

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CUIDADOS PÓS-AGUDOS

COMO ESTÃO INSERIDAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA AS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs) E AS CLÍNICAS
DE RETAGUARDA?

ARIANE ELOIZA GUILHERME POLISAITIS

SÃO PAULO

2018

ARIANE ELOIZA GUILHERME POLISAITIS

CUIDADOS PÓS-AGUDOS

COMO ESTÃO INSERIDAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs) E AS CLÍNICAS DE RETAGUARDA?

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2018

Polisaitis, Ariane Eloiza Guilherme.

Cuidados pós-agudos: como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e as Clínicas de Retaguarda? / Ariane Eloiza Guilherme Polisaitis. - 2018.

78 f.

Orientador(a): Ana Maria Malik.

Dissertação (MPGC) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Idosos. 2. Política de saúde - Brasil. 3. Assistência à velhice - Brasil. 4. Idosos - Cuidados médicos. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (MPGC) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 364(81)

Ficha catalográfica elaborada por: Raphael Figueiredo Xavier CRB SP-009987/O

Biblioteca Karl A. Boedeker da Fundação Getulio Vargas - SP

ARIANE ELOIZA GUILHERME POLISAITIS

CUIDADOS PÓS-AGUDOS

COMO ESTÃO INSERIDAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRA AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPIs) E AS CLÍNICAS DE RETAGUARDA?

Trabalho Aplicado apresentado a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Maria Malik

Data da Aprovação

____/____/____

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)
FGV-EAESP

Prof. Dr. Walter Cintra Ferreira Jr
FGV-EAESP

Prof.^a Dra. Yeda Aparecida de Oliveira
Duarte
FSP-USP

Dedico este Trabalho Aplicado

Ao meu esposo Thomas Polisaitis, exemplo de determinação e compreensão.

Obrigado por você existir, por me fazer sonhar, crescer e acreditar.

A minha mãe Maria Neves, meu exemplo de honestidade, caráter, dignidade e amor, e que sempre me apoiou a lutar pelo que queria.

A minha família, que sempre me apoiou.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser quem sou e tudo que superei na vida. Obrigado **Deus**, por me abençoar muito mais do que eu mereço.

À professora **Ana Maria Malik**, pelas orientações, disponibilidade, cobranças, revisões de texto, e estando sempre disponível para atender. Obrigada por semear conhecimento em nossas conversas e por me transmitir confiança e serenidade em todos os momentos.

Aos **professores da Fundação Getulio Vargas**, por todo o embasamento e conhecimento transmitido ao longo desses anos e aplicados na realização deste trabalho.

Aos meus **colegas** do Mestrado Profissional que possibilitaram compartilhar conhecimentos, discussões, preocupações e risadas ao longo dos semestres.

À **equipe da GV Saúde**, que sempre me deu todo o suporte necessário.

À **Escola de Administração de Empresas de São Paulo – Fundação Getúlio Vargas**, pela oportunidade de fazer parte da primeira turma de Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade (Linha: Gestão em saúde).

Muito obrigada a **todos aqueles que me apoiaram**, direta ou indiretamente, a superar todas as (muitas) dificuldades que surgiram nesses quase dois anos de Mestrado Profissional.

A **TODOS** aqueles que eu possa ter esquecido de mencionar e que estiveram presentes nestes últimos semestres e que me possibilitaram chegar até aqui.

“Os grandes navegadores devem sua reputação
aos temporais e tempestades”

Epicuro

RESUMO

O rápido crescimento da população idosa portadora de doenças crônicas e degenerativas e a pressão por redução de custos nos hospitais por parte das fontes pagadoras têm demandado a necessidade de serviços de longo prazo por serem menos onerosos. Com o envelhecimento populacional as necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. É necessário alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações que, cada vez mais, exigirão mudanças no enfoque dos cuidados clínicos e assistenciais. O objetivo deste trabalho aplicado é identificar como são classificadas no Brasil as Instituições de Longa Permanência para Idosos e as Clínicas de Retaguarda. Realizado estudo exploratório e descritivo no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para consultar a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), e no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para consulta do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Também foi analisada uma base de dados coletada no ano 2017, contendo registros de internação de pacientes de dois prestadores de serviços da região metropolitana de São Paulo, sendo uma Instituição de Longa Permanência para Idosos e uma Clínica de Retaguarda. A pesquisa identificou a falta de padrão na classificação do CNAE e no cadastramento CNES, dificultando o levantamento dos dados do total de estabelecimentos, e total de leitos de retaguarda e ILPIs. No que tange as políticas de saúde, considera-se frente ao atual cenário brasileiro, uma omissão do Estado, que até o presente momento não atualizou os cuidados continuados prestados em instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Os idosos admitidos na ILPI para o serviço de curta permanência ficaram internados em média 49 dias. Do total de admissões na ILPI, 65% dos idosos receberam alta para seu domicílio. Os pacientes atendidos na Clínica de Retaguarda permaneceram em média 53 dias, e 76% dos pacientes receberam alta para seu domicílio. O Brasil tem um grande potencial para evoluir em um sistema de saúde que integre o *Pre-Acute Care*, o *Acute Care* e o *Post-Acute Care*, sendo assim possível a configuração de uma rede de cuidados.

Palavras-chave: Cuidados; Longa Permanência; Cuidados Continuados; Sistema de Saúde; Doenças Crônicas; Envelhecimento Populacional; Retaguarda; Continuing healthcare; Post-Acute Care.

ABSTRACT

The fast growth of the elderly population with chronic and degenerative diseases and underwrites influencing hospitals to reduce their costs have demanded the use of long-term services considering they are less expensive. Health requirements tend to become more chronic and complex due to population aging. Health systems need to be aligned with population demands, which will increasingly require changes in clinical care and assist approaches. This work aims to identify how Long-Term Care Facilities (LTCFs) for the elderly and Nursing Homes are classified in Brazil. An exploratory and descriptive study has been carried out on the SUS Department of Informatics website in order to browse the National Classification of Economic Activities (CNAE), and also on the Brazilian Institute of Geography and Statistics website in order to browse the National Registry of Establishment of Health (CNES). A database collected in 2017 has also been reviewed. It contains patient hospitalization records from two different service providers in the metropolitan region of São Paulo, the first one is a Long-Term Care Facility and the second one is a Nursing Home. This research has identified the lack of standardization in the classification of CNAE and in the CNES registration process, making it difficult to collect data about the amount of establishments, and amount of beds in Nursing Homes and LTCFs. With regard to health policies in the current Brazilian scenario it is considered a government's omission, since long-term care provided in Brazilian LTCFs has not been updated up to the present moment. The elderly people admitted to the LTCF for the short-term care service were hospitalized for an average of 49 days. 65% of the total admissions to the LTCF were discharged to return to their home. Patients treated at the Nursing Home remained on an average of 53 days, and 76% of the patients were discharged to return to their home. Brazil has a great potential to build up a health system to integrate Pre-Acute Care, Acute Care and Post-Acute Care, thus enabling the configuration of a care network.

Keywords: Care; Long-Term Care Facility; Long-Term Care; Health System; Chronic Diseases; Population Aging; Nursing Home; Continuing healthcare; Post-Acute Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das modalidades de serviços e média de permanência na ILPI e Clínica de Retaguarda.	62
Tabela 2 - Comparação dos diagnósticos por frequência da Empresa A (ILPI) e Empresa B (Clínica de Retaguarda).....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais Marcos Normativos e Regulatórios das Políticas Públicas de Saúde...	21
Quadro 2 - Identificação das atividades no CNAE.....	40
Quadro 3 - Classificação das atividades de atenção à saúde humana	40
Quadro 4 - Classificação das atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares.....	41
Quadro 5 - Classificação dos serviços de assistência social sem alojamento	42
Quadro 6 - Classificação das atividades da saúde e serviços sociais	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmides etárias absolutas	19
Gráfico 2 - Leitos de Longa Permanência no Brasil	44
Gráfico 3 - Leitos de Longa Permanência em São Paulo	44
Gráfico 4 - Grau de dependência de cuidados dos idosos admitidos na ILPI	46
Gráfico 5 - Perfil cognitivo dos idosos admitido na ILPI	47
Gráfico 6 - Taxa de ocupação de leitos na ILPI	47
Gráfico 7 - Taxa de admissão na modalidade de curta permanência ILPI	48
Gráfico 8 - Plano de saúde dos idosos admitidos na ILPI	48
Gráfico 9 - Diagnóstico médico das admissões na ILPI	49
Gráfico 10 - Atendimento na modalidade de pós-operatório de cirurgia ortopédica ILPI	49
Gráfico 11 - Atendimento na modalidade de reabilitação neurológica ILPI	50
Gráfico 12 - Atendimento na modalidade de antibioticoterapia ILPI	50
Gráfico 13 - Atendimento na modalidade de reabilitação respiratória ILPI	51
Gráfico 14 - Atendimento na modalidade de cuidados paliativos ILPI	52
Gráfico 15 - Tempo médio de permanência na ILPI por diagnósticos	52
Gráfico 16 - Complexidade de cuidados dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda	54
Gráfico 17 - Perfil cognitivo dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda	55
Gráfico 18 - Taxa de ocupação de leitos da Clínica de Retaguarda	55
Gráfico 19 - Taxa de admissão na modalidade de transição de cuidados na Clínica de Retaguarda ...	56
Gráfico 20 - Diagnósticos dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda	56
Gráfico 21 - Atendimento na modalidade de reabilitação ortopédica na Clínica de Retaguarda ...	57
Gráfico 22 - Atendimento na modalidade de reabilitação neurológica na Clínica de Retaguarda ..	57
Gráfico 23 - Atendimento na modalidade de reabilitação respiratória na Clínica de Retaguarda ..	58
Gráfico 24 - Atendimento na modalidade de antibióticoterapia na Clínica de Retaguarda	58
Gráfico 25 - Atendimento na modalidade de cuidados paliativos na Clínica de Retaguarda	59
Gráfico 26 - Fonte pagadora na Clínica de Retaguarda	59
Gráfico 27 - Tempo médio de permanência na Clínica de Retaguarda por diagnósticos	60
Gráfico 28 - Taxa de beneficiários por planos de Saúde da ILPI e Retaguarda	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACA – Affordable Care Act

AGS – American Geriatrics Society

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Câncer

CEPH – Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CONCLA – Comissão Nacional de Classificação

CSM – Centros de Serviços Medicare e Medicaid

DA – Doença de Alzheimer

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRG – Diagnosis Related Group

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPIS – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ITU – Infecção do Trato Urinário

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

RDC – Resolução Diretoria Colegiada

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA	16
2.1 Objeto da dissertação	16
2.2 Pergunta de pesquisa	16
2.3 Objetivo geral	16
2.4 Objetivos específicos	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
4.1 Principais Marcos Normativos e Regulatórios das Políticas Públicas de Saúde	20
4.1.1 Políticas de Saúde	20
4.1.2 Políticas de Proteção Social	22
4.1.3 Políticas Públicas para Pessoas Idosas	23
4.1.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil	26
4.1.5 Hospitais e Clínicas de Retaguarda no Brasil	29
5 OS CUIDADOS PÓS-AGUDOS EM OUTROS PAÍSES	31
5.1 Portugal	31
5.2 Inglaterra	32
5.3 Estados Unidos	34
6 METODOLOGIA	37
6.1 Tipo de estudo	37
6.2 Base de dados do estudo	37
6.3 Levantamento Bibliográfico	37
7 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	39
7.1 Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)	39
7.2 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)	43
7.3 Empresa A: Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	45
7.4 Empresa B: Clínica de Retaguarda	53
7.4.1 Complexidade de cuidados na Retaguarda	54
8 DISCUSSÃO	61
9 CONCLUSÕES	67
10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações acarretam, nacional e internacionalmente, entre outras causas, um crescimento das despesas com tratamento médico e hospitalar. O custo da internação e o tempo médio de permanência nos hospitais são expressivamente mais elevados para pacientes com doenças crônicas¹ e degenerativas, que acometem mais os idosos. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

No modelo de assistência vigente, o hospital está no centro do sistema de saúde e o médico é o principal tomador de decisão. O formato é hospitalocêntrico, com ênfase em situações curativas, orientado para a atenção a condições agudas, apresenta custos elevados, demanda de investimentos em equipamentos caros e por causa disso a atenção é fragmentada e reativa. Em decorrência do aumento no número de pessoas portadoras de condições crônicas, e outros problemas que afetam o sistema de saúde, é necessário reestruturar o sistema de atenção à saúde, para um modelo proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde (MENDES, 2011).

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, as perspectivas para o futuro próximo são de redução da queda da mortalidade nas idades avançadas e aumento do número de idosos com fragilidades físicas e/ou mentais que demandarão cuidados continuados (OMS, 2015). A população idosa é mais exposta a doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando em sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, conseqüentemente acarretando situações de dependência e necessidade de cuidados. Neste contexto surgem as Clínicas de Retaguarda e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) que atuam na prestação de serviços de cuidados pós-agudos, com foco em pacientes

¹ As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas relacionadas a causas múltiplas, e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades (MS, 2013).

que necessitam de uma rede de assistência para continuidade dos cuidados. A proposta do modelo refere-se aos períodos de convalescença e recuperação, otimizando a capacidade funcional do paciente, preparando-o para cuidados de longo prazo e, consequentemente, minimizando desfechos inapropriados, que resultam nas reinternações hospitalares.

Em relação à regularização cadastral das atividades prestadas por estes estabelecimentos, na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), não há um padrão único de classificação para esses serviços. Consequentemente não se tem um enquadramento correto da empresa, e muito menos dados fidedignos para o planejamento de ações em saúde.

A legislação brasileira estabelece que o cuidado das pessoas dependentes e/ou incapacitadas é de responsabilidade das famílias, porém o número de pessoas na estrutura familiar está cada vez mais restrito em função da redução da fecundidade, tendo como consequência um número menor de crianças nas famílias brasileiras e crescente participação da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho. O resultado desse cenário é o aumento do individualismo e da valorização da vida independente. Essas modificações podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais² e afetar a economia de cuidado (CAMARANO; KANSO, 2010).

A principal motivação para realização deste trabalho aplicado é identificar como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e as Clínicas de Retaguarda. Como decorrência, idealmente, contribuir para a discussão das políticas de saúde e do seu aprimoramento.

² Intergeracional: está relacionado a duas ou mais gerações.

2 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

2.1 Objeto da dissertação

Cuidados Pós-agudos

2.2 Pergunta de pesquisa

Como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e as Clínicas de Retaguarda?

2.3 Objetivo geral

Identificar como são classificadas no Brasil as Instituições de Longa Permanência para Idosos e as Clínicas de Retaguarda.

2.4 Objetivos específicos

- Identificar as políticas públicas de saúde que norteiam os serviços de cuidados pós-agudos no Brasil.
- Identificar os tipos de cadastros das Instituições de Longa Permanência para Idosos e das Clínicas de Retaguarda disponíveis nos sistemas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE).
- Verificar e comparar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e em uma Clínica de Retaguarda modelos de cuidados assistenciais e algumas características.

3 JUSTIFICATIVA

O rápido crescimento da população idosa portadora de doenças crônicas e degenerativas e a pressão por redução de custos nos hospitais por parte das fontes pagadoras têm demandado a necessidade de serviços de longo prazo por serem menos onerosos (YOO, 2015). Com o envelhecimento populacional as necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. É necessário alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações que, cada vez mais, exigirão mudanças no enfoque dos cuidados clínicos e assistenciais (OMS, 2016).

Há uma variedade de serviços sendo oferecidos no Brasil, porém com nomenclaturas distintas: *Cuidados de Transição (Care Transition)*, *Cuidados de Longa Permanência (Long-term Care)*, *Cuidados Continuados (Continuous Care)*, *Cuidados de Curta Permanência (Short-term Care)*, *Cuidados Assistidos (Assisted Care)*, entre outros. Não se encontrou um padrão estabelecido nas bases de dados consultadas para estas modalidades de serviços. A legislação vigente necessita aprofundar-se no contexto das necessidades dos pacientes e no que, de fato, esses serviços podem oferecer. Uma vez que são pequenas as barreiras para a entrada destes serviços no mercado, encontra-se de tudo, mesmo sem ser conhecida a relação dos custos/benefícios e dos indicadores de desfechos clínicos.

As barreiras de entrada no mercado consistem, em teoria, nas variáveis que dificultam a entrada de uma empresa em novos segmentos ou mercados. As principais barreiras são financeiras (demandam alto investimento), técnicas (necessitam conhecimento técnico específico) e legais (atendimento às legislações e conselhos de classes vigentes). Essas variáveis contribuem para que a empresa possa competir com maior eficácia na sua posição no mercado ou impedem sua entrada (PORTER, 2004).

No que tange à indisponibilidade dos indicadores de serviços de pós-agudos, considera-se uma oportunidade de melhoria para avaliar a eficiência do modelo. É fundamental mensurar todo ciclo de tratamento do paciente, a fim de gerar uma competição centrada no nível da condição de saúde. A competição baseada em valor, considerando todo o ciclo de atendimento, levará maior atenção à prevenção, detecção e ao gerenciamento de longo prazo das doenças e dos pacientes em relação a tratamentos e intervenções agudas (PORTER; TEISBERG, 2007).

No Brasil há poucas pesquisas sobre o tema de cuidados pós-agudos. Também não existe uma legislação específica para a modalidade de atendimento que regulamenta quem poderá oferecer o serviço, a elegibilidade dos pacientes conforme sua complexidade de cuidado, o tipo de assistência que deverá ser prestada e o total de leitos por estabelecimento. Ao estudar o tema, este trabalho pretende contribuir para a construção de políticas públicas de saúde voltadas para o serviço de pós-agudos, focando nas necessidades dos pacientes e nos cuidados continuados, a fim de diminuir reinternações³ hospitalares, que podem ser evitadas com o gerenciamento do quadro clínico do paciente, melhorando os custos com a saúde e a mensuração dos desfechos clínicos. Estudo aponta que a maioria das readmissões potencialmente evitáveis são causadas por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que podem representar deficiências no atendimento das necessidades de cuidados dos pacientes (BORGES; TURRINI, 2011).

³ Mensuração das taxas de readmissão hospitalar são cada vez mais utilizadas para melhoria da qualidade e controle de custos do sistema de saúde (FISCHER et al., 2014).

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A proteção à saúde iniciou no Brasil com a Constituição de 1934, mas ainda muito associada ao direito à saúde do trabalhador. Naquela época não se pensava na saúde como um valor a todos os brasileiros (BRASIL. Presidência da República, 1934).

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades. É responsabilidade dos Governos garantir a saúde dos seus povos, que só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 1946).

