.; Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 17, n. 2, p. 141-146, Jan. 2005.

HÉBERT, R.; DURAND, P. J.; DUBUC, N.; TOURIGNY, A. Frail elderly patients new model for integrated service delivery. **Canadian Family Physician**, v. 49, p. 992-997, ago/out. 2003.

HÉBERT, R.; RAÎCHE, M.; DUBOIS, M. F.; GUEYE, N. R.; DUBUC, N.; TOUSIGNANT, M.; 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**, v. 65B, n.1, p. 107–118, May, 2009.

HIRTH, V.; BASKINS, J.; DEVER-BUMBA, M. Program of All-Inclusive Care (PACE): Past, Present, and Future, **Jamda**, v. 10, n. 3, p. 155-160, Mar, 2009.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v. 16, n.1, jan/mar. 2014.
Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>>. Acesso: 01 set. 2016.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living**. *Gerontologist*, n. 9, p. 179-186, 1969.

LEICHSENDRING, K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. **International Journal of Integrated Care**, v. 4, set. 2004.

LOBO, A.; MARTINS, J. Assistência de enfermagem ao utente após acidente vascular cerebral. 1.ed. **Novos olhares na saúde**, 2014. Disponível em: <http://www.eschaves.pt/documentos/Livro_Novos_Olhares_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

LOPES, M.; MENDES, F.; ESCOVAL, A.; AGOSTINHO, M.; VIEIRA, C.; VIEIRA, I.; SOUSA, C.; CARDOZO, S.; FONSECA, A.; NOVAS, V. C.; ELISEU, G.; SERRA, I.; MORAIS, C. **Plano nacional e saúde 2011 – 2016 Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro**. Évora, 2010. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf> Acesso em: 15 jul. 2015.

LOURO, M.C.C.M. **Cuidados continuados no domicílio**. 2009. 299 f. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) -Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2009.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B.S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 1, n. 15, p. 47-65, 2006.

MANUEL, L.; MENDES, F.; ESCOVAL, A.; AGOSTINHO, M.; VIEIRA, C.; VIEIRA, I.; SOUSA, C.; CARDOZO, S.; FONSECA, A.; NOVAS, V. C.; ELISEU, G.; SERRA, I.; MORAIS, C. **Plano nacional e saúde 2011 – 2016**. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. Évora, 2010. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf> Acesso: 25/08/2014.

MCCARTHY, D.; MUELLER, K. ; RESEARCH, J. W. I. Kaiser Permanente: bridging the quality divide with integrated practice group accountability, and health information technology. **The commonwealthfund**, v. 17, n. 1288, Jun, 2009

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.15, p.2297-2305, 2010.

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**, v. 17, n. 4, p.758-764, Out./Dez. 2008.

MINAYO, M. C. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, fev. 2012.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno Saúde Pública**, v.21, n.3, p.898-906, mai./jun.2005.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília: 2012.

MOURA, B. P. **O impacto da rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na demora média hospitalar**, 2014. 103 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - Universidade Nova de Lisboa / Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2014.

MUTTI, C. G. **Avaliação das capacidades funcionais de pacientes paraplégicos por trauma raquimedular que frequentaram e que não frequentaram um centro de reabilitação**, 2008. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SÃO PAULO, 2008.

NAVARRETE, M. L. V; LORENZO, I. V. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. **Consorti Hospitalari de Catalunya**, Barcelona, p. 260, 2009.

NHS CONFEDERATION. NHS continuing healthcare: detailing what NHS organisations need to know and do. **Communityhealthservicesforum**. Nov. 2012.

PEREIRA, J. – **Economia da saúde**: um glossário de termos e conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa: 2004.

PINHEIRO, R. S; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p. 687-707, 2002.

PORTUGUAL (País). Decreto – lei n. 101/2006, de 6 de Junho de 2006. **Diário da República Eletrônico**, n. 109 SÉRIE I-A, p. 3856 a 3865, 2006. Disponível em: <<http://www.dre.pt/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

PORTUGAL. Relatório final grupo técnico para a reforma hospitalar. **Os Cidadãos no centro do Sistema. Os profissionais no centro da mudança**. Despacho N.º 10.601/2011, Diário da República, n.º 162, 2ª Série, de 24 de Agosto de 2011. Disponível em:<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

RIBEIRO, A.; LOBO, A.; NEVES, C.; RAMOS, G.; GOMES, J.; JESUS,P. Acessibilidade aos cuidados de saúde primários e qualidade de vida dos idosos. **Novos olhares na saúde**, 2014. Disponível em: <http://www.eschaves.pt/documentos/Livro_Novos_Olhares_na_Saude.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M.H.; JUCÁ, S.S.H.; LOURENÇO, C. ; BATTISTELLA, L.R. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátrica**, v. 14, n. 2, p. 87-97, 2007.