No Brasil vem ocorrendo uma transição epidemiológica, com mudanças no padrão de saúde e doenças. Essa transição se refere às modificações, no longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, modifica-se o perfil de saúde da população. Ao invés de processos agudos que "se resolvem" rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam na utilização dos serviços de saúde e obrigam a readequação dos programas de atenção à saúde para atender melhor a população (DUARTE; BARRETO, 2012).

Pessoas com mais de 65 anos representarão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. Observa-se que esse fenômeno é mais expressivo entre as mulheres, decorrente da maior mortalidade do sexo masculino. Atualmente a estimativa de vida da população masculina é de 73 anos em média, e para a população feminina é de 79 anos (SÃO PAULO. Fundação SEADE, 2018).

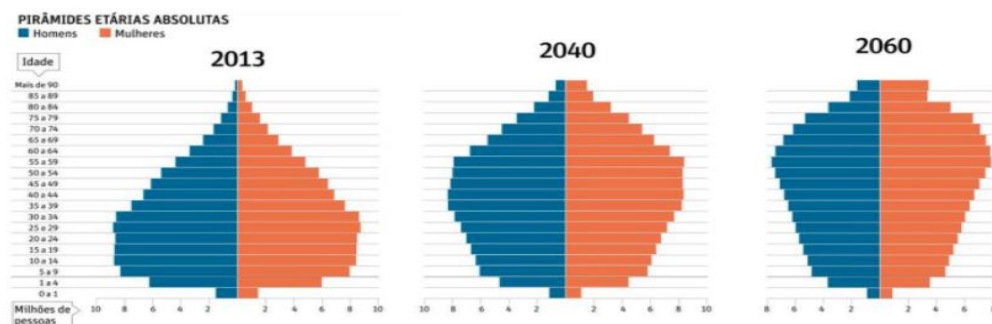


Gráfico 1 - Pirâmides etárias absolutas
Fonte: IBGE, 2018b

É previsível que o aumento do envelhecimento populacional demandará um sistema de cuidados assistenciais diferenciados que contribuam para a melhora da integridade física e mental. Camarano e Kanso (2010) projetaram que o número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30 a 50% entre 2010 e 2020 dependendo das suas condições de autonomia (CAMARANO; KANSO, 2010).

Os cuidados pós-agudos são serviços de cuidados prolongados, que incluem uma ampla gama de serviços de saúde e cuidados pessoais, atendem as necessidades de idosos frágeis e outros adultos, cuja capacidade para o autocuidado é limitada por causa de doença crônica, declínio físico, cognitivo ou mental, ou outras condições relacionadas a período de convalescência (HARRIS-KOJETIN, 2013).

Na definição da American Geriatrics Society os cuidados pós-agudos são definidos como um conjunto de ações desenhadas para garantir a coordenação e a continuidade da assistência aos pacientes que precisam ser transferidos de hospitais de agudos. Essa transferência de cuidados é definida pelo termo de transição de cuidados, que representa a transferência do paciente entre dois cenários de assistência, que garantem a continuidade dos cuidados por meio de um plano de tratamento individualizado, desenvolvido por profissionais especializados (AGS, 2018). A qualidade desse processo de transição depende de informações fidedignas, preparação do paciente, familiares e cuidadores, apoio ao autocuidado do paciente e capacitação dos doentes nas metas de saúde estabelecidas (COLEMAN; BERENSON, 2004).

4.1 Principais Marcos Normativos e Regulatórios das Políticas Públicas de Saúde

4.1.1 Políticas de Saúde

As políticas públicas são definidas como o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado, que regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. O processo de formulação de uma política de saúde deve identificar o conjunto de objetivos que traduzam aspirações e interesses prevalentes na sociedade e os meios disponíveis no tempo e espaço a que se referem. Devem ser consideradas ainda as avaliações pregressas, problemas de grupos populacionais, gênero, áreas territoriais e ambientais, observando as características peculiares da heterogeneidade com que se manifestam (FREITAS; PY, 2013).

Políticas de Saúde	Políticas de Proteção Social	Políticas Públicas das Pessoas Idosas	Regulatório
*Constituição Federal de 1988 - estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado.	*Lei Orgânica da Seguridade Social de nº 8212/91 - dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o Plano de Custeio.	*Lei nº 8.842/94 - Política Nacional do Idoso.	*RDC 283 de 2005 - Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ILPI
*Lei nº 8.080/90 - dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços.	*Lei nº 8.742/93 - alterou a Lei Orgânica da Seguridade Social	*Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso.	* Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 - Cuidados Prolongados para Retaguarda
	*Lei nº 12.435/11 - dispõe sobre a organização da assistência social.	*Portaria Nº 2.528/2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	
		*Portaria nº 399/2006 - Diretrizes do Pacto pela Saúde.	

Quadro 1 - Principais Marcos Normativos e Regulatórios das Políticas Públicas de Saúde
Fonte: BRASIL

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O Art. 198, destaca que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização (com direção única em cada esfera de governo), atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e a participação da comunidade. O Parágrafo único do art. 198 define que o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p. 104).

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como para a organização e o funcionamento dos serviços. No Art. 2º, parágrafo 1º, consta que é dever do Estado garantir a saúde, formular as políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos. A Lei ressalta que o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. O Art. 3º frisa que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. O parágrafo único do Art. 3º, também diz

respeito às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 1).

4.1.2 Políticas de Proteção Social

A assistência social tem a função de proteção social, vigilância socioassistencial e defesa dos direitos humanos. Organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS). As políticas de proteção social surgiram a partir de 1988, quando foi determinada a formulação de uma estrutura de proteção social abrangente (universalidade da cobertura e do atendimento), justa (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), equânime (equidade na forma de participação do custeio), e democrática (caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa), onde caberia ao Estado a provisão e o dever de atenção (LUCCHESE, 2004).

A Lei Orgânica da Seguridade Social de nº 8212/91 dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o Plano de Custeio. No Art. 1º, destaca-se que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, que deverá prover os mínimos sociais⁴ através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Segundo o Art.2º, Parágrafo único, as atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes: acesso universal e igualitário, provimento das ações e serviços através de rede regionalizada e hierarquizada, integrados em sistema único; descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações em serviços de saúde, e a participação da iniciativa privada na assistência à saúde (BRASIL. Presidência da República, 1991, p. 1).

Em 07 de setembro de 1993 o Decreto Lei Nº 8.742 alterou a Lei Orgânica da Seguridade Social (LOAS). O item saúde é excluído e o Art. 2º, que menciona a saúde, passa a ser o da assistência social, que tem por objetivo a proteção social, visa à garantia da vida, à redução de danos e à

⁴ Mínimos sociais são padrões de vida estabelecidos, referenciados na qualidade de vida média presente em cada sociedade. Refletem o estágio de desenvolvimento da sociedade. Ocorre alterações decorrente o avanço da ciência e grau e perfil da produção econômica (BH, 2006).

prevenção da incidência de riscos socioassistenciais⁵ (BRASIL. Presidência da República, 1993b, p. 1).

A Lei Nº 12.435, de 06 de julho de 2011, altera a Lei de Nº 8.742/93 e dispõe sobre a organização da assistência social, passando a vigorar com nova redação. No Art.3º considera entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos. No Art. 23 entendem-se por serviços socioassistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações são voltadas para as necessidades básicas (BRASIL. Presidência da República, 2011, p. 1).

No Brasil, apesar de constitucionalmente a assistência social ser um direito, no que tange à dimensão do cuidado esse direito não se realiza em ações governamentais consistentes e articuladas. Essa política está concentrada em um programa de transferência de renda. As ações de cuidados são residuais e tem sido pautadas em indivíduos de baixo poder aquisitivo (CAMARANO, 2010).

4.1.3 Políticas Públicas para Pessoas Idosas

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade contribuíram para a formulação de políticas que garantam o direito dos idosos. No ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842/94, regulamentada no Decreto nº 1.948/96, tendo como objetivo assegurar os direitos da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. A Política Nacional do Idoso foi um marco, por seguir as normativas nacionais e internacionais e, ainda, por ser implementada de maneira integrada e descentralizada por intermédio dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (FREITAS; PY, 2013).

Em 01 de outubro de 2003 foi sancionada a Lei Nº 10.741, instituindo o Estatuto do Idoso, que visa regular os direitos assegurados às pessoas com 60 anos. Fica estabelecido que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas

⁵ Socioassistenciais: são atividades continuadas que visam à melhoria da vida da população e cujas ações estejam voltadas para as necessidades básicas da população (BH, 2006).

sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, dando atenção especial às doenças que o afetam (BRASIL. Presidência da República, 2003).

No capítulo da assistência social é descrito como deverá funcionar a prestação de serviços em todas as entidades de longa permanência. As ILPIs governamentais e não governamentais ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e ao Conselho Municipal do Idoso, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento (BRASIL. Presidência da República, 2003).

Essa lei é abrangente e segue as diretrizes do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada em Madri/2002). Trata dos direitos fundamentais, medidas de proteção, políticas de atendimento, da fiscalização das entidades de atendimento, das infrações administrativas, acesso à justiça, da proteção judicial dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis ou homogêneos e disposições gerais.

No ano de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Portaria N° 2.528, que determina aos órgãos e entidades do Ministério da Saúde a elaboração de mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

No mesmo ano foi publicado, por meio da Portaria n° 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, que contempla o Pacto pela Vida. O documento destaca como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas do governo a saúde do idoso com foco na atenção integral. É fundamental a questão da integralidade do cuidado, que visa as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Dentro deste conceito há possibilidade de se explorar a proposta de cuidados continuados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

No que tange à defesa do direito violado, a Lei de Nº 8.648, de 20 de abril de 1993, altera o artigo 399 da Lei Nº 3.071/1916, do Código Civil, ficando acrescido o parágrafo único, com a seguinte redação:

No caso de pais que, na velhice, carência ou enfermidade, ficaram sem condições de prover o próprio sustento, principalmente quando se despojaram de bens em favor da prole, cabe, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los, com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas. (BRASIL. Presidência da República, 1993a).

Cabe ressaltar que o Ministério Público vem atuando ativamente na defesa dos direitos das pessoas idosas, tanto que criou a Associação dos Membros do Ministério Público de Defesa do Idoso e das Pessoas com Deficiência.

A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, são os principais marcos descritos que asseguram os direitos das pessoas idosas, criando condições que promovam a autonomia, integração e participação efetiva desses na sociedade. A proteção ao idoso também está contida na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Federal. Essa proteção por parte do Estado, da sociedade e da família, deve ser feita de maneira que o idoso viva dignamente, e que seus direitos não sejam violados.

4.1.4 Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil

Não há uma definição clara no Brasil sobre o que seja uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Sua origem está ligada aos asilos, cuja finalidade é oferecer abrigo, proteção, amparo e segurança aos idosos carentes.

A primeira instituição destinada aos idosos no Brasil foi construída em uma chácara em 1790, para acolher soldados portugueses que participaram da campanha de 1792 e que, naquela ocasião, encontravam-se “avançados em anos e cansados de trabalhos”, e que pelos serviços prestados, “se faziam dignos de uma descansada velhice”. A chamada casa dos inválidos foi construída por decisão do 5º Vice-Rei, Conde de Resende, contrariando todas as normas da época (LIMA, 2005).

O termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foi proposto pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) no ano de 2003, para substituir o termo “asilo”, que remete a uma visão negativa e não causa boa impressão quando mencionado. O nome ILPI é uma adaptação do termo *Long-Term Care Institution* utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (COSTA, 2004). As ILPIs estão inseridas dentro do contexto social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pois entende-se que o tratamento médico não constitui o elemento central do atendimento.

A Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que norteia o serviço das IPLIs é a RDC 283 de 2005, que define e aprova as normas de funcionamento das instituições de caráter residencial. A fiscalização desses estabelecimentos sociais compete à Vigilância Sanitária. O serviço deve ser destinado a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo essa Resolução, a instituição deve oferecer moradia, cuidados básicos da vida diária e algum tipo de serviço de saúde. Além disso, deve conter informações acerca das enfermidades dos idosos, garantir o dimensionamento do número de funcionários conforme grau de dependência do idoso, oferecer estrutura física com acessibilidade, ter os processos operacionais definidos e implantados, ofertar seis refeições diárias, notificar a vigilância epidemiológica das doenças compulsórias e implantar o plano de cuidados do idoso, que deverá garantir a recuperação da autonomia funcional, a prevenção do declínio funcional e a recuperação da saúde. O plano deverá ser reavaliado anualmente, garantindo os critérios de acesso, resolubilidade e humanização (BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005).

Pela RDC 283, o idoso institucionalizado deverá ser classificado conforme seu grau de dependência. O grau I corresponde ao idoso independente (mesmo que requeira o uso de equipamentos de autoajuda). O grau II apresenta dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária (alimentação, mobilidade e higiene; o idoso pode não ter comprometimento cognitivo ou apresentar alteração cognitiva controlada). O grau III requer assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária (apresenta comprometimento cognitivo). O idoso institucionalizado é considerado frágil, e muitas vezes encontra-se acamado e requer hospitalizações recorrentes, apresenta doenças como acidente vascular encefálico, síndromes demenciais, e outras doenças neurodegenerativas (BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005).

Apesar de as ILPIs apresentarem características de instituição social, inseridas nas competências do Ministério do Desenvolvimento Social, são de grande interesse para o setor da saúde. Camarano e Kanso (2010), neste texto chamam de asilo o que hoje é chamado de ILPI, e nesta linha afirmam que o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental está fazendo com que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. As ILPIs que atuam com cuidados continuados podem ser consideradas instituições híbridas, uma vez que admitem tanto pessoas com questões sociais, como pessoas portadoras de enfermidades crônicas, devendo ser fiscalizada no aspecto sanitário e social. Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no ano de 2009, localizou 3.548 ILPIs no território brasileiro, sendo 58% privadas. Não há dados disponíveis em relação à capacidade de leitos desses estabelecimentos, o tipo de serviços assistenciais disponíveis e os indicadores de desfechos clínicos.

A demanda pelos serviços de ILPIs está crescendo no Brasil. Isso decorre principalmente pela perda da capacidade funcional do idoso, representada pela dificuldade na realização das atividades básicas da vida diária, devido a um problema físico ou cognitivo. Os idosos institucionalizados apresentam em média quatro comorbidades quando comparados a outros grupos etários. É de fundamental importância a regulamentação, a fiscalização e o controle dessas instituições que se propõem a prestar assistência às pessoas idosas. Na prática há evidências de que as ILPIs privadas ofertam serviços que vão além do apoio social, através da assistência à saúde e da continuidade do cuidado pós internação hospitalar. Observa-se a

necessidade da criação de políticas públicas específicas que insiram as ILPIs tanto na área social, como na área da saúde, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

4.1.5 Hospitais e Clínicas de Retaguarda no Brasil

A Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para Retaguarda, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considera que a continuidade dos cuidados deve estar inserida no processo assistencial em conformidade com os princípios da integralidade, equidade e universalidade, através do desenvolvimento de uma estratégia multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos da rede de atenção à saúde para o usuário com necessidade de cuidados hospitalares prolongados. Segundo essa Portaria, os serviços de cuidados prolongados poderão se organizar nas seguintes modalidades: Unidade de Internação em Cuidados Prolongados com o serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado, ou Hospital exclusivo especializado em Cuidados Prolongados. O estabelecimento de retaguarda deverá possuir no mínimo cinquenta leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), contribuindo com o planejamento em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012a).

A inspeção sanitária do serviço de retaguarda é realizada pela Vigilância Sanitária local, tendo como norteador a RDC 50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. São avaliados o dimensionamento de recursos humanos por paciente, a estrutura legal, a estrutura física, a estrutura administrativa, o cadastro do estabelecimento e o sistema de informação. Ocorre também a fiscalização pelos conselhos de classes, a fim de verificar os protocolos de atendimento e o correto dimensionamento de pessoal.

Pela legislação vigente são considerados leitos para retaguarda aqueles que admitem pacientes que necessitem de cuidados prolongados, ou seja, que permaneçam internados por mais de 31 dias, até um limite máximo de 170 dias. Os pacientes devem apresentar alguma das seguintes características: paciente convalescente, que foi submetido a procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos e que se encontra em recuperação e necessita de acompanhamento médico, de outros cuidados assistenciais e de reabilitação físico funcional, por um período de até 170 dias; paciente portador de múltiplos agravos à saúde, que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação; paciente crônico portador de patologia de evolução lenta ou portador de sequela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, objetivando a reabilitação físico funcional;

paciente em cuidados permanentes, que teve esgotada todas as condições de terapia específica e necessita de assistência médica ou de cuidados permanentes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012a).

Segundo dados da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAH), 25% dos leitos hospitalares privados brasileiros são ocupados por pacientes de longa permanência (O DEFICIT, 2013). No entanto, os cuidados prolongados se destinam a pacientes que não necessitam de cuidados hospitalares. São considerados pacientes elegíveis para os cuidados prolongados aqueles que estão em situação de perda de autonomia, com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, e restritos ao leito. Estudo realizado por Ajimura mostra que embora existam poucos leitos de longa permanência, mesmo quando os pacientes recebem alta, estes permanecem além do necessário nos hospitais (AJIMURA, 2016).

5 OS CUIDADOS PÓS-AGUDOS EM OUTROS PAÍSES

Para melhor compreensão do assunto cuidados pós-agudos, pesquisou-se como funciona o modelo em alguns outros países, onde o serviço é regulamentado, está inserido no sistema de saúde, e forma uma rede integrada de cuidados. Os países escolhidos para análise do modelo foram Portugal, Inglaterra e Estados Unidos, onde o serviço está consolidado.

5.1 Portugal

A construção da política de cuidados continuados integrados em Portugal teve início em 1994, com o Programa Apoio Integrado aos Idosos, que tinha como objetivo melhorar os cuidados já existentes e desenvolver modelos inovadores. Em 1996 o Ministério da Saúde e da Segurança Social percebeu a necessidade de criar uma rede de cuidados continuados (Despacho n. 204, de 3 de setembro de 1996). Em 2003 surgiu a primeira lei que instituía a implementação da primeira rede de cuidados continuados integrados (Decreto-lei n. 281, de 2003), que integrava a área social e da saúde. Desta forma passou a organizar todo o sistema para a prestação de cuidados continuados. Neste período foram criadas unidades de internamento, unidades de recuperação global e unidades móveis domiciliárias (BOQUINHAS, 2012).

A partir do ano de 2006 com a vigência da Lei n. 101, os cuidados continuados foram assumidos como direitos e integrados na política e no sistema de saúde. O Serviço Nacional de Saúde representa um dos pilares fundamentais do estado de bem-estar social e contribui para o desenvolvimento social e para mudança no indicador de aumento de anos de sobrevida de doentes crônicos e de pessoas com 65 anos ou mais, produzindo assim padrões de bem-estar idênticos a países tidos como os mais desenvolvidos (CARVALHO, 2014).

Os cuidados continuados em Portugal são preconizados através de um programa em nível nacional, com uma coordenação central e regional, que dispõe de cuidados de reabilitação, de média e de longa duração. O programa foi estruturado da seguinte forma: unidades de cuidados de internamento para pacientes convalescentes, de longa duração, de média duração e de cuidados paliativos; unidades de ambulatórios para atendimento dia; equipes de gestão das altas hospitalares; unidades específicas para cuidados paliativos e unidades com equipes para atendimento domiciliares. A maioria dos pacientes encaminhados para a rede de cuidados continuados está na faixa etária de 65 anos e é portadora de doenças crônicas.

O Serviço Social em Portugal tem um papel fundamental nas políticas de saúde e de cuidados continuados integrados, pois por meio do plano de intervenção social, o serviço participa ativamente no planeamento da alta hospitalar do paciente, no direcionamento para unidades de cuidados continuados, e na integração dos pacientes no retorno a comunidade (CARVALHO, 2014). Embora a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) se destine a cidadãos de todas as idades, a maioria dos utilizadores da rede é composta de idosos, com mais de 65 anos de idade. A crescente dependência de uma população progressivamente mais idosa e o aumento da incidência de doenças crônicas em Portugal têm levado a uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a RNCCI. Simultaneamente, a indisponibilidade por parte das famílias de compatibilizar estas novas necessidades nas suas estruturas familiares e de prestar o apoio social necessitado por esta população, levou à expansão dos cuidados continuados, cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crônicos e pessoas em situação de dependência (OECD, 2013).

A Rede de Cuidados Continuados disponibiliza um relatório anual que apresenta dados sobre vários indicadores, como: Total de leitos e locais de atendimento dos cuidados continuados, tempo para identificação do provedor e internação por equipes de coordenação, número de pacientes encaminhados para a RNCCI, características demográficas e sociais dos pacientes e taxa de ocupação. Também são mensurados indicadores sobre a qualidade do cuidado: autonomia física do paciente, prevalência e incidência de lesão por pressão, quedas e taxa de mortalidade.

5.2 Inglaterra

Os cuidados continuados de saúde na Inglaterra estão inseridos num pacote de cuidados organizado e financiado, desde 01 de outubro de 2007, exclusivamente pelo *National Health Service* (NHS), para indivíduos que não necessitam de cuidados hospitalares. O cuidado poderá ocorrer na própria casa do paciente ou em uma casa de repouso, caso o paciente resida na mesma. Se o paciente for considerado elegível para atendimento do serviço significa que o NHS pagará pelos cuidados de saúde, que poderá ser o atendimento através de uma enfermeira, de família ou por um terapeuta especialista. As necessidades de assistência social, como cuidados pessoais e tarefas domésticas (auxílio com o banho, vestir-se, preparar alimentos e fazer compras) também têm cobertura do NHS. Em uma casa de repouso o NHS também pagará os

custos da estadia, alimentação, medicamentos, cuidados de enfermagem e reabilitação, diretamente para o estabelecimento (INGLATERRA, 2018).

São elegíveis para o serviço pessoas com mais de 18 anos de idade, que sofreram acidentes, que apresentem incapacidade física ou doenças crônicas em fase de agudização, avaliadas por uma equipe multiprofissional e tiveram suas necessidades para os cuidados continuados identificadas na avaliação global. O prazo de retorno da avaliação ocorrerá em até 28 dias. Caso o paciente esteja em fase terminal (Paliativo) o retorno é imediato. Pacientes não elegíveis para cuidados continuados retornam para seu médico de referência, que deverá avaliar outros tipos de suporte assistencial (INGLATERRA, 2018).

A avaliação global do NHS é uma ferramenta nacional obrigatória de apoio à decisão que registra as necessidades do indivíduo em até 12 áreas conhecidas como domínios:

- Comportamento
- Cognição
- Necessidades psicológicas e emocionais
- Comunicação
- Mobilidade
- Nutrição
- Continência
- Integridade da pele
- Respiração
- Medicamentos em uso
- Estados alterados de consciência
- Quaisquer outras necessidades significativas de cuidados

Três meses após a admissão é feita uma reavaliação para identificar os desfechos dos cuidados e informar por escrito se o paciente continuará tendo direito ao pagamento dos seus cuidados pelo NHS.

O NHS estabeleceu que o momento ideal para o encaminhamento do paciente para cuidados continuados está no planejamento da alta hospitalar. Sendo assim, a avaliação global para verificar a elegibilidade é realizada nesse momento por uma equipe do hospital de agudos,

treinada e apoiada para a aplicação dos instrumentos de avaliação do *NHS Continuing Healthcare*. O benefício de realizar o processo desde o planejamento da alta hospitalar pode reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital, direcionar para o pacote de serviços correto e reduzir as reinternações hospitalares.

5.3 Estados Unidos

Nos Estados Unidos o Medicare⁶ dispõe de serviços de cuidados pós-agudos, oferecendo essa modalidade de atendimento após uma internação hospitalar. Conforme a necessidade do paciente, ele poderá ser encaminhado para hospitais de transição de cuidados, especializados em pacientes complexos que requerem tempo de recuperação prolongada (Ex. pós AVC, doenças cardíacas e infecções). Outras modalidades do serviço incluem: *Outpatient Therapy* (serviço de reabilitação física, terapia ocupacional e fonoaudiologia em ambulatórios especializados), *Inpatient Rehabilitation Facility* (reabilitação intensiva para recuperação de uma lesão ou doença) e *Skilled nursing facility* (serviços especializados de enfermagem) (AHA, 2018).

A estruturação do serviço de pós-agudos⁷ teve início no ano 1980, após várias pesquisas realizadas que avaliaram a frequência, motivos e custos das reinternações hospitalares da população idosa beneficiária do Medicare (COLEMAN; BERENSON, 2004). Outras pesquisas identificaram que os idosos recebiam alta hospitalar com múltiplas demandas de cuidados complexos para a família e cuidadores (PARRY et al, 2003). Neste contexto, alguns programas começaram a se estruturar com o objetivo de melhorar a assistência após a alta hospitalar, com a identificação dos idosos vulneráveis, estruturação do plano de cuidados, intervenções de cuidados em casa ou na comunidade (KAIRALLA; BERRETTA, 2013).

O processo de admissão para cuidados de transição se inicia no hospital, com a visita de um profissional (médico ou enfermeiro) que realizará o levantamento do histórico de saúde, exame físico, avaliação cognitiva, análise dos medicamentos em uso, complexidade de cuidados e

⁶ Medicare é um programa do governo federal dos Estados Unidos que funciona como um seguro de saúde para pessoas com 65 anos ou mais; pessoas com menos de 65 anos que tenham certas incapacidades ou pessoas de qualquer idade com doença renal em estágio final – deficiência permanente dos rins que exijam diálise ou um transplante (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2018b).

⁷ Serviço de pós agudo são instalações de cuidados, que dispõem de equipe multidisciplinar, que atuam nos cuidados pós hospitalizações.

avaliação das necessidades para as atividades básicas da vida diária. Se o paciente for elegível para o atendimento, é liberado um pacote de transição de cuidados, que varia entre 60 a 120 dias, a depender da complexidade assistencial. A proposta da assistência é norteada por um plano de cuidados com metas estabelecidas que tem início no primeiro dia da admissão. Caso os dias liberados ultrapassem o limite estabelecido pelo Medicare, o paciente terá uma coparticipação no pagamento das diárias (DREYER, 2014).

As parcerias estratégicas dos hospitais com as instituições de cuidados pós-agudos nos Estados Unidos tiveram início no ano de 2012, após a Lei de Cuidados Acessíveis ter sido sancionada pelo presidente Barack Obama em março de 2010. A Affordable Care Act (ACA) estabeleceu o Programa de Redução de Readmissões Hospitalares do Medicare, oferecendo aos hospitais incentivos para reduzir as taxas de readmissão. Punições financeiras são impostas para os hospitais cujas taxas de readmissão de 30 dias para pacientes com infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia são significativamente maiores do que a média nacional (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2018a). Essas taxas são ajustadas de acordo com dados demográficos e fatores de risco do paciente. Em 2015, os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) expandiram esse programa para cobrir outros procedimentos, como artroplastia, DPOC, prótese de quadril e joelho. Desde a implementação do Programa, a taxa de readmissão de 30 dias para pacientes do Medicare diminuiu de 20% para 17,8%, para os grupos de *Diagnosis Related Group* (DRG) estabelecidos (HANSEN, 2011).

Do ponto de vista conceitual, o DRG é um sistema que classifica os pacientes de acordo com o motivo de admissão, a gravidade da doença e o risco de mortalidade. As características do paciente utilizadas na definição dos DRGs são limitadas às informações rotineiras coletadas no sistema de informação dos hospitais. Há um número gerenciável de códigos que abrangem todos os pacientes atendidos em ambiente hospitalar, e classificam pacientes com um padrão semelhante de intensidade de recursos e semelhança clínica (MATHAUER; WITTENBECHER, 2013).

Em 18 de setembro de 2014, o Congresso americano aprovou a Lei *Medicare Post-Acute Care Transformation*, que estabelece o compartilhamento das informações padronizadas da avaliação dos pacientes para todo o sistema de saúde. A avaliação clínica padronizada sugerida na Lei considera os seguintes domínios: status funcional; função cognitiva e estado mental; necessidades de serviços especiais, tratamentos e intervenções; condições médicas e co-

morbidades, e outras necessidades. O objetivo da Lei é tornar os cuidados mais seguros, reduzindo os danos causados na assistência, garantir que cada pessoa e sua família esteja envolvida como parceira dos cuidados, promover uma comunicação eficaz, promover as práticas de prevenção e tratamento mais eficazes para as principais causas de mortalidade, atuar nas comunidades para promover o uso amplo das melhores práticas para possibilitar uma vida saudável, tornar os cuidados longa duração mais acessíveis para pacientes, famílias, empregadores e governos, desenvolvendo e disseminando novos modelos de prestação de serviços de saúde (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2014).

Para a mensurar a qualidade dos serviços prestados em estabelecimentos de cuidados pós-agudos foram estabelecidos os seguintes indicadores: taxa de integridade da pele e alterações na integridade da pele, alterações no estado funcional e cognitivo, taxa de reconciliação medicamentosa, incidência de quedas com danos, compartilhamento das informações de saúde e as taxas de readmissões hospitalares potencialmente evitáveis (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 2014).

Atualmente, o sistema de saúde americano passa por um alinhamento de incentivos financeiros entre os prestadores de cuidados agudos e pós-agudos. Busca-se uma organização dos serviços entre o hospital, os médicos, o provedor de cuidados pós-agudos e o paciente, a fim de incentivar a prestação desses serviços baseada em valor. A proposta abrange programas de cuidados de longa duração e transição baseados em equipes responsáveis pelo cuidado, intervenções de gestão de casos contínuos, engajamento do paciente e da família, protocolos de comunicação entre provedores para compartilhar informações clínicas e sociais por meio de tecnologias interoperacionais de informação em saúde e investimentos focados na cobertura clínica em ambientes de cuidados pós-agudos (exemplo equipes de telemedicina). As mudanças têm por objetivo incentivar a implementação de abordagens de alto valor para todos os envolvidos (BURKE et al., 2015).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

O estudo realizado foi exploratório e descritivo.

6.2 Base de dados do estudo

Foi realizada uma pesquisa no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para consultar a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), e no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para consulta do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Também foi analisada uma base de dados coletada no ano 2017, contendo registros de internação de pacientes de dois prestadores de serviços da região metropolitana de São Paulo, sendo uma Instituição de Longa Permanência para Idosos e uma Clínica de Retaguarda. Os dados estão em uma planilha de Excel, que contém uma amostra total de 226 registros de internação. A análise dos dados ocorreu por meio de agrupamentos das variáveis selecionadas, tais como origem da internação, diagnóstico médico, tipo de cuidados prestados, tempo de internação e a fonte pagadora. As variáveis utilizadas no estudo não expõem os pacientes. Os nomes dos estabelecimentos foram preservados, sendo considerados neste estudo como Empresa A e Empresa B.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPH) da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Em 01 de março de 2018, após deliberação dos membros do CEPH/FGV, o trabalho foi aprovado e o protocolo está totalmente adequado para execução.

6.3 Levantamento Bibliográfico

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados da Biblioteca virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS), Medline, PubMed e Biblioteca digital da FGV. Foram considerados também livros, revistas e sites, embora não acadêmicos, que tratavam do tema em estudo.

Foram utilizados para a pesquisa os termos: Cuidados; Longa Permanência; Post Acute Care; Cuidados Continuados; Sistema de Saúde; Doenças Crônicas; Envelhecimento Populacional; Retaguarda; Continuing healthcare. As buscas indicaram que há pouco material específico sobre o tema pós-agudos no Brasil.

7 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

As clínicas e hospitais de retaguarda são uma opção de atendimento que visa a dar continuidade ao tratamento iniciado no hospital, por meio de linhas específicas de cuidados, que promovem um cuidado interdisciplinar especializado, com o objetivo de completar o período de convalescença e recuperação, otimizando a capacidade funcional e preparando o paciente para os cuidados de longo prazo.

Do ponto de vista legal, no Brasil as atividades destes estabelecimentos estão sujeitas a um licenciamento sanitário nas Secretarias Municipais de Saúde. Para todos os estabelecimentos de saúde do país, independentemente de sua natureza jurídica ou integração com o Sistema Único de Saúde (SUS), se faz necessário o enquadramento das atividades na Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

7.1 Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)

A CNAE é o instrumento de padronização nacional dos códigos de atividade econômica, conforme publicação no Diário Oficial da União (Resolução IBGE/CONCLA nº 01 de 04 de setembro de 2006). Foi aplicada a todos os agentes econômicos engajados na produção de bens e serviços, podendo compreender estabelecimentos de empresas privadas ou públicas. A Tabela de Códigos resulta de um trabalho conjunto das três esferas de governo, tendo sido elaborada sob a coordenação da Secretaria da Receita Federal com a orientação técnica do IBGE, com representantes da União, dos Estados e dos Municípios, na Subcomissão Técnica da CNAE, que atua em caráter permanente no âmbito da Comissão Nacional de Classificação (CONCLA), e tem como responsabilidade o monitoramento, a definição das normas de utilização e a padronização das classificações estatísticas nacionais (IBGE, 2018). Uma empresa pode possuir vários CNAEs secundários de atividades, mas apenas um será considerado o da atividade principal, e com base neste será definida a tributação fiscal e o grau de risco da atividade (risco de acidente de trabalho e doença ocupacional).

Ao pesquisar no sistema de informação do IBGE/CONCLA as classificações padronizadas na CNAE, relacionadas com os serviços de cuidados continuados, foram encontradas na seção das divisões de atividades os seguintes itens conforme Quadro 1.

Seção Q	Domínio: Saúde Humana e Serviços Sociais
86	Atividades de atenção à saúde humana
87	Atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares
88	Serviços de assistência social sem alojamento

Quadro 2 - Identificação das atividades no CNAE

Fonte: IBGE, 2018a.

As atividades de atenção à saúde humana (seção 86) cobrem todas as formas de serviços relacionados à saúde humana prestados em hospitais, ambulatorios, consultórios, clínicas, centros de assistência psicossocial, unidades móveis de atendimento a urgências e remoções e, também os serviços de saúde prestados nos domicílios. A seção 87, compreende as atividades de apoio à gestão dos estabelecimentos de saúde e às atividades de práticas integrativas e complementares à saúde humana. As atividades de serviços sociais (seção 88) compreendem a assistência a indivíduos ou famílias e são realizadas por agências do governo ou por instituições privadas. Podem ser realizadas nos domicílios, incluir ou não alojamento, serviços médicos e serviços de educação, desde que estes não sejam os principais serviços oferecidos.

No desdobramento da seção 86 (atividades de atenção à saúde humana) encontra-se no grupo a atividade de atendimento hospitalar que, ao ser selecionada, se desdobra em vários itens, encontrando-se entre eles o hospital especializado (Quadro 2).

Hierarquia		Classificação
Divisão:	86	Atividades de atenção à saúde humana
Grupo	861	Atividades de atendimento hospitalar
Classe	86101-02	Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências
Comprende		Os serviços de internação de curta ou longa duração prestados a pacientes realizados em hospitais gerais e especializados, hospitais universitários, maternidades, hospitais psiquiátricos, centros de medicina preventiva e outras instituições de saúde com internação,
Código		Descrição CNAE
8610-1		Hospital especializado público ou privado

Quadro 3 - Classificação das atividades de atenção à saúde humana

Fonte: IBGE, 2018a.

Ao pesquisar a seção 87 (atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares) foram encontradas as classificações de atividades de atenção à saúde voltadas à assistência a idosos, deficientes físicos,

imunodeprimidos e convalescentes. Estas descrições na CNAE compreendem o fornecimento de serviços em residências coletivas, cujos moradores são deficientes físicos, imunodeprimidos ou convalescentes, que não têm condições e/ou não desejam viver de forma independente. A infraestrutura oferecida por estes lugares inclui, além do fornecimento do alojamento, alimentação, cuidados médicos e psicológicos, serviços de enfermagem e de acompanhantes. Não compreendem os centros de apoio a pacientes com câncer e com AIDS, as atividades de consultas médicas prestadas a pacientes externos, nem as atividades dos albergues assistenciais (Quadro 3).

Hierarquia		Classificação
Divisão:	87	Atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares
Grupo:	871	Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes, e de infra-estrutura e apoio a pacientes prestadas em residências coletivas e particulares
Classe:	8711-5	Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes prestadas em residências coletivas e particulares
Subclasse:	87115-03	Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes
Código		Descrição CNAE
87115-03		Assistência a convalescentes com internação
87115-03		Assistência a deficientes físicos com internação
87115-03		Assistência a imunodeprimidos com internação
87115-03		Assistência médica e psicossocial para deficientes físicos com internação
87115-03		Casas de repouso para convalescentes e imunodeprimidos

Quadro 4 - Classificação das atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares

Fonte: IBGE, 2018a.

Na seção 88, que trata dos serviços de assistência social sem alojamento, foi localizada a assistência social domiciliar, que compreende as atividades de assistência social e aconselhamento prestadas a idosos e a incapacitados em suas residenciais por agências do governo ou por organizações privadas. Estas atividades incluem visita e cuidados diários a idosos e deficientes (Quadro 4).

Hierarquia		Classificação
Divisão:	88	Serviços de assistência social sem alojamento
Grupo:	880	Serviços de assistência social sem alojamento
Classe:	8800-6	Serviços de assistência social sem alojamento
Código		Descrição CNAE
8800-6		Assistência social a idosos prestadas em domicílio

Quadro 5 - Classificação dos serviços de assistência social sem alojamento

Fonte: IBGE, 2018a.