RIZZETTI, D. A.; TREVISAN, C. M. Avaliação da capacidade funcional em pacientes portadores de seqüelas de avc participantes do projeto de hidrocinestoterapia aplicada às patologias neurológicas do idoso. **Universidade Federal de Santa Maria**, v. 34 a, n. 1-2, p. 32-36, 2008.

ROMANO, V. F. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família, **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 13-25, 2008.

ROWLAND, D.; LYONS, B. Medicare, Medicaid, and the Elderly Poor. **Health Care Financing Review**. v. 18, n. 2, p. 61-85, 1996.

SAKATA, K. N; ALMEIDA, M. C. P; ALVARENGA, A. M; CRACO, P. F; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2007.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia, **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan./mar. 2016.

SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16º, jun. 2011, Mato Grosso do Sul. **As práticas assistenciais do enfermeiro na visita domiciliar da estratégia saúde da família.** Mato Grosso do Sul: Associação Brasileira de Enfermagem, 2011.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L.M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.18, n. 48, p. 75-86, 2014.

SOLINÍS, R. N. Un breve recorrido por la Atención Integrada. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**. v. 1, n. 2, p. 1-11, 2008.

SOUZA, A. R.; LANZA, L. T. A.; BERTOLINI, S. M. M. G. Avaliação do grau de funcionalidade em vítimas de Acidente vascular encefálico através do índice de Barthel, em diferentes períodos após instalação da Lesão. **Revista saúde e pesquisa**, v. 1, n. 3, p. 271-275, set./dez. 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. pt. 1, n. 8, p. 102-106, 2010.

TAMAI, S. **Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos.** 2010. 157 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2010.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n.12, p.443-453, 2007.

VERAS, R. P.; CALDASII, C. P.; MOTTA, L. B.; LIMA, K. C.; SIQUEIRA, RODRIGUES, R. C.; R. T. S. V.; SANTOS, L. M. A. M.; GUERRA, A. C. L. C. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, v 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013: acidentes de trânsito e motocicletas.** Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo é conduzido por Joliani Alves de Moraes (Pesquisadora) e Mara Lisiane de Moraes dos Santos (Orientadora) e Maurício Antonio Pompilio (Co-orientador).

A finalidade deste estudo é investigar a continuidade do cuidado à saúde nos indivíduos que participaram do projeto Cuidados Continuados Integrados no Hospital São Julião. Outro propósito é avaliar a evolução dos pacientes em relação às atividades básicas da vida diária, o grau de dependência funcional.

Quem participará deste estudo?

Poderão participar deste estudo todos os pacientes e seus cuidadores que participaram do projeto Cuidados Continuados Integrados.

Quem não pode ou não deve participar deste estudo?

As pessoas que não tiverem interessadas na pesquisa e se recusarem a assinar o termo de consentimento livre esclarecido.

O que serei solicitado a fazer?

Você será questionado sobre a continuidade do cuidado a saúde e o acesso aos serviços no domicílio e de reabilitação e avaliado quanto à sua capacidade funcional através de entrevista e exames físicos.

Quanto tempo estará no estudo?

Você participará deste estudo durante a coleta de dados primários, no período de janeiro de 2015 a setembro de 2015.

Quantas outras pessoas estarão participando deste estudo?

Um grupo dos indivíduos, moradores urbanos do Mato Grosso do Sul, que participaram do Projeto Cuidados Continuados Integrados.

Que prejuízos (ou eventos adversos) podem acontecer comigo se eu participar deste estudo?

A pesquisa não acarreta nenhum tipo de prejuízo, risco ou danos. Se eu tiver algum prejuízo (ou evento adverso), como serei ressarcido?

Rubrica do paciente ou responsável

Não serão oferecidos medicamentos nem outros procedimentos que possam causar dor ou sofrimento. Entretanto se sentir prejudicado deverá recorrer à pesquisadora responsável pelo estudo e também buscar o comitê de ética em pesquisa caso tenha alguma denúncia.

Que benefício eu posso esperar?

Você receberá informações e orientações sobre a Continuidade dos cuidados a Saúde, a fim de ganhar ou melhorar a capacidade funcional e gerando qualidade de vida.

Quem poderá ver os meus registros / respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente a pesquisadora, orientadora e co-orientador terão acesso a suas informações. Todos os registros

efetuados no decorrer desta investigação serão usados para fins unicamente acadêmico-científicos e apresentados na forma de dissertação, não sendo utilizados para qualquer fim comercial.