Pesquisando pelo domínio da saúde e serviços sociais (Quadro 5), foram localizadas 12 descrições para atividades voltadas ao atendimento de idosos.

Hierarquia		Classificação
Divisão:	87	Saúde e serviços sociais
Grupo:	871	Serviços sociais
Classe:	8711-5	Serviços sociais com alojamento
Código		Descrição CNAE
87115-01		Residências geriátricas
87115-01		Centro geriátrico com internação
87115-01		Casa de repouso com internação
87115-01		Casa de repouso para idosos
87115-01		Clínica geriátrica com internação
87115-01		Casa geriátrica com internação
87115-02		Asilo para idosos
87115-02		Abrigo de idosos
87115-02		Casa para velhice com internação
87115-02		Instituição de longa permanência para idosos
87115-02		Residências protegidas destinadas ao abrigo de idosos
87115-05		Condomínios residenciais para idosos

Quadro 6 - Classificação das atividades da saúde e serviços sociais

Fonte: IBGE, 2018a.

Cabe ressaltar que, segundo descrito na CNAE as atividades dos estabelecimentos compreendem a assistência social a idosos sem condições econômicas para se manterem, prestadas em estabelecimentos públicos, filantrópicos ou privados (asilos), equipados para atender a necessidade de alojamento, alimentação, higiene e lazer. Estes estabelecimentos podem oferecer cuidados médicos esporádicos.

7.2 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) foi oficialmente instituído pela Portaria MS/SAS 376 de 03/10/2000, e publicado no Diário Oficial da União em 04/10/2000. É determinação do Ministério da Saúde que todos os estabelecimentos que prestem algum tipo de assistência à saúde, sejam eles públicos ou privados, estejam cadastrados. O cadastro contribui para o planejamento e gerenciamento dos sistemas de informação em saúde, disponibilizando informações do total de estabelecimentos ativos ou inativos, do total de leitos na rede pública e privada, e dos serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde. Os dados também são utilizados para o planejamento das ações em saúde (DATASUS, 2018b). Ao realizar o cadastro no CNES, a instituição recebe um código que comprova sua regularidade para o funcionamento. Também é uma exigência da Agência Nacional de Saúde (ANS) para fechamento de contratos ou aditivos entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde.

Ao pesquisar no site do CNES os tipos de estabelecimentos ativos cadastrados a nível Brasil, identificou-se que não há um cadastro específico para clínica e/ou hospital de retaguarda. É utilizado para este serviço o cadastro de hospital especializado ou clínica especializada. Foram encontrados, por tipos de estabelecimentos, 1.031 hospitais especializados⁸ (com várias especialidades), dificultando a estratificação do total de estabelecimento de retaguarda. Para as ILPIs, a pesquisa identificou que, quando cadastradas, são inseridas no tipo de estabelecimento de clínicas/centro de especialidades. Para este serviço foram encontradas 47.466 clínicas/centro de especialidade, não sendo possível a análise de sua totalidade.

Na pesquisa para identificar o tipo de leito, encontrou-se um total de 13.456 leitos de longa permanência⁹, sendo 9.494 leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 3.962 não SUS (privados). O gráfico 2 apresenta a modalidade de atendimento dos leitos.

⁸ Hospital especializado: conceitualmente são hospitais destinados à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade ou área (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

⁹ Considerado nesta pesquisa como leitos de longa permanência, os leitos de crônicos, reabilitação e geriatria.

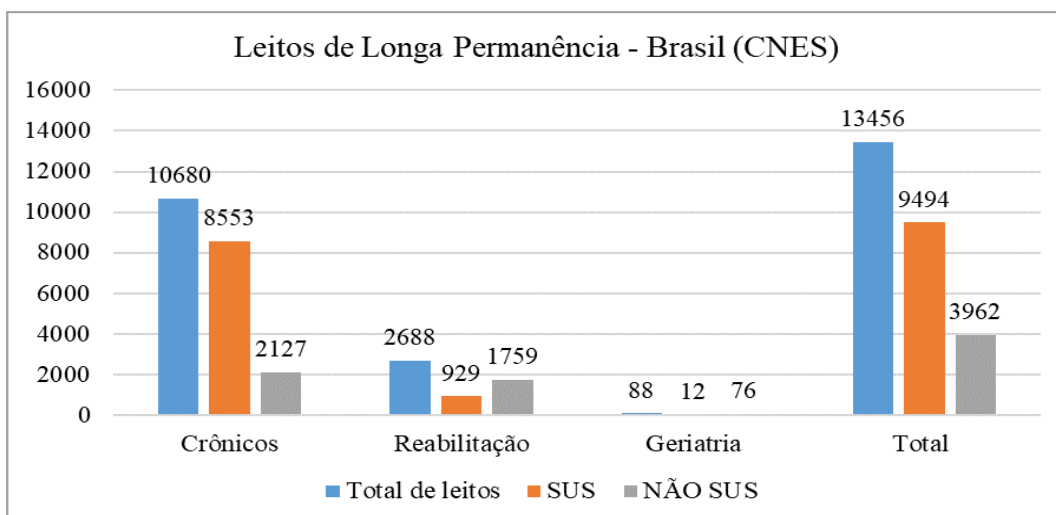


Gráfico 2 - Leitos de Longa Permanência no Brasil
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2018a.

Ao estratificar o resultado para o estado de São Paulo, encontrou-se um total de 2.049 leitos de longa permanência cadastrados, sendo 1.786 leitos do SUS e 263 não SUS (privados). O gráfico 3 apresenta a modalidade de atendimento dos leitos.

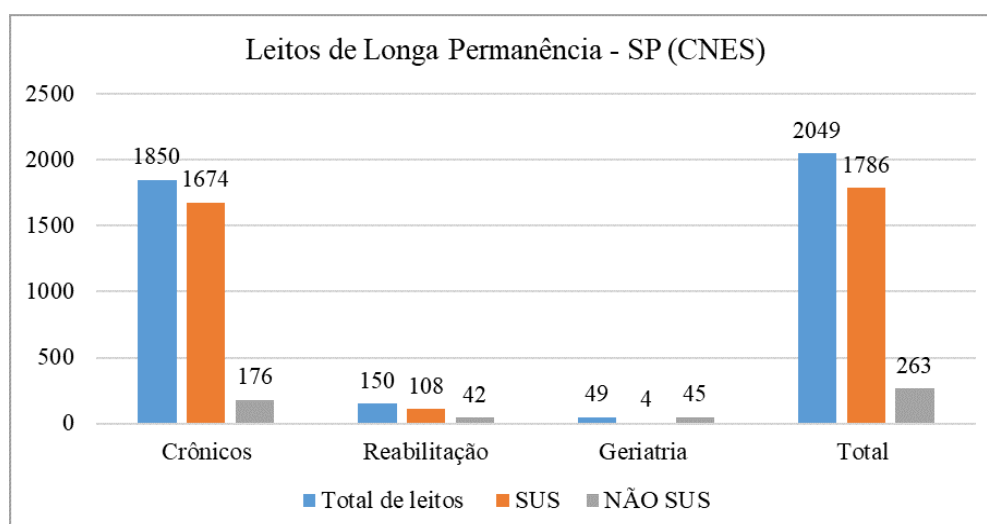


Gráfico 3 - Leitos de Longa Permanência em São Paulo
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2018a.

No total de leitos a nível Brasil há uma diferença para a cidade de São Paulo de 11.407 leitos, sendo SUS 7.708 e não SUS (privado) 3.699 leitos. Se considerarmos que São Paulo está entre os estados com maior proporção de idosos na população, sendo que 11,6% do total de seus habitantes tem mais de 60 anos, e a nível Brasil estes representam 10,8% da população idosa, podemos afirmar nesta análise, que caso seja necessário o uso de leitos de longa permanência para esta população, faltarão leitos no estado de São Paulo.

A pesquisa identificou a falta de padrão na classificação da CNAE e no cadastramento CNES, dificultando o levantamento dos dados do total de estabelecimentos, e total de leitos de retaguarda e ILPIs. Também há uma oportunidade de melhoria relacionada à não obrigatoriedade do cadastramento das ILPIs no CNES, uma vez que não são identificadas como serviço de saúde.

7.3 Empresa A: Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI)

A empresa A é uma Instituição de Longa Permanência para idosos, localizada na região metropolitana de São Paulo. Está inserida na CNAE no código de casa de repouso para idosos e no CNES como consultório isolado. Dispõe de 80 leitos, divididos entre enfermaria e apartamentos. Os serviços oferecidos são para população idosa com idade acima de 60 anos. Os modelos de cuidados assistenciais compõem a modalidade de curta e longa permanência. O serviço de curta permanência é para atendimento do idoso que esteja em um período de pós-operatório ou pós internação hospitalar. O serviço de longa permanência é para o idoso que deseja residir na Instituição, ou seja, o estabelecimento será a sua moradia.

O quadro de pessoal assistencial é composto por uma equipe multiprofissional, constituída por médicos geriatras, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e enfermeiros. Para ser admitido na Instituição o idoso deverá ser avaliado por um médico e por outros profissionais da equipe multiprofissional, que realizarão um processo de diagnóstico multidimensional para determinar as deficiências e incapacidades do idoso para realização das atividades do seu cuidado a médio e longo prazo. Nesta avaliação são levantadas as necessidades do ponto de vista médico, psicossocial e funcional. O objetivo da avaliação é levantar o grau de dependência de cuidados, identificar o risco de declínio funcional e desenvolver um plano de tratamento e reabilitação.

Para o presente estudo foi analisada a base de dados da internação dos clientes da Empresa A admitidos na modalidade de curta permanência, no período de janeiro a dezembro de 2017. A amostra é composta por 110 registros. A idade média dos pacientes admitidos é 83 anos e a predominância é do sexo feminino (78%). O objetivo de analisar as variáveis escolhidas foi entender a demanda pelo serviço de curta permanência.

Para classificar a dependência de cuidados, a clínica A utiliza a classificação da Resolução 283/2005: Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de

equipamentos de autoajuda; Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Cabe ressaltar que o estabelecimento em análise neste estudo segundo descrito na CNAE, compreende as atividades de assistência social a idosos sem condições econômicas para se manterem, prestadas em estabelecimentos públicos, filantrópicos ou privados (asilos), equipados para atender a necessidade de alojamento, alimentação, higiene e lazer. Estes estabelecimentos podem oferecer cuidados médicos esporádicos.

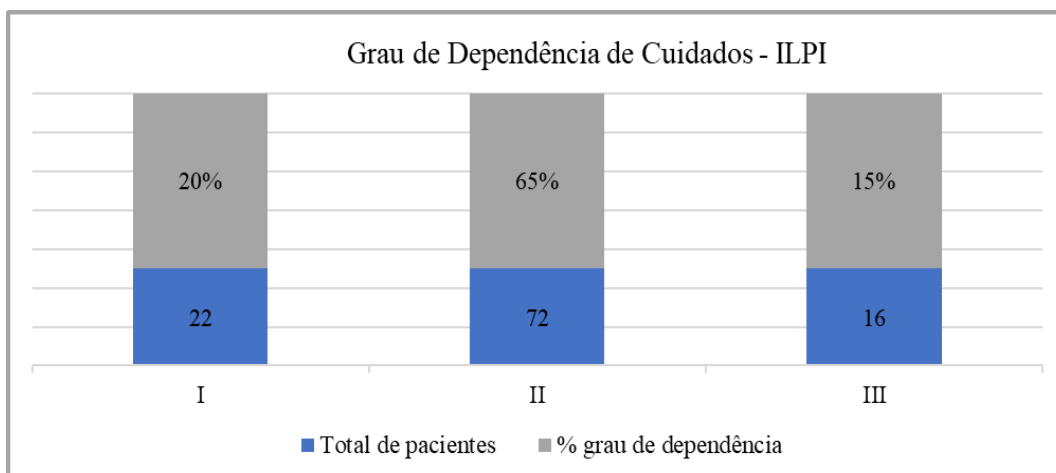


Gráfico 4 - Grau de dependência de cuidados dos idosos admitidos na ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

Em 2017 65% das admissões foram de idoso grau II, que apresentava dependência em até três atividades de autocuidado, seguidas de 20% de admissões do grau I, que representam o idoso independente para os cuidados da vida diária. O idoso grau II necessita de ajuda para atividades da vida diária, pois provavelmente deve ter sido acometido por doença que prejudicou seu estado físico e cognitivo.

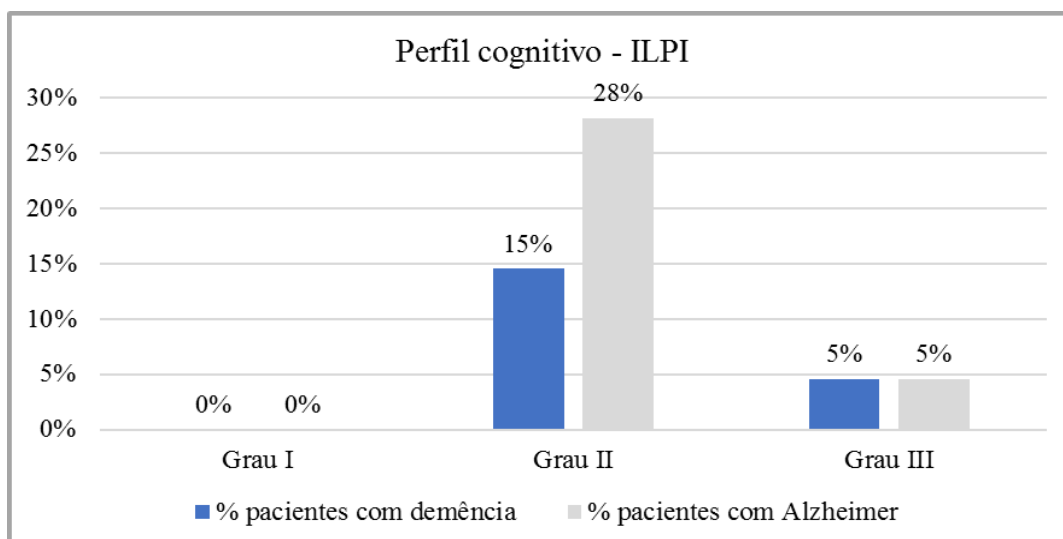


Gráfico 5 - Perfil cognitivo dos idosos admitido na ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

Na análise da variável do perfil cognitivo, 28% dos idosos de grau II apresentam doença de Alzheimer¹⁰, seguido de 15% de idosos do mesmo perfil com outra síndrome demencial. No idoso grau III apesar de haver alta dependência para cuidados (RDC, 283), percebe-se menor taxa de alteração cognitiva. Já o idoso independente classificado na ILPI como grau I, este não apresenta diagnóstico de demência (Gráfico 5).

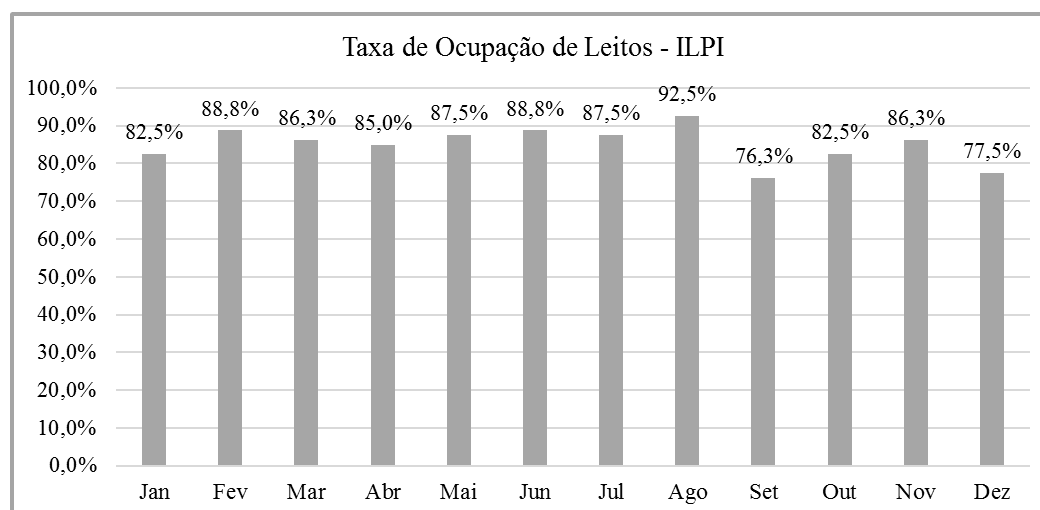


Gráfico 6 - Taxa de ocupação de leitos na ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

¹⁰ A doença de Alzheimer (DA) e a demência vascular são as causas mais frequentes de demência na população idosa (Herrera et al., 2002).

Ao analisar a taxa de ocupação dos leitos, a Empresa A trabalhou com a capacidade elevada¹¹ no ano de 2017, chegando à média de 93% de ocupação no mês de agosto (gráfico 6).

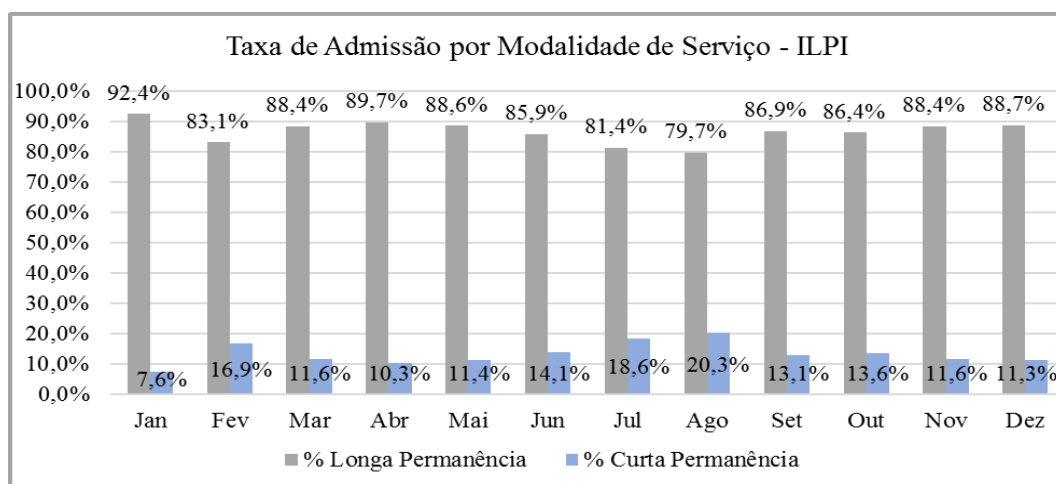


Gráfico 7 - Taxa de admissão na modalidade de curta permanência ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

A taxa de admissão por modalidade de serviço também é representativa. O gráfico 7 demonstra a demanda pelo serviço de pós-agudo na modalidade de atendimento curta permanência. A maior taxa de admissão foi 20,3%.

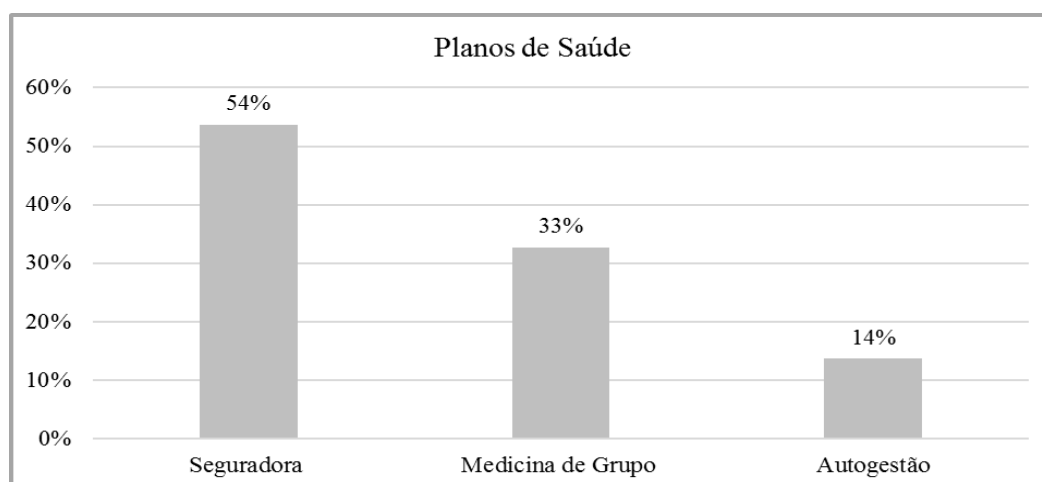


Gráfico 8 - Plano de Saúde dos idosos admitidos na ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

O ticket médio de hospedagem na Empresa A gira em torno de R\$ 9.200,00 (este valor não inclui medicamentos e sessões de reabilitação, que são cobrados separadamente). Todos os clientes admitidos no ano 2017 possuíam planos de saúde, sendo estes representados por

¹¹ Cabe ressaltar que a ANS recomenda uma taxa de ocupação entre 75% a 85%. A taxa de ocupação acima do preconizado está relacionada com o aumento de eventos adversos, infecção hospitalares diminuição da segurança no ambiente assistencial (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012b).

seguradora (54%), medicina de grupo (33%) e autogestão (14%) conforme apresentado no gráfico 8. As ILPIs não são credenciadas por operadoras de saúde, visto que não são reconhecidas como serviços de saúde. De todos os clientes admitidos, os responsáveis pelo contrato/pagamento da hospedagem, materiais, medicamentos e sessões de reabilitação foram os familiares do idoso.

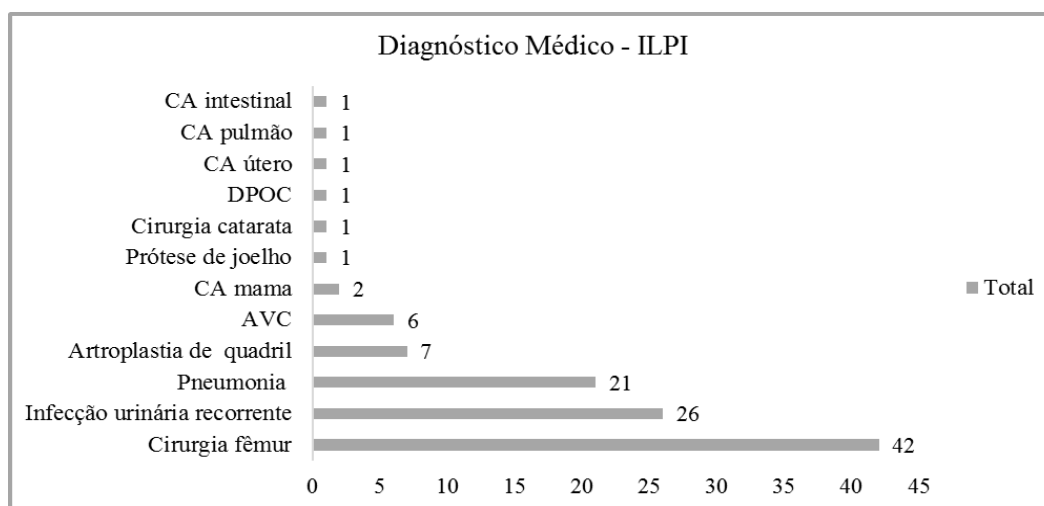


Gráfico 9 - Diagnóstico médico das admissões na ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

Todos os clientes foram encaminhados de hospitais, sendo que 45% (que representam os pacientes com cirurgia de fêmur, artroplastia de quadril e prótese de joelho), vieram para reabilitação de pós-operatório ortopédico. Dos principais diagnósticos, destacam-se a cirurgia de fêmur com 42 casos, seguido da infecção urinária com 26 casos e pneumonia com 21 casos.

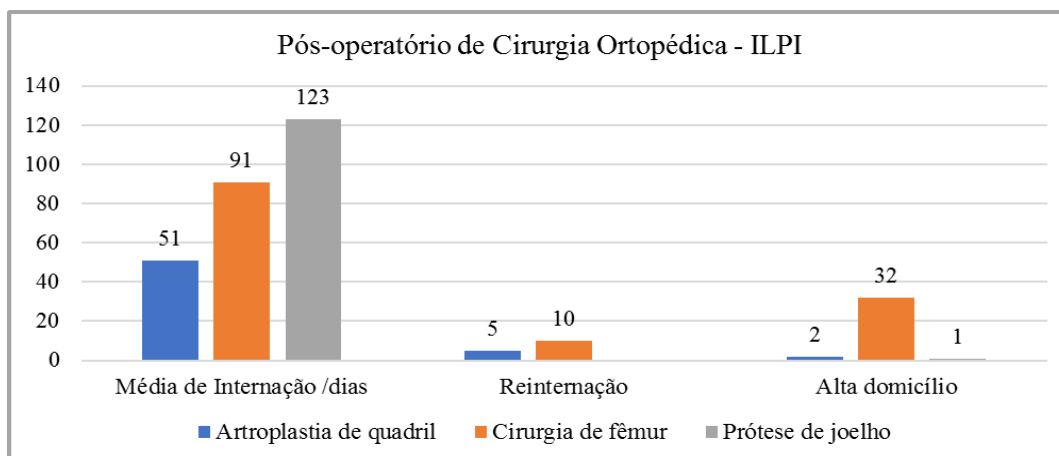


Gráfico 10 - Atendimento na modalidade de pós-operatório de cirurgia ortopédica ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

A prevalência de idosos vítimas de trauma aumentou de forma proporcional ao crescimento desta faixa etária. A diminuição da acuidade visual, diminuição da audição, marcha alentecida

e diminuições dos reflexos os tornam mais suscetíveis a quedas e outros acidentes (BURKE et al., 2015). O serviço de pós-operatório de cirurgia ortopédica oferecido pela empresa A, teve a participação de toda a equipe multidisciplinar na reabilitação dos idosos. 85% dos clientes da modalidade de ortopedia realizaram sessões de fisioterapia diárias e 15 % realizaram 3x/semana. Visitas médicas ocorriam de rotina 2x na semana. Observa-se no gráfico 10 que a média de internação foi maior para o paciente de prótese de joelho (123 dias). Dos 50 pacientes em pós-operatório de cirurgia ortopédica, 10 pacientes de cirurgia de fêmur e 5 pacientes da artroplastia de quadril foram reinternados, e 35 pacientes receberam alta para seus domicílios.

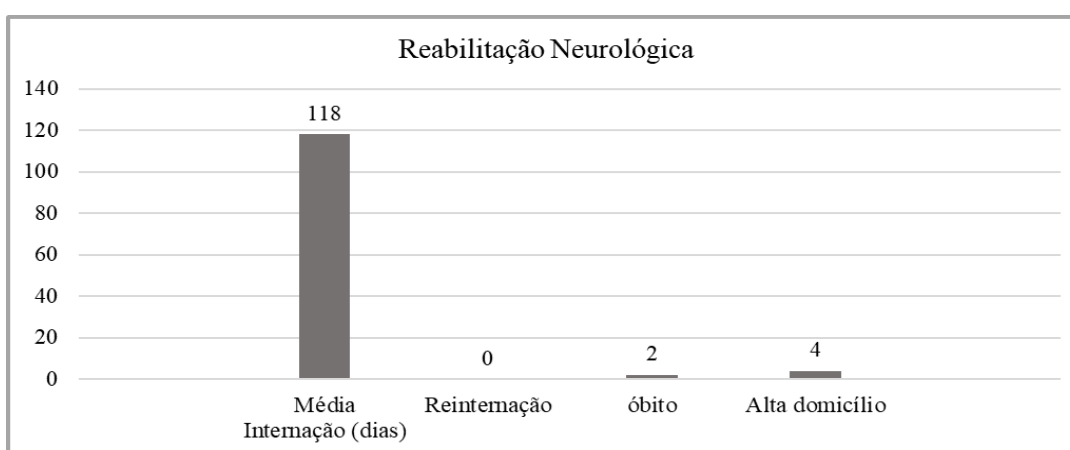


Gráfico 11 - Atendimento na modalidade de reabilitação neurológica ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

A modalidade de Reabilitação Neurológica pós AVC também contou com o atendimento de toda a equipe multidisciplinar. 100 % dos clientes realizaram sessões de fisioterapia e fonoaudiologia diárias. A média de dias de internação foi de 118 dias. 4 pacientes receberam alta para seus domicílios e 2 pacientes foram a óbito (Gráfico 11).

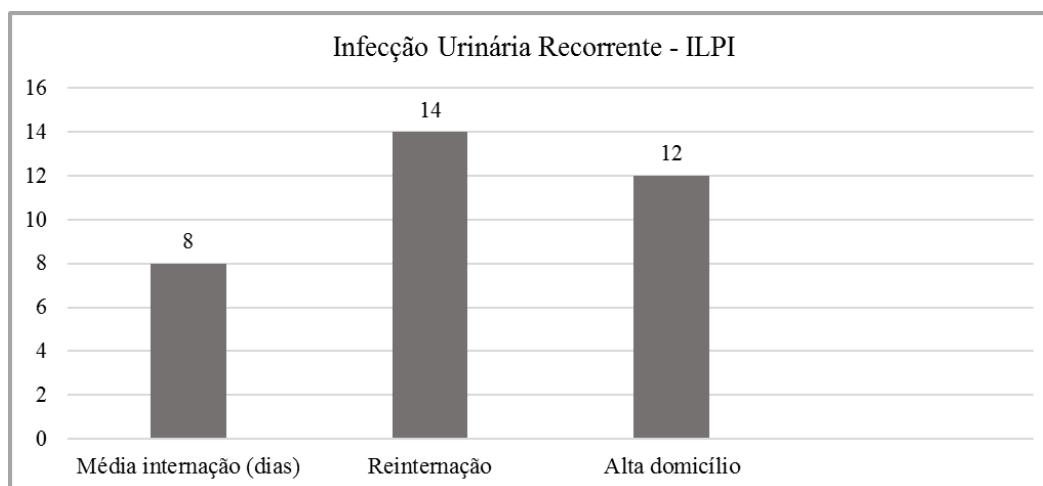


Gráfico 12 - Atendimento na modalidade de antibioticoterapia ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

As infecções do trato urinário (ITU) são as infecções mais frequente na população idosa. A Empresa A oferece serviço para continuidade da antibioticoterapia iniciada no hospital. O Gráfico 12 apresenta a média de dias de internação na clínica que gira em torno de 8 dias. Dos atendimentos realizados, 12 casos receberam alta para casa e 14 foram reinternados (Gráfico 12).

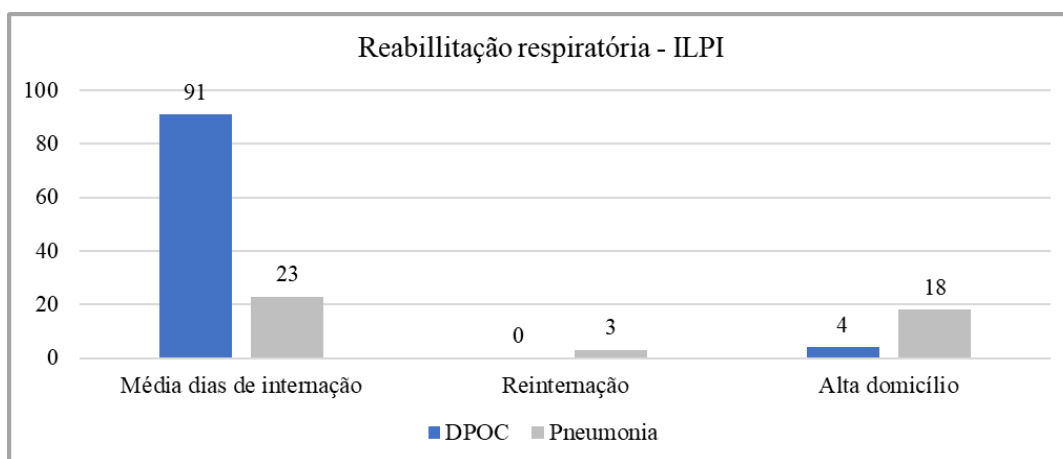


Gráfico 13 - Atendimento na modalidade de reabilitação respiratória ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

Entre os idosos, as pneumonias também são responsáveis por grande número de internações hospitalares, que geralmente são prolongadas. A modalidade de reabilitação respiratória inclui sessões de fisioterapia e antibioticoterapia. A média de dias de internação apresentada no gráfico 13 representa 91 dias para os casos de DPOC e 23 dias para os casos de pneumonia. Foram reinternados 3 pacientes com diagnóstico de pneumonia e 18 receberam alta para seus domicílios (gráfico 13).

Todos os pacientes com diagnóstico de câncer (CA) foram admitidos na modalidade de cuidados paliativos. O atendimento ocorreu por toda equipe multidisciplinar. A média de dias de internação para CA de mama foi em torno de 19 dias, seguido de CA de útero 9 dias. No total, 3 pacientes foram reinternados, 1 paciente recebeu alta para seu domicílio e 1 paciente evoluiu para óbito (gráfico 14).

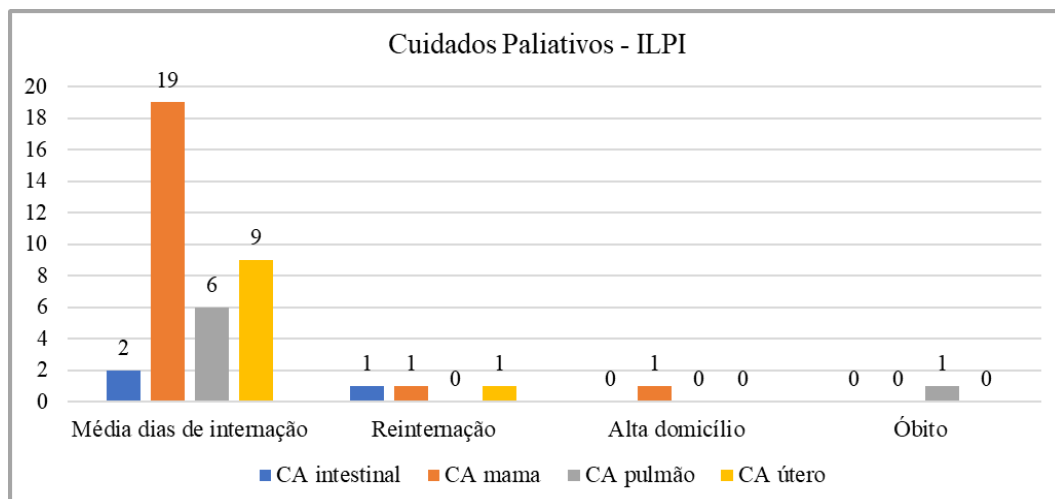


Gráfico 14 - Atendimento na modalidade de cuidados paliativos ILPI

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

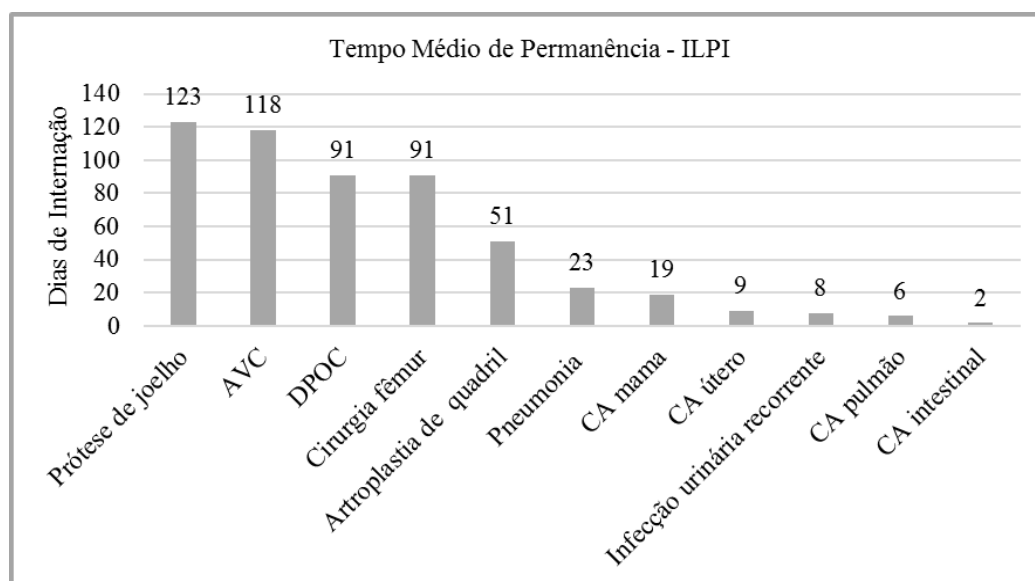


Gráfico 15 - Tempo médio de permanência no serviço de curta permanência da ILPI por diagnóstico

Fonte: base de dados com 110 cadastros de internações na Empresa A (ILPI) no ano 2017.

Avaliar o tempo que em média um paciente permanece internado está relacionado as boas práticas assistenciais. O maior tempo médio de permanência por diagnóstico foi o do paciente que realizou cirurgia de prótese de joelho, que recebeu alta no 123º dia de internação. Considerando a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos cuidados prolongados em retaguarda, e define o limite máximo de dias de internação em leitos de longa permanência em 170 dias, a Empresa A estaria atendendo os requisitos da legislação. Como não há indicadores disponíveis da modalidade de serviços, não é possível avaliar se a média de permanência é boa ou ruim.