Eu serei informado do surgimento de informações significativas sobre o assunto da pesquisa?

Sim, você será informado no final deste estudo, sobre qualquer nova informação que possa contribuir para o cuidado a sua saúde.

Quem deve chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para Joliani Alves de Moraes (pesquisadora), telefone: 067 9220 9920. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187.

Eu posso recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido de participar de novos estudos.

Você deverá assinar duas vias deste termo de consentimento, onde receberá uma via assinada e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Rubrica do paciente ou responsável

Você deverá assinar duas vias deste termo de consentimento, onde receberá uma via assinada e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. E que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Paciente (ou responsável)

Telefone:

Assinatura do pesquisador

Telefone:

Campo Grande, ____ de _____ de 2015.

**APENDICE B - AVALIAÇÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO E O ACESSO
AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO**

1) Como os seus familiares se organizaram para te receber no seu domicílio após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados? Tiveram que fazer adaptações na residência? Eles precisaram mudar a rotina das atividades?

2) Em relação a sua vida social. Como ela está? E como você foi visto pela sociedade (igreja, mercado, vizinhos, amigos e etc), após a alta do projeto Cuidados Continuados Integrados no hospital São Julião?

3) Como ocorreu a continuidade do tratamento de reabilitação? Em relação ao local e frequência?

4) Após a sua alta do projeto Cuidados Continuados Integrados, você teve outra (as) internações? Por quê?

5) Após sua alta, você recebeu visita em seu domicílio de algum profissional de saúde?

() Sim () Não

Qual profissional? Qual a frequência? E como foi a visita?

() Médico	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Enfermeiro	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Técnico de enfermagem	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Odontólogo	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Fisioterapeuta	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Fonoaudiólogo	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Nutricionista	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Psicólogo	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Terapeuta Ocupacional	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Educador Físico	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Farmacêutico	() SUS	() Particular	() Voluntário
() Agente comunitário de saúde	() SUS	() Particular	() Voluntário

APENDICE C- CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Através desta carta, eu, _____, administrador (a) do Hospital São Julião autorizo a Joliani Alves de Moraes, mestranda do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul a realizar a coleta de dados nos prontuários dos indivíduos que participaram do projeto Cuidados Continuados Integrados, para o seu estudo de pesquisa. O estudo recebe a titulação: A continuidade dos cuidados à Saúde nos pacientes que participaram do projeto Cuidados Continuados Integrados no hospital São Julião, sob a orientação da Dr.^a Mara Lisiane de Moraes dos Santos e co-orientação do Dr.^o Mauricio Antonio Pompilio.

Campo Grande, _____ de Novembro de 2014.

 Assinatura

**ANEXO A -AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICO
(ABEP, 2009).**

1. DADOS PESSOAIS		
NOME:		
DATA NASCIMENTO: / /	CIDADE:	UF:
IDADE:	SEXO: () FEMININO () MASCULINO	
ESCOLA: SÉRIE:		
() PARTICULAR () PÚBLICA		

2. QUANTOS MEMBROS DE SUA FAMÍLIA MORAM COM VOCE? (A) NENHUM (B) UM OU DOIS (C) TRÊS OU QUATRO (D) CINCO OU SEIS (E) MAIS DE SEIS	3. INFORME A ESCOLARIDADE DE SEU PAI: (A) ANALFABETO / NÃO ESTUDOU (B) FUNDAMENTAL COMPLETO (C) ENSINO MÉDIO COMPLETO (D) SUPERIOR INCOMPLETO (E) SUPERIOR COMPLETO
---	---

4. INFORME A ESCOLARIDADE DE SUA MÃE: (A) ANALFABETO / NÃO ESTUDOU (B) FUNDAMENTAL COMPLETO (C) ENSINO MÉDIO COMPLETO (D) SUPERIOR INCOMPLETO (E) SUPERIOR COMPLETO	5. INFORME A RENDA MENSAL DA CASA: (A) ATÉ 2 SALÁRIOS MÍNIMOS (B) DE 2 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS (C) DE 5 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS (D) DE 10 A 15 SALÁRIOS MÍNIMOS (E) DE 15 A 20 SALÁRIOS MÍNIMOS
---	--

6.	A CASA EM QUE SUA FAMÍLIA RESIDE É:
(A)	EMPRESTADA OU CEDIDA
(B)	ALUGADA
(C)	PRÓPRIA EM PAGAMENTO
(D)	PRÓPRIA QUITADA
(E)	OUTRA CONDIÇÃO

7. CLASSE ECONÔMICA					
POSSE DE ITENS					
TELEVISÃO EM CORES	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
RÁDIO	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
BANHEIRO	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
AUTOMÓVEL	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
EMPREGADA MENSALISTA	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
ASPIRADOR DE PÓ	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
MAQUINA DE LAVAR	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
VIDEOCASSETE / DVD	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
GELADEIRA	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS
FREEZER	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4 OU MAIS

ANEXO B - ESCALA DE BARTHEL
(BASSEDA; SANJUÁN, 2006).