7.4 Empresa B: Clínica de Retaguarda

A Empresa B é uma Clínica de Retaguarda para pacientes crônicos e imunodeprimidos localizada na região metropolitana de São Paulo. Dispõe de 60 leitos divididos em enfermaria e apartamento. No que compete à regulamentação, a empresa está inserida no código da CNAE como atividade de atendimento hospitalar, e no CNES como hospital geral, com 20 leitos de reabilitação e 40 leitos de crônicos. Os serviços oferecidos são para pacientes em transição ou longa permanência. Os modelos de cuidados assistenciais compõem a modalidade de reabilitação, de crônicos e de cuidados paliativos.

O serviço de transição de cuidado padronizado na empresa é para atendimento do paciente em período de pós-operatório ou pós internação hospitalar, e o serviço de longa permanência é para o paciente que demanda de cuidados de longo prazo. A clínica dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista e assistente social.

A clínica conta com a parceria de grupos de desospitalização¹² dos hospitais para garantir uma transição segura dos cuidados. O fluxo para admissão no serviço ocorre no momento da pré alta hospitalar, quando o paciente se apresenta estável clinicamente e não depende de cuidados em leito de hospital de agudo. O médico do hospital identifica a necessidade de cuidados continuados, e especifica no relatório os cuidados necessários, que serão informados ao plano de saúde. O plano de saúde aciona o serviço da clínica, que encaminhará um enfermeiro até o hospital para avaliar o paciente e aplicar os instrumentos (escalas) padronizados que identificam o perfil deste e o grau de complexidade de cuidados. O resultado da avaliação determinará se o paciente é independente, dependente parcial ou dependente total. Neste momento já é realizado o plano terapêutico do paciente baseado em critérios técnicos. Caso seja elegível para atendimento na clínica, o plano de saúde é informado, recebendo o protocolo de reabilitação que será utilizado no paciente, que determinará uma estimativa do tempo de internação para a reabilitação. Sendo autorizada a transferência e a aceitabilidade do paciente e familiar, é programada a transição dos cuidados.

¹² O termo desospitalização significa a liberação do paciente internado no hospital de agudos, encaminhando-o para receber assistência em outras unidades de saúde ou seu domicílio, através do atendimento da equipe multidisciplinar, que visa reintegração do paciente na sociedade (NEAD, 2017).

A fim de entender a demanda para o serviço de transição da Empresa B, este estudo analisou a base de dados da internação dos clientes admitidos no período de janeiro a dezembro de 2017. A amostra é composta por 116 registros. A idade média dos pacientes admitidos é de 86 anos, e a predominância é do sexo feminino (69%).

7.4.1 Complexidade de cuidados na Retaguarda

A complexidade assistencial é avaliada conforme instrumento padronizado que classifica a necessidade de cuidados. O paciente de alta complexidade necessita, por definição, de 24 horas por dia de assistência de enfermagem e de equipe multiprofissional, e representa 16% dos clientes atendidos. O paciente de média complexidade necessita de 12 horas de assistência de enfermagem e de equipe multiprofissional e representa 74% dos clientes atendidos, e o paciente baixa complexidade, necessita de 6 horas de assistência de enfermagem e equipe multiprofissional e representa 10 % dos clientes atendidos (Gráfico 16).

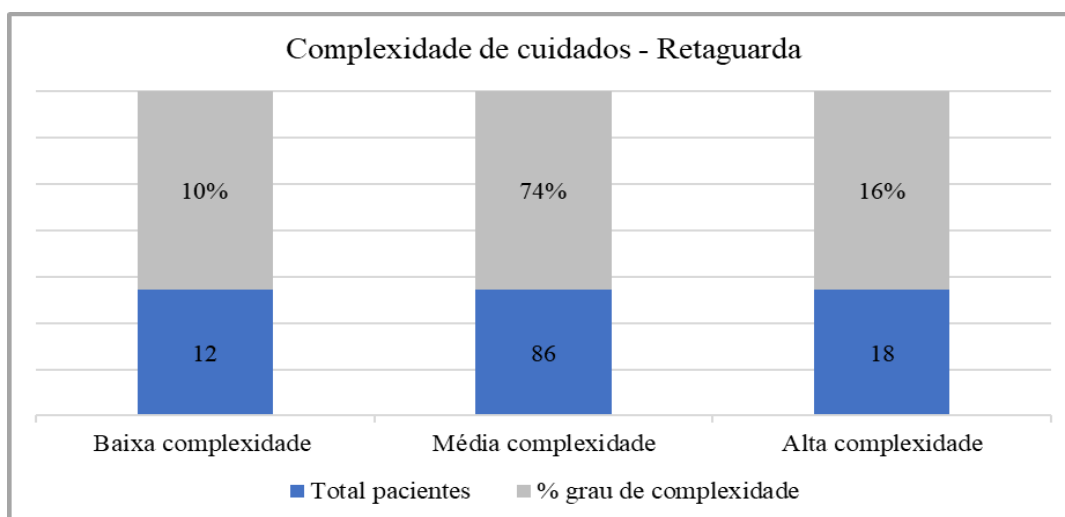


Gráfico 16 - Complexidade de Cuidados dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

Do total de pacientes analisados na base de dados, 72% apresentam alteração cognitiva, sendo 25% diagnosticados com a doença de Alzheimer e 47% com síndrome demencial.

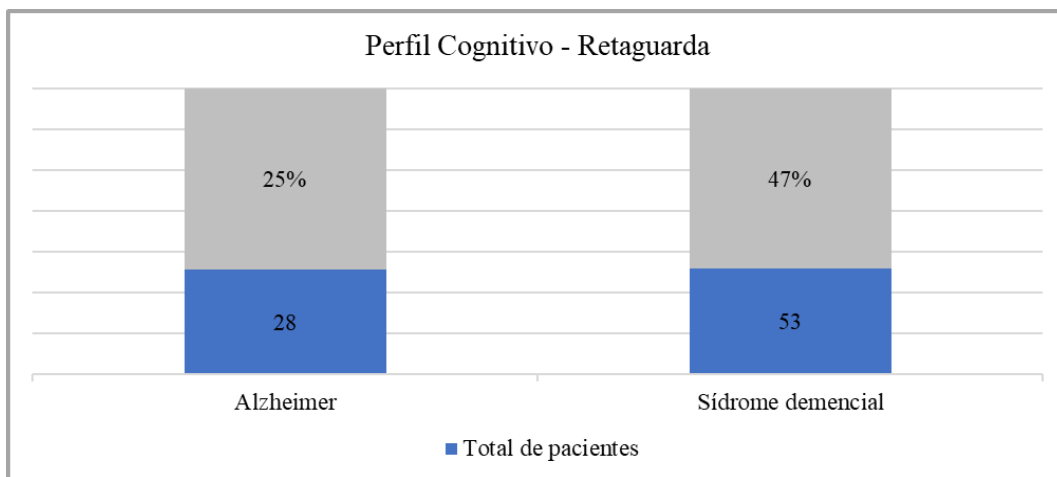


Gráfico 17 - Perfil Cognitivo dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

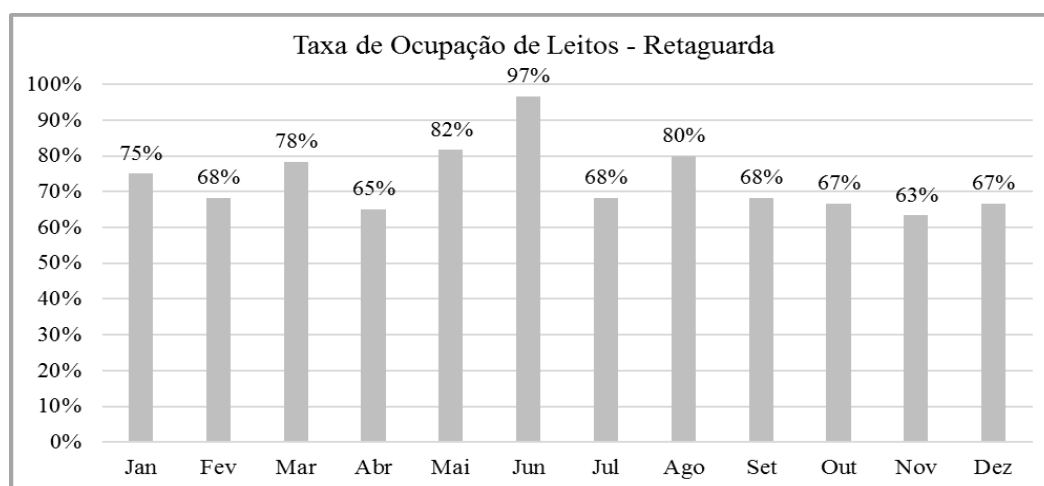


Gráfico 18 - Taxa de Ocupação de leitos da Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

No ano de 2017 a taxa de ocupação de leitos da Empresa B teve uma média de 73% de leitos ocupados. A maior taxa foi em junho com 97% de ocupação, e a menor taxa de ocupação foi em novembro com 63% dos leitos ocupados. Cabe ressaltar que o número de leitos da Clínica de Retaguarda é menor que o da ILPI (Total de 60 leitos).

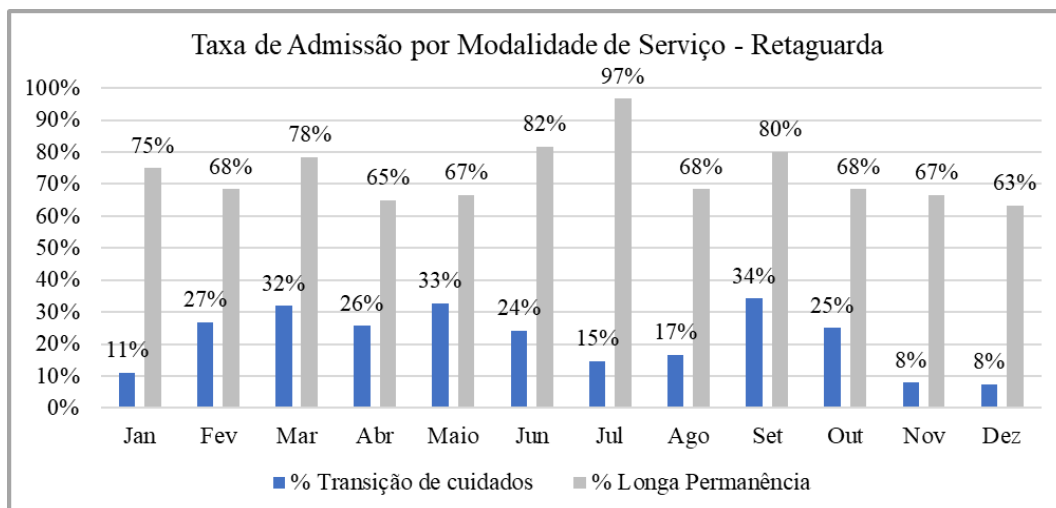


Gráfico 19 - Taxa de admissão na modalidade de transição de cuidados na Clínica de Retaguarda
 Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

A taxa de admissão para a modalidade de transição de cuidados registrou em 2017 uma média anual de 22 % do total de admissões. Observa-se no gráfico 19, que nos meses de novembro e dezembro ocorreram as menores taxa de admissão neste serviço. A maior taxa registrada foi em setembro com 34% de admissões. A maior demanda da clínica está no serviço de longa permanência.

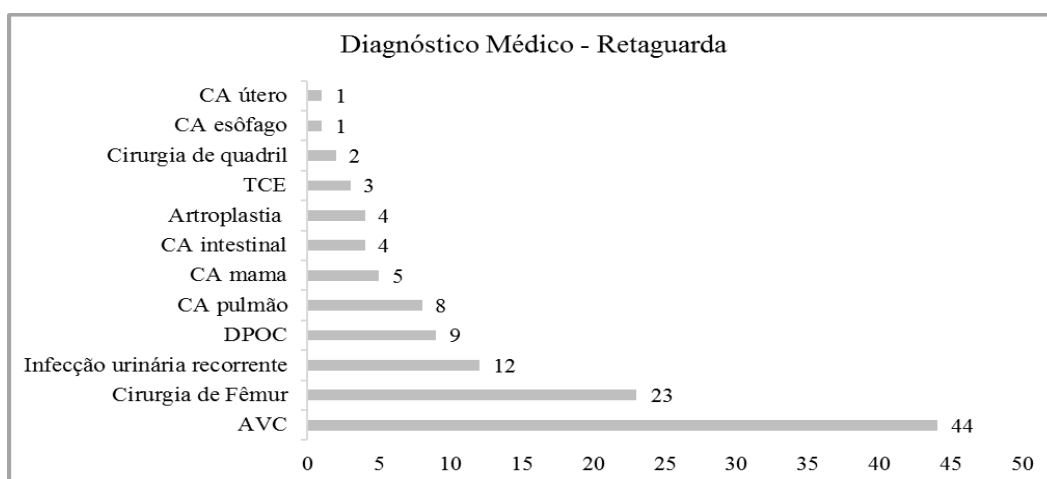


Gráfico 20 - Diagnósticos dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda
 Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

Do total de pacientes admitidos na modalidade de transição de cuidados, 38% representa o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) (Gráfico 20).

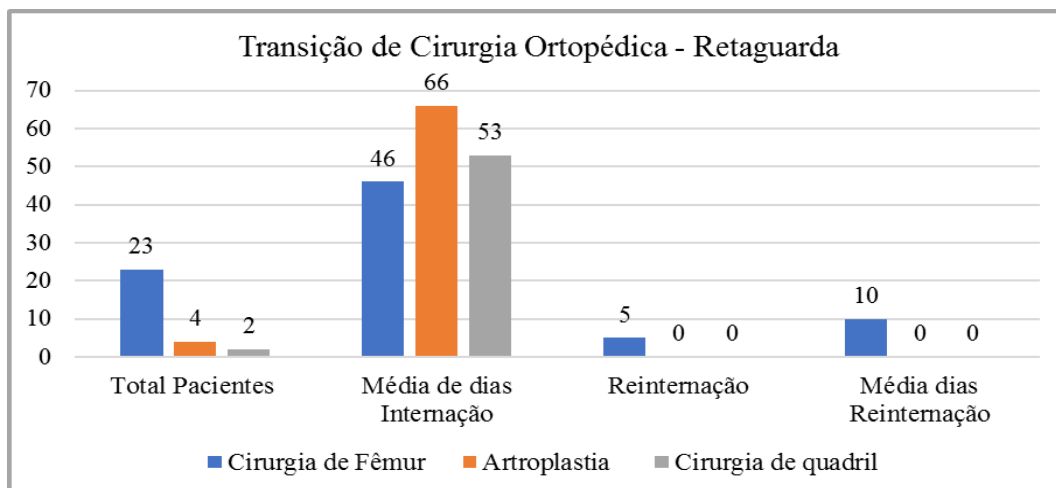


Gráfico 21 - Atendimento na modalidade de reabilitação ortopédica na Clínica de Retaguarda
 Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

Os pacientes em pós-operatório de cirurgia de fêmur representam o maior número de admitidos na modalidade reabilitação ortopédica (23 pacientes). A média geral de internação na modalidade de serviço foi de 55 dias. Do total de pacientes admitidos, 24 receberam alta para seu domicílio e 5 pacientes do pós-operatório de cirurgia de fêmur foram reinternados no hospital de origem (Gráfico 21).

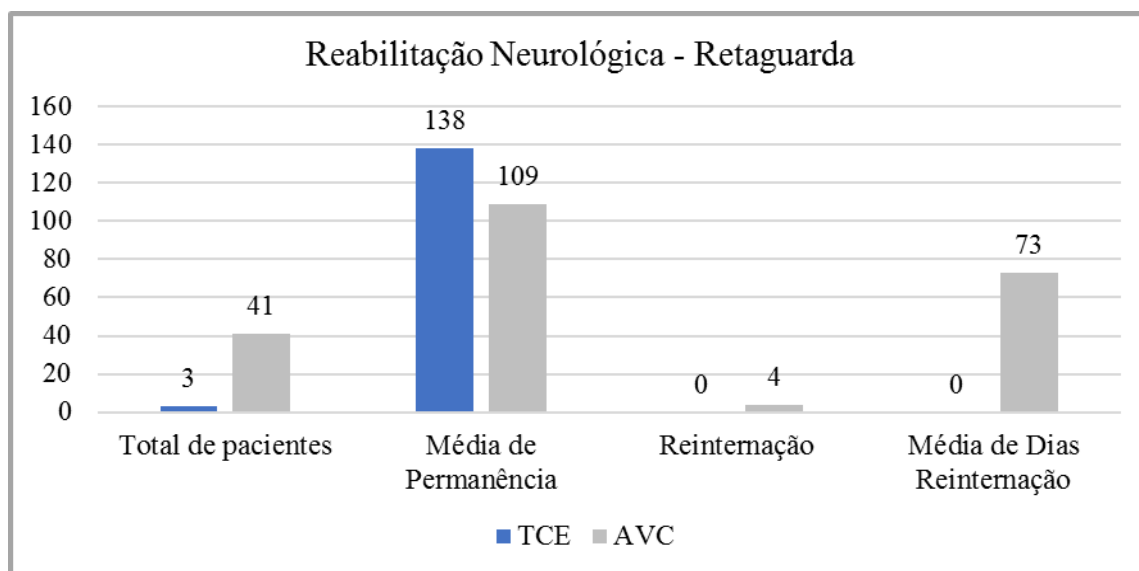


Gráfico 22 - Atendimento na modalidade de reabilitação neurológica na Clínica de Retaguarda
 Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

O atendimento na reabilitação neurológica inclui adaptação para as atividades da vida diária, recuperação da fala e tratamento da disfagia (dificuldade de deglutir), que previne o risco de aspiração e pneumonia. O gráfico mostra que a média de permanência dos pacientes com AVC é menor (109 dias) que dos pacientes com (TCE) 138 dias (Gráfico 22).

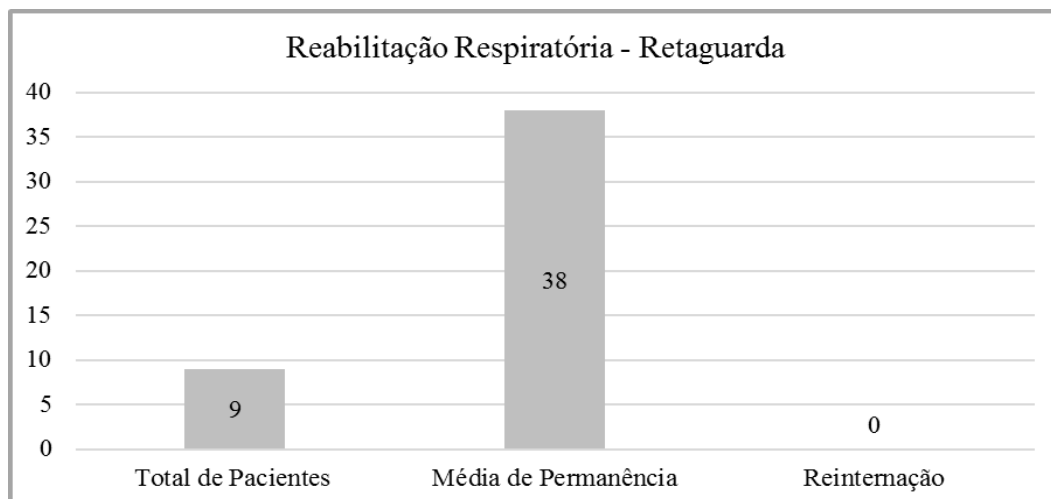


Gráfico 23 - Atendimento na modalidade de reabilitação respiratória na Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

Na modalidade de reabilitação respiratória, 9 pacientes foram admitidos em 2017 com DPOC, permanecendo em média 38 dias em recuperação. Todos os pacientes receberam alta para seus domicílios após o tratamento (Gráfico 23).

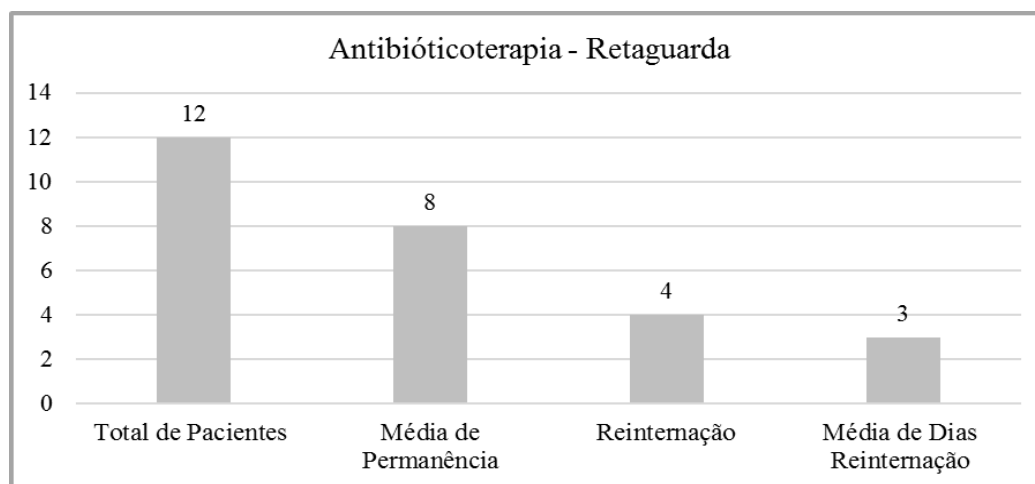


Gráfico 24 - Atendimento na modalidade de antibióticoterapia na Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

O gráfico 24 mostra o total de pacientes admitidos para continuidade do tratamento de antibióticoterapia iniciado no hospital. A média de permanência foi de 8 dias, sendo que 4 pacientes foram reinternados em menos de 3 dias.

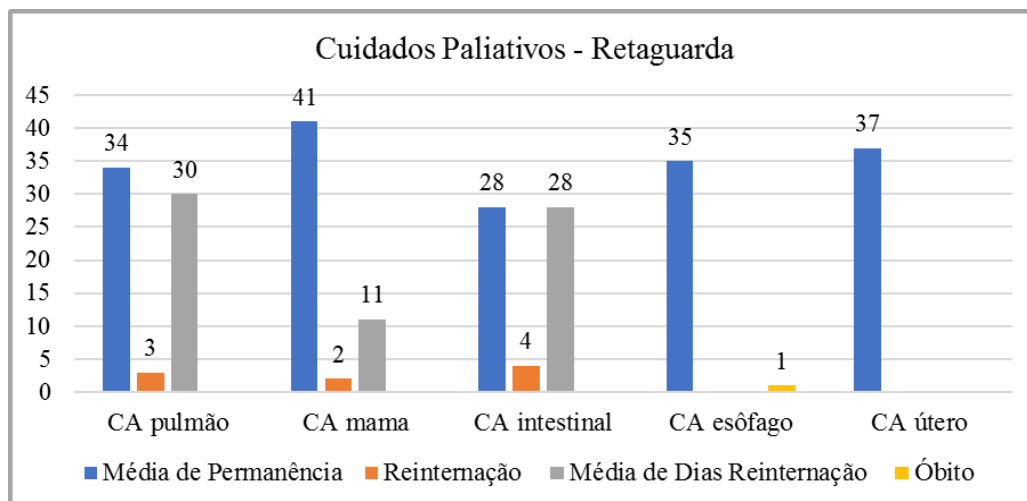


Gráfico 25 - Atendimento na modalidade de cuidados paliativos na Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

Todos os pacientes admitidos na modalidade de cuidados paliativos apresentavam diagnóstico de câncer, sendo que a maior prevalência foi o CA de pulmão em 8 pacientes. A média geral de internação na modalidade de serviço foi de 35 dias (Gráfico 25).

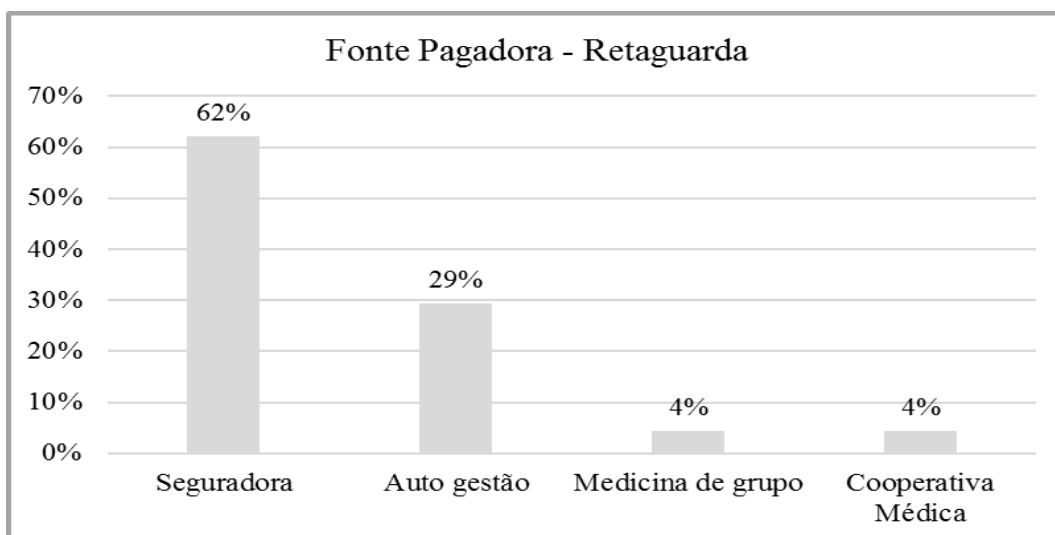


Gráfico 26 - Fonte pagadora na Clínica de Retaguarda

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017

A fonte pagadora da Clínica de Retaguarda representa 62% de seguradoras, 29% de auto-gestão, 4% medicina de grupo e 4% cooperativa médica.

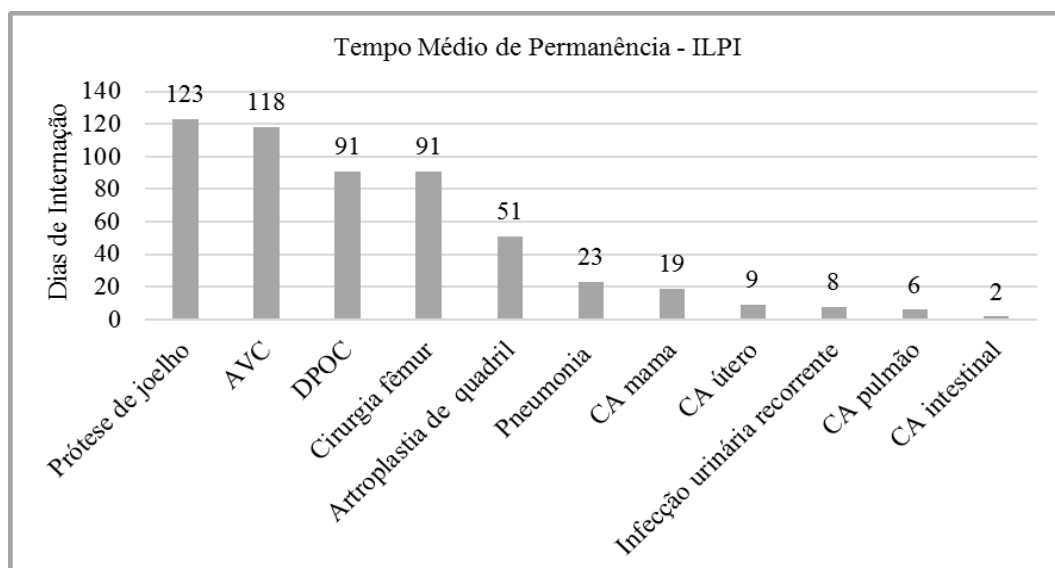


Gráfico 27 – Tempo Médio de permanência na modalidade de transição de cuidados da Clínica de Retaguarda por diagnósticos.

Fonte: base de dados com 116 cadastros de internações na Empresa B (Clínica de Retaguarda) no ano 2017.

A média geral de dias de permanência no serviço de transição da retaguarda foi de (53 dias). Os pacientes com diagnóstico de TCE foram os que ficaram mais tempo internados (138 dias). Os pacientes em tratamento de antibioticoterapia para infecção urinária recorrente ficaram pelo menor período internados (8 dias) (Gráfico 27).

Os pacientes admitidos foram atendidos diariamente por todos os profissionais da equipe multidisciplinar.

8 DISCUSSÃO

A premissa do trabalho é o envelhecimento populacional como principal impulsionador para aumentar a demanda por serviços de cuidados continuados. A longevidade, que é claramente como uma oportunidade para os indivíduos e as sociedades, vem acompanhada de doenças crônicas e degenerativas, como é o caso das demências. Estudo realizado pela Alzheimer's Disease International em 2010 apresenta o impacto global da demência entre 2010 e 2050. As novas estimativas apresentam uma evolução no número total de pessoas com demência, de 115 milhões para 135 milhões até 2050, representando um aumento de 17%. O relatório também prevê que, até 2050, 71% de todas as pessoas com demência viverão em países de baixa ou média renda e, globalmente, 13% das pessoas com 60 anos ou mais necessitarão de cuidados de longo prazo (ADI, 2013).

No que tange ao aspecto financeiro, o impacto das demências é enorme. Em 2015, o valor aquilatado com os gastos anuais em todo mundo foi de 818 bilhões de dólares (35,4% maior do que em 2010), sendo previsto o custo de 1 trilhão de dólares, em 2018, e 2 trilhões de dólares, em 2030. Esses custos correspondem a aproximadamente 1,09% do produto interno bruto (PIB) mundial, variando de acordo com a classificação econômica dos países (PRINCE et al., 2015).

A saúde do idoso com doenças crônicas e/ou degenerativas é considerada um desafio para os profissionais de saúde e familiares, o que leva as instituições a terem que preparar suas equipes multidisciplinares de forma a atender as necessidades destes pacientes com excelência.

Analisando as internações da Empresa A (ILPI) e Empresa B (Clínica de Retaguarda) ocorridas no ano de 2017, os serviços são diferentes do ponto de vista operacional em relação ao dimensionamento da equipe multidisciplinar e da fonte pagadora de internação. Verificou-se, em ambos estabelecimentos, predominância de pacientes idosos. Na ILPI a idade média dos idosos é de 83 anos, sendo (78%) do sexo feminino e (22%) do sexo masculino. Os pacientes da Clínica de Retaguarda têm idade média de 86 anos, sendo 69% do sexo feminino e 31%) do sexo masculino. Todos os pacientes admitidos eram provenientes de hospitais, o que condiz com a necessidade de cuidados continuados, visto que a recuperação do paciente não envolvia internações em leitos de cuidados agudos, mas em leitos para pacientes crônicos, com apoio de uma equipe multidisciplinar (ACKERLY; GRABOWSKI, 2014).

Em ambos serviços a proporção dos pacientes com demências e com doença de Alzheimer foi significativo (na ILPI as demências representam 19% e o Alzheimer 33% das admissões; na Clínica de Retaguarda as demências representam 46% e o Alzheimer 24%). Talvez seja uma justificativa para internação nos serviços de cuidados continuados, uma vez que cuidar em casa de um idoso em período de convalescência e com diagnóstico de demência pode interferir na sua recuperação, devido ao quadro clínico de agitações, e demandar de cuidados que a família muitas vezes não consegue oferecer.

Com relação à modalidade de serviços oferecidos, foram encontrados na base de dados, como cuidados de curta permanência prestados em ambos serviços analisados, cuidados paliativos, reabilitação respiratória, antibioticoterapia, reabilitação neurológica e pós-operatório de cirurgia ortopédica (Tabela 1). Ambos dispõem de equipe multidisciplinar, de acordo com as necessidades dos pacientes. No entanto, o atendimento dos profissionais varia entre os serviços. Na ILPI ocorre a visita do médico geriatra 2x/semana e os demais profissionais da equipe multidisciplinar atuam diariamente. A Clínica de Retaguarda, por sua vez, apresenta um dimensionamento de pessoal maior que a ILPI e conta com a assistência de médicos e equipe multiprofissional 24 horas por dia.

Tabela 1 - Comparação das modalidades de serviços e média de permanência na ILPI e Clínica de Retaguarda.

Modalidade de Serviço	Média de permanência ILPI	Média de permanência Retaguarda
Reabilitação neurológica	118	109
Cirurgia Ortopédica	88	55
Reabilitação Respiratória	57	38
Cuidados Paliativos	9	35
Antibioticoterapia	8	8

Fonte: Consolidação das bases de dados da Empresa A (ILPI) com a Empresa B (Clínica de Retaguarda).

O principal diagnóstico de internação na ILPI foi cirurgia de fêmur (38%) enquanto que na Clínica de Retaguarda foi o AVC, que representa (38%) dos pacientes. Os diagnósticos condizem com pesquisas que apontam que um dos principais fatores de risco para AVC é a idade avançada. A incidência de quedas que geram fraturas de fêmur está relacionada à situação funcional do indivíduo (CHENG-YANG et al, 2018).

Todos os pacientes analisados apresentavam em média de 3 a 4 comorbidades, sendo mais frequentes a hipertensão arterial sistêmica, seguida pela diabetes, insuficiência cardíaca congestiva e dislipidemias. Todas essas doenças contribuem para aumentar os riscos e desfechos desfavoráveis nos idosos, como perda funcional, fragilidade, síndromes geriátricas, e morte (MAIA, 2012). Em relação aos óbitos, dois pacientes com AVC e um paciente de CA evoluíram para este desfecho na ILPI; na Clínica de Retaguarda foram dois pacientes com diagnóstico de CA e um com diagnóstico de TCE.

Os idosos admitidos na ILPI para o serviço de curta permanência ficaram internados em média 49 dias. Do total de admissões na ILPI, 65% dos idosos receberam alta para seu domicílio. Os pacientes atendidos na Clínica de Retaguarda, permaneceram em média 53 dias. 76% dos pacientes receberam alta para seu domicílio. Cabe ressaltar que do ponto de vista da segurança assistencial, o tempo de internação está relacionado a infecção hospitalar, lesão por pressão e pneumonias. Neste contexto, não podemos afirmar que a média de 49 dias de permanência é um bom indicador para o serviço da ILPI, quando comparado com a Clínica de Retaguarda, 53 dias em média.

Tabela 2 - Comparação dos diagnósticos por frequência da Empresa A (ILPI) e Empresa B (Clínica de Retaguarda)

Tabela comparativa dos diagnósticos por frequência										
Empresa A (ILPI)						Empresa B (Clínica de Retaguarda)				
Diagnósticos por frequência	Taxa de admissão	Tempo permanência (dias)	Taxa Reinternação	Taxa de alta domicílio	Taxa de Óbito	Diagnósticos por frequência	Taxa de admissão	Tempo permanência (dias)	Taxa Reinternação	Taxa de alta domicílio
AVC	5%	118		67%	33%	AVC	38%	109	9%	84%
Cirurgia fêmur	38%	91	24%	76%		Cirurgia de Fêmur	20%	46	22%	78%
Infecção urinária recorrente	24%	8	54%	46%		Infecção urinária recorrente	10%	8	33%	67%
DPOC	2%	91		100%		DPOC	8%	38		100%
CA pulmão	1%	6			100%	CA pulmão	7%	34	38%	50%
CA mama	2%	19	50%	50%		CA mama	4%	41	40%	60%
CA intestinal	1%	2	100%			CA intestinal	3%	28	100%	
Artroplastia de quadril	6%	51	71%	29%		Artroplastia	3%	66		100%
CA útero	1%	9	100%			CA útero	1%	37		100%
Prótese de joelho	1%	123		100%		Cirurgia de quadril	2%	53		100%
Pneumonia	19%	23	14%	86%		CA esôfago	1%	35		100%
						TCE	3%	138		67%
Total	100%	49 dias	32%	65%	3%	Total	100%	53 dias	19%	76%

Fonte: Consolidação das bases de dados da Empresa A (ILPI) com a Empresa B (Clínica de Retaguarda)

Observa-se em ambos serviços um tempo maior de internação para os pacientes com diagnóstico de AVC, admitidos para reabilitação neurológica. As doenças cerebrovasculares constituem a segunda causa mundial de morte. Representam aproximadamente 5,5 milhões das

pessoas que morrem por ano, ou 10% de todas as mortes. Com o progressivo envelhecimento da população a prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) aumenta a cada ano (FERNANDES, 2015). Um paciente com AVC custa para o SUS, em média R\$ 6 mil reais. Esse valor varia de acordo com a gravidade de cada caso. Para o paciente que se recupera completamente do déficit neurológico, em um curto período de internação (de 3 a 5 dias), o custo em média será de R\$ 640 reais. Os pacientes que apresentarem sequelas graves, o período de internação pode ser de mais de um mês, gerando um custo em média de R\$ 32 mil (ABRAMCZUK; VILLELA, 2015).

As reinternações na Clínica de Retaguarda representam 19% do total de admissões, sendo o diagnóstico de CA (41%) o principal motivo. Na ILPI 32% do total de admissões retornaram para o hospital, representando (54%) dos diagnósticos de ITU. Cabe ressaltar que a população idosa é mais suscetível às infecções urinárias, decorrente das multiplicidades de doenças, da dependência funcional e das alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. A infecção afeta mais as mulheres e pode ocasionar aumento de confusão mental, incontinência urinária, queda e piora da mobilidade. A ITU é a infecção mais comum em ILPI, ocasionando quadro clínico de bacteremia, quando não tratada no início da doença (VILLAS BOAS et al., 2013).