Pontos	Âmbito da avaliação
	Alimentação
10	Independente
5	Necessita de ajuda
0	Dependente
	Banho
5	Independente
0	Dependente
	Vestir-se
10	Independente
5	Necessita de ajuda
0	Dependente
	Asseio pessoal
5	Independente
0	Dependente
	Evacuação
10	Contínente
5	Acidente ocasional

0	Incontinente
	Micção
10	Continente
5	Acidente ocasional
0	Incontinente
	Uso de vasos sanitário
10	Independente
5	Precisa de ajuda:
0	Dependente:
	Transferência da cama para cadeira/poltrona
15	Independente
10	Mínima ajuda:
5	Grande ajuda:
0	Dependente:
	Deambulação
15	Independente:
10	Necessita de ajuda:
5	Independente em cadeiras de rodas:
0	Dependente: requer ajuda maior
	Degraus
10	Independente:
5	Necessita de ajuda
0	Dependente:
Total	
Ponderação	
• Dependência total: pontuação menor de 20 • Dependência grave: pontuação de 20 a 35 • Dependência moderada: pontuação de 40 a 55 • Dependência leve: pontuação igual ou > maior de 60	

**ANEXO C - ESCALA DE LAWTON
(LAWTON, 1969).**

Âmbito de Avaliação	Pontuação	
	Homens	Mulheres
Uso de telefone		
Utilizar o telefone por iniciativa própria, pesquisar e discar números.	1	1
Saber discar numeros conhecidos	1	1
Atender ao telefone, porém não saber discar.	1	1
Não utiliza o telefone em absoluto	0	0
Compras		
Realiza todas as compras necessárias de maneira independente	1	1
Somente sabe fazer pequenas compras	0	0
Necessita ir acompanhado para qualquer compra	0	0
Completamente incapaz de fazer compras	0	0
Preparo da refeição		
Organiza, prepara e serve qualquer comida sozinha	-	1
Prepara a comida sozinha somente se os ingredientes são proporcionados	-	0
Prepara, esquentar e serve a comida, porém não segue uma dieta adequada.	-	0
Necessita que lhe preparem e sirvam a comida	-	0
Tarefas domésticas		
Realiza as tarefas de casa sozinha, somente com uma ajuda ocasional.	-	1

Realiza tarefas leves (lavar pratos, arrumar camas).	-	1
Realiza tarefas rápidas, porém não mantém um nível de limpeza adequada.	-	1
Necessita de ajuda, porém realiza todas as atividades domésticas.	-	1
Não participa e não faz nenhuma tarefa	-	0
Lavar a roupa		
Lava a roupa sozinha	-	1
Lava somente peças pequenas, sozinha.	-	1
A roupa deve ser lavada por outra pessoa	-	0
Transporte		
Viaja sozinha (o), utiliza transporte público/dirige carro.	1	1
Locomove-se de táxi, não utiliza outro transporte público.	1	1
Viaja somente de transporte público e vai acompanhado (a)	1	1
Limitado (a) a viajar de táxi ou carro, acompanhado de outra pessoa (adaptado)	0	0
Não viaja em absoluto	0	0
Responsabilidade sobre as medicações		
É capaz de tomar a medicação na hora e nas doses corretas	1	1
Toma a medicação somente se é preparada previamente	0	0
Não é capaz de tomar medicação, sozinha (a)	0	0
Capacidade de utilizar o dinheiro		
Responsabiliza-se por assuntos econômicos, sozinho (a).	1	1
Encarrega-se das compras diárias, mas necessita de ajuda para ir ao banco.	1	1
Incapaz de utilizar o dinheiro	0	0
Total:		

Ponderação

- Homens: considerado anormal < 5 pontos.
- Mulheres: considerado anormal < 8 pontos.

ANEXO D-TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL/UFMS

Título da Pesquisa: A continuidade dos cuidados à saúde nos pacientes que participaram do projeto cuidados continuados integrados no hospital São Julião.

Pesquisadora: Joliani Alves de Moraes
Orientadora: Mara Lisiane de Moraes Santos
Co-orientador: Mauricio Antonio Pompilio

Como pesquisadora acima qualificada comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes que participaram do projeto “CCI” no Hospital São Julião, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) e Diretriz 12 das Diretrizes

Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS) ____/____/____

Assinatura da pesquisadora Principal