Os pacientes admitidos em ambos serviços são beneficiários de planos de saúde. A diferença entre os beneficiários é a fonte pagadora da internação. Na ILPI a família paga a conta, e na Retaguarda é o plano de saúde. Isto ocorre, pois, a Clínica de Retaguarda tem credenciamento com as operadoras de saúde, já a ILPI por ser um serviço caracterizado como de assistência social, não é reconhecida como prestadora de serviços de saúde pelos meios regulamentadores, consequentemente não é elegível para um credenciamento junto à operadora. O Gráfico 28 mostra que na ILPI, 23% dos idosos admitidos no ano de 2017 eram beneficiários do Plano A, e 25% dos pacientes admitidos na Clínica de Retaguarda, tinham sua internação paga pelo mesmo plano, na mesma modalidade de serviços (gráfico 28).

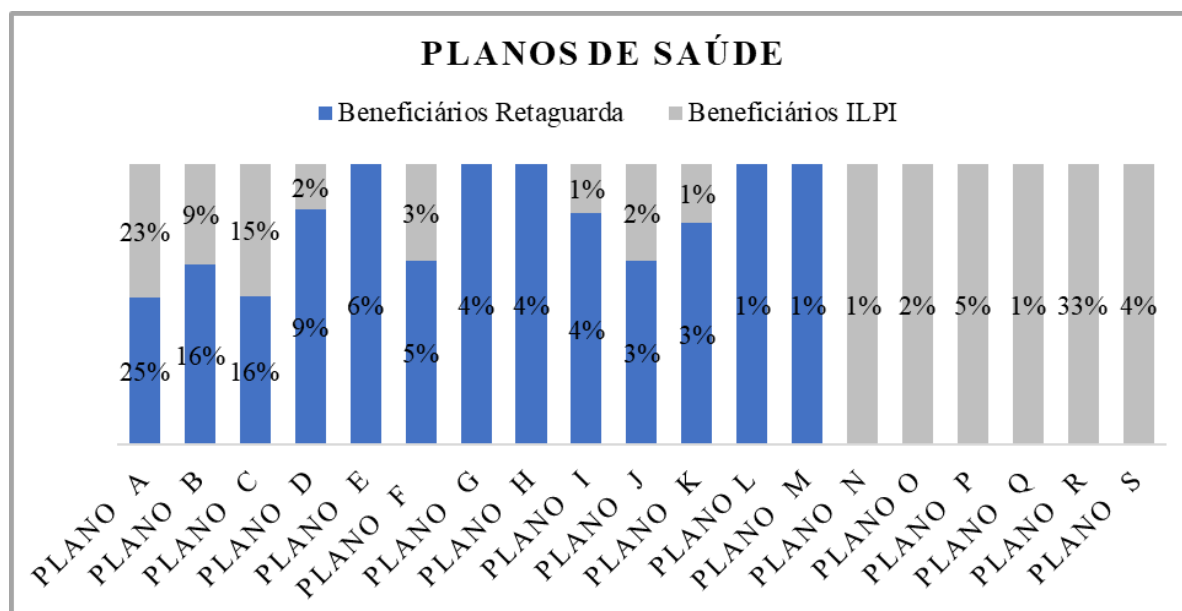


Gráfico 28 - Taxa de beneficiários por planos de Saúde da ILPI e Retaguarda

Fonte: Consolidação das bases de dados da Empresa A (ILPI) com a Empresa B (Clínica de Retaguarda), somando um total de 226 cadastros de internações no ano 2017.

No contexto jurídico, 49% das admissões da Clínica de Retaguarda têm suas origens em liminares judiciais. Entende-se o contexto como judicialização da saúde, gerando uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde (DINIZ, MACHADO, 2014).

No contexto da regulamentação, identificou-se que a Empresa A (ILPI), está cadastrada como casa de repouso na CNAE, e no CNES está inserida como consultório isolado. Percebe-se que a inclusão da empresa nos meios regulamentadores, não condiz com as atividades executadas. Uma hipótese para este CNAE pode ser o fator tributação fiscal pois, dependendo do tipo de serviço prestado, poderá gerar menores impostos para a empresa. Já para o CNES, pode estar relacionada à falta de critérios padronizados para o tipo de serviço prestado na ILPI. Para a Clínica de Retaguarda, a CNAE encontrada foi de atividades de atendimento hospitalar e o CNES de hospital geral, o que também não confere com as atividades executadas, uma vez que hospital geral é destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de urgência/emergência, e deve dispor também de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de média complexidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006). A falta de adequação na CNAE dos serviços de cuidados continuados, implica em danos maiores para o Estado, visto que a tributação fiscal da empresa pode estar ocorrendo de forma incorreta, decorrente da

classificação errada do estabelecimento. Já o grau de risco da atividade prestada pelo estabelecimento, que está relacionado ao acidente de trabalho e à doença ocupacional, também pode estar classificado de forma inexata.

No Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), também há uma oportunidade de melhoria no controle por parte do Estado, visto que nos dados disponíveis no sistema de informações em saúde há classificações incompletas por tipo de estabelecimentos e leitos. Uma amostra disso é a falta de um código específico para estabelecimentos e leitos de cuidados continuados.

Em geral falta uma regulamentação que estabeleça as premissas para este cadastro dos serviços de cuidados continuados, permitindo que cada instituição escolha de forma livre o tipo de Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE) e o tipo de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

9 CONCLUSÕES

Este trabalho aplicado tinha como objetivo geral identificar como são classificadas no Brasil as Instituições de Longa Permanência para Idosos e as Clínicas de Retaguarda. Nas últimas décadas, o Brasil desenvolveu importantes políticas de saúde e instrumentos legais para garantir o direito dos idosos a envelhecer com dignidade. Estas políticas e leis não são efetivas, visto que sua implementação tem sido lenta e dificultada pela falta de coordenação e recursos (MENDONÇA; RAUTH, 2013). Com uma estimativa de 64 milhões de idosos vivendo no país até 2050, o Brasil tem importantes questões de política pública para abordar, entre elas, políticas exclusivas e abrangentes para cuidados continuados.

A pesquisa identificou a falta de políticas públicas de saúde que norteiem os serviços de pós-agudos no Brasil. É necessária a inclusão do tema cuidados continuados nas agendas governamentais, a fim de discutir ações que sejam articuladas e considerem a velocidade do envelhecimento da população brasileira e seus impactos na saúde. Cabe ressaltar que consta na Política Nacional do Idoso (PNI), Lei de Nº 8.842, de 04 janeiro de 1994, no Capítulo IV, Das Ações Governamentais, Art. 10: Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicas, no item II - Na Área da Saúde (letra C), adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde (BRASIL. Presidência da República, 1994). Também compete a essas instâncias superiores elaborar políticas públicas que orientem na escolha de outros serviços de saúde.

Entende-se que após mais de duas décadas da publicação da PNI ainda não houve o cumprimento dessa lei, no que se refere à área da saúde (art. 10, inciso II). Considera-se, frente ao atual cenário brasileiro, uma omissão do Estado, que até o presente momento não atualizou os cuidados continuados prestados em instituições de longa permanência para idosos no Brasil. É dever do Estado a implantação e a regularização dos serviços de saúde.

Recomenda-se que, até que se defina uma regulamentação específica, as ILPIs não sejam utilizadas com finalidade de cuidados pós-agudos, visto que seu papel atual na sociedade é socioassistencial (prestar os cuidados básicos da vida diária e garantir a socialização do idoso). Os estabelecimentos que oferecem serviços de cuidados continuados em clínicas de retaguarda são uma oportunidade para melhorar a eficiência do sistema de saúde, tanto na rede privada,

quanto no sistema público, visto que leitos hospitalares são mais caros e dependem da alta rotatividade de pacientes para otimizar seus recursos instalados. Ao avaliar os desfechos clínicos pós alta hospitalar na população idosa, observa-se que a falta da continuidade de cuidado implica em prejuízos funcionais e/ou cognitivos desses pacientes, levando-os a reinternações, e consequentemente elevando os custos, tanto para as operadoras de saúde, como para o sistema de saúde público (LAGE, 2018).

Também é necessária a mudança da cultura do curar, ainda muito presente na área da saúde e enraizada na população brasileira, evoluindo para a cultura do cuidar. Atul Gawande em seu livro *Mortais* (2015), nos faz refletir sobre a recusa em aceitar a inexorabilidade do ciclo da vida, pois podemos ter melhores abordagens aos pacientes e idosos bem diante de nossos olhos, esperando para serem reconhecidas. Segundo o autor:

Às vezes podemos oferecer a cura, às vezes somente o cuidado, às vezes apenas o alívio, e em outras situações nem isso, porém independentemente do que possamos oferecer, nossas intervenções só serão justificadas se atenderem às metas maiores da vida da pessoa. (GAWANDE, 2015).

É fundamental a construção de um sistema de pós-agudos no Brasil para a população que está envelhecendo. Novas estratégias, soluções eficientes e iniciativas para cuidados continuados devem ser discutidas. Pode-se utilizar como referência os modelos americanos e europeus que dispõem, há décadas, dos chamados cuidados prolongados, que oferecem atendimento customizado às necessidades dos pacientes. O Brasil tem um grande potencial para evoluir em um sistema de saúde que integre o *Pre- Acute Care*, o *Acute Care* e o *Post-Acute Care*, sendo assim possível a configuração de uma rede de cuidados. A mudança para um sistema integral de cuidados continuados depende das esferas governamentais, do poder público, dos gestores de saúde e da sociedade.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este trabalho apresenta algumas limitações e por isso não pode ser extrapolado para outras realidades, pois o estudo se limitou ao município de São Paulo e a duas organizações, compreendendo uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e uma Clínica de Retaguarda. A base de dados utilizada se limita a 226 registros de internações ocorridas no período de um ano.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUK, Beatriz; VILLELA, Edlaine. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, n. 109, 2009.

ACKERLY, Clay; GRABOWSKI, David C. Post acute-care reform: beyond the ACA. **New England Journal of Medicine**, n. 370, p. 689-691, fev. 2014. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1315350>. Acesso em: 10 de abril de 2018.

ADI (Alzheimer's Disease International). **Policy Brief for Heads of Government: The global impact of dementia 2013-2050**. London: ADI, 2013. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2018.

AGS (American Geriatrics Society). **AGS portal** [website]. New York: AGS, 2018. Disponível em: <https://www.americangeriatrics.org/>. Acesso em: 17 de abril de 2018.

AHA (American Hospital Association). **Maximizing the value of post-acute care** [website]. Chicago: AHA, 2018. Disponível em: <https://www.aha.org/guidesreports/2010-11-30-trendwatch-maximizing-value-post-acute-care>. Acesso em: 01 de abril de 2018.

AJIMURA, F. Y. **Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: Quem são e por que permanecem?**. 2016. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Dicionário de termos técnicos de assistencial social**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social, 2006. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Pejoteiro/dicionrio-de-termos-tnicos-da-assistncia-social-pmbh-mg>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

BOQUINHAS, José Miguel. **Políticas e sistemas de saúde**. Coimbra: Almedina, 2012.

BORGES, Mariana Ferreira; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 3, p. 453-461, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC 283**, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Resolução da Diretoria Colegiada. Brasil: Anvisa, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 31 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)** [website]. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS, 2018a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: Tipos de estabelecimento**. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS, 2018b. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm. Acesso em: 12 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção À Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 16 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Gabinete do Ministro, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 05 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Gabinete do Ministro, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 30 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.809**, de 07 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 30 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de ocupação operacional geral**. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**: de 16 de julho de 1934. Brasil: Presidência da República, 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 24 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal de 1988**. Brasil: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.212**: Lei orgânica da Seguridade Social, de 27 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em 30 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.648**, de 20 de abril de 1993. Acrescenta parágrafo único do art. 399 da Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916, Código Civil. Brasília: Presidência da República, 1993a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8648.htm. Acesso em: 31 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.742**: Lei orgânica da Assistência Social, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1993b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm. Acesso em 31 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 29 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.741**: Estatuto do Idoso, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 28 de março de 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12.435**, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em 31 de março de 2018.

BURKE, R. E. et al. Rise of post-acute care facilities as a discharge destination of US hospitalizations. **JAMA Internal Medicine**, v. 175, n. 2, p. 295-296, feb. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25437642>. Acesso em: 01 de abril de 2018.

CAMARANO, Ana Amélia. **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em: 13 de março de 2018.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2018.

CARVALHO, Maria Irene Lopes B. de. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal: o planeamento da alta em Serviço Social. **Katálisis**, v. 17, n. 2, p. 261-271, jul./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200261. Acesso em: 14 de abril de 2018.

CHENG-YANG, Hsieh et al. Three years of the nationwide post-acute stroke care program in Taiwan. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 81, n. 1, p. 87-88, jan. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S172649011730268X>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

COLEMAN, E. A.; BERENSON, R. A. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. **Annals of Internal Medicine**, v. 141, n. 7, p. 533-536, 5 oct. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Coleman+EA%2C+Berenson+RA.+Lost+in+transition>. Acesso em: 03 de abril de 2018.

COSTA, Elisa Franco de Assis. **Análise de soroprevalência para as infecções pelos vírus das hepatites B e C em idoso residentes em asilos no município de Goiânia-GO**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade de Goiás, Goiás, 2004.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00591.pdf>. Acesso em: 13 de março de 2018.

DREYER, T. Care transições: melhores práticas e programas baseados em evidências. **Enfermeira Home Health**, v. 32, n. 5, p. 309-316, 2014.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia Serviços Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, out./dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/epidemiologia_servicos_saude_volume21_n4.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2018.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **Affordable Care Act (ACA)**. EUA: Healthcare, 2018a. Disponível em: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>. Acesso em: 30 de março de 2018.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **H.R. 4994: Impact Act of 2014, Data Standardization & Cross Setting Measures**. Washington: United States Congress, 2014. Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Post-Acute-Care-Quality-Initiatives/IMPACT-Act-of-2014/IMPACT-Act-of-2014-Data-Standardization-and-Cross-Setting-Measures.html>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **USA.gov** [website]. EUA: US Government, 2018b. Disponível em: <https://www.usa.gov/>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

FERNANDES, J. G. Stroke prevention and control in Brazil: missed opportunities. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 733-735, 2015.

FISCHER, Claudia et al. Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A review of the evidence. **Plos One**, v. 9, n. 11, p. 1-9, nov. 2014. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0112282>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

GAWANDE, Atul. **Mortais**: Nós, a medicina e o que realmente importa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

HANSEN, Luke O. et al. Intervenções para reduzir a hospitalização de 30 dias: uma revisão sistemática. **Annals of Internal Medicine**, v. 155, n. 8, p. 520-528, 2011.

HARRIS-KOJETIN, L. et al. Long-term care services in the United States: 2013 overview. **Vital & Health Statistics**, v. 3, n. 37, p. 1-107, dec. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158640>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

HERRERA, E. Jr. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Comissão Nacional de Classificação: CNAE (Cadastro Nacional de Atividades Econômicas)** [website]. Brasília, DF: IBGE, 2018a. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html>. Acesso em: 09 de abril de 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação** [website]. Brasília, DF: IBGE, 2018b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

INGLATERRA. **NHS England** [website]. Londres: NHS, 2018. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/healthcare/>. Acesso em: 10 de abril de 2018.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Infraestrutura social e urbana no Brasil**: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: http://semanaculturaviva.cultura.gov.br/linhadotempo/pdf/publicacoes/SCC/Infraestrutura_Social_Urbana_Brasil_2010.pdf. Acesso em: 02 de abril de 2018.

KAIRALLA, Maisa Carla; BERRETTA, Juliana Marília. Transição de cuidados. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. pp. 1233-1236.

LAGE, D. E. et al. The Care Continuum for Hospitalized Medicare Beneficiaries Near Death. **Annals of Internal Medicine**, [Epub ahead of print], 13 feb. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29435586>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

LIMA, Maria Amélia Ximenes Correia. **O fazer institucionalizado**: O cotidiano do asilamento. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

LUCCHESI, Patrícia. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf. Acesso em: 11 de abril de 2018.

MAIA, F. O. M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 116-122, 2012.

MATHAUER, Inke; WITTENBECHER, Friedrich. Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low – and middle – income countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, p. 746-756A, 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v91n10/0042-9686-bwho-91-10-746.pdf. Acesso em: 14 de março de 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 06 de março de 2018.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros de; RAUTH, Jussara. O idoso Brasileiro e as leis: garantindo direitos, conquistando qualidade de vida. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. pp. 1556-1562.

MESQUITA, Regina Angela Viana; COSTA, Neidil Espinola da; CARVALHO, Helena Barros Campos de. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento e a Velhice. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. pp. 1614-1621.

NEAD (Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar). **Caderno de boas práticas: desospitalização**. Fascículo II. São Paulo: NEAD, 2017. Disponível em: http://conexaohomecare.com/wp-content/uploads/2017/06/caderno-boas_praticas_II_desospitaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 07 de abril de 2018.

O DEFICIT de leitos hospitalares. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 04 ago. 2013. Disponível em: <http://anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/o-deficit-de-leitos-hospitalares>. Acesso em: 03 de abril de 2018.

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). **Data on Portugal** [website]. Paris: OECD, 2013. Disponível em: <http://www.oecd.org/portugal/>. Acesso em: 03 de abril de 2018.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. São Paulo: Comissão de Direitos Humanos da USP, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Countries: United States of America: Statistics**. [s.l.]: OMS, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/countries/usa/en/>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Relatório Mundial de Envelhecimento em Saúde: Resumo**. United States of America: OMS, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=45092031383853A30B87B20FC8561F34?sequence=6. Acesso em: 22 de março de 2018.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **The global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization Department of Ageing and Life Course, 2016.

Disponível em: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>. Acesso em: 05 de março de 2018.

PARRY, C et al. The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. **Home Health Care Services Quarterly**. v. 22, n. 3, p. 1-17, 2003.

PRINCE, M. et al. **World Alzheimer Report 2015**: The Global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International, 2015.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a Saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

SÃO PAULO. Fundação SEADE. **Portal de estatísticas do Estado de São Paulo** [website]. São Paulo: SEADE, 2018. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>. Acesso em: 23 de abril de 2018.

VILLAS BOAS, Paulo José Fortes et al. Infecção em instituição de longa permanência. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. pp. 980-994

WERNER, R. M.; KONETZKA, R. T. Trends in post-acute care use among Medicare Beneficiaries: 2000 to 2015. **JAMA**, v. 319, n. 15, p. 1616-1617, apr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29677292>. Acesso em: 12 de março de 2018.

YOO, Ji Won et al. Hospital readmission of skilled nursing facility residents: a systematic review. **Research in Gerontological Nursing**, v. 8, n. 3, p. 148-156, feb. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/19404921-20150129-01>. Acesso em: 30 de março de 2018.