

**EDIVANIA ANACLETO PINHEIRO**

**A PRÁTICA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS  
AO IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NOS  
TERRITÓRIOS DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR EM CAMPO  
GRANDE/MS**

**BOLSISTA - CAPES**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL  
MESTRADO ACADEMICO  
CAMPO GRANDE - MS  
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

P654p Pinheiro, Edivania Anacleto

A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS / Edivania Anacleto Pinheiro; orientadora Cleonice Alexandre Le Bourlegat. 2017.

162 f.

Dissertação(mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017.

1.Idosos – Saúde e higiene 2. Cuidados Continuados Integrados (CCI) 3. Territorialidade 4. Desenvolvimento local I. Le Bourlegat, Cleonice Alexandre II. Título

CDD – 305.26098171

**EDIVANIA ANACLETO PINHEIRO**

**A PRÁTICA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS  
AO IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NOS  
TERRITÓRIOS DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR EM CAMPO  
GRANDE/MS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado/Doutorado, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob a orientação do Profª. Drª. Cleonice Alexandre Le Bourlegat.

**BOLSISTA - CAPES**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL  
MESTRADO ACADEMICO  
CAMPO GRANDE - MS  
2017**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Título:** A prática de cuidados continuados integrados ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS

**Área de Concentração:** Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades.

**Linha de Pesquisa:** Políticas Públicas e Dinâmicas de Inovação em Desenvolvimento Territorial

Dissertação submetida à Comissão Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local - Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Exame de Defesa aprovado em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cleonice Alexandre Le Bourlegat - Orientadora  
Universidade Católica Dom Bosco

---

Prof. Dr. Reginaldo Brito da Costa  
Universidade Católica Dom Bosco

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Clarice Souza Pinto  
Secretaria Estadual de Saúde - SES/ Hospital São Julião

Às pessoas que jamais deixaram de demonstrar  
tamanho amor e crença em meus sonhos: Marcelo  
Simões e família.

## **AGRADECIMENTOS**

A maior parte das grandes conquistas, tal como esta é alcançada com o auxílio de certas e determinadas pessoas, que merecem especial atenção e gratidão:

A Deus, primeiramente, que sempre me apoiou com sua Luz e Misericórdia por mais difícil que parecia ser o momento de dificuldade.

Aos meus pais, que sempre dedicaram a vida aos seus filhos, trabalhando e incentivando os estudos e por isso hoje estou aqui.

Ao meu lindo marido Marcelo Marques Simões, que com muita sensatez me encorajou a seguir em frente nos momentos de fraqueza e do medo de não conseguir.

Ao Hospital São Julião, Enfermeira Carlinda e o Administrador Amilton Alvarenga, pelo apoio e incentivo, permitindo que esse sonho pudesse ser concretizado.

Obrigada a todos os colegas de mestrado, pela paciência durante todo o tempo em que convivemos, pela atenção e carinho nos dias de aula e, principalmente, pelo apoio, auxílio e conhecimentos partilhados. Tenham a certeza de que bons frutos produzidos por mim partem da semente plantada por vocês.

Obrigada aos meus estimados professores, que nunca deixaram de lembrar o quanto importante seria esse passo, razão pela qual responsabilidade e seriedade eram necessárias a todo o momento.

Obrigada, especialmente, à Professora Cleonice Alexandre Le Bourlegat, que ultrapassou os limites do ensino, que desde o início se mostrou favorável ao meu projeto e muito me auxiliou para a finalização desta pesquisa.

À Universidade Católica Dom Bosco e a CAPES meus sinceros agradecimentos por tornarem possível, financeiramente, a realização desta conquista.

Aos entrevistados (pacientes e famílias), que se prontificaram em ceder um pouquinho do seu tempo para me conceder as entrevistas que embasam este trabalho.

Por fim, obrigada a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram com esta dissertação e, por conseguinte, para a materialização do sonho de se tornar mestre.

## RESUMO

Em Campo Grande (Brasil) foi criado um Plano Piloto para implantação da linha de Cuidados Continuados Integrados (CCI), em serviço de atenção no SUS, que implica sua reintegração no domicílio, diante do aumento do número de pessoas em situação de dependência funcional no Brasil. A preocupação específica desse estudo foi com as formas de contribuição e limitações que essa experiência, iniciada desde 2013, já podem proporcionar na promoção da saúde do idoso na realidade de Campo Grande-MS. O presente estudo objetivou diagnosticar e refletir teoricamente as condições em que vem se dando a prática em CCI de Campo Grande/MS, sejam nos serviços oferecidos, sejam no ambiente do domicílio. O método de pesquisa utilizado foi hipotético-dedutivo e método de abordagem sistêmico, com pesquisa de natureza exploratória e quali-quantitativa, com dados de fontes secundárias e primárias. O objeto de estudo, além dos próprios serviços oferecidos, foram os idosos residentes na cidade, que participaram do Plano Piloto, no período de outubro de 2013 a dezembro de 2017. As técnicas de coleta foram observação participante e entrevistas semiestruturadas. Os resultados mostraram que a implementação da linha de CCI exige adequações na estrutura e funcionamento dos serviços, com preparo de pessoal, que podem gerar alguns impactos iniciais. Os idosos atendidos estão inseridos na faixa etária entre 60 a 85 anos, de baixo poder aquisitivo e nível de escolaridade. Residem em bairros periféricos, com longo tempo de moradia e metade deles ainda exerce alguma atividade. O apoio irrestrito da família foi o componente mais importante na reintegração ao domicílio, seguida da rede social de amigos e vizinhos. Não houve grande preocupação em adequar o ambiente da casa, para aqueles que tiveram seus limites físicos reduzidos. O ambiente do entorno, ainda que apresente infraestrutura como rede de apoio, é pouco explorado pelo idoso, em parte pelo desinteresse pessoal em determinadas práticas, mas, sobretudo pela distância, com deslocamento dificultado por um meio de transporte coletivo ao qual o idoso não tem acesso. Recebem a visita do agente comunitário de saúde e foram contemplados com os serviços de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) garantindo sua locomoção. No entanto, nenhum deles acusou a visita médica e da enfermeira, o que contribuiu para certa frustração nos pacientes e familiares. Para uma melhor e mais resolutiva continuidade dos cuidados à saúde é necessária uma reorganização da rede de atenção no que diz respeito ampliação dos serviços de reabilitação em diferentes regiões do município, bem como implantação do serviço de atenção domiciliar aqueles que não têm condições de deslocamento até os serviços de saúde. Conclui-se que o modelo CCI traduz na prática a integralidade da atenção à saúde, atendendo a mudança epidemiológica e demográfica da população do Brasil.

**Palavras-chave:** Rede de Cuidados Continuados Integrados. Saúde do idoso. Desenvolvimento Local. Territorialidade.

## ABSTRACT

In Campo Grande (Brazil), a Pilot Plan was created for the implementation of the Integrated Continuing Care (CCI) line, in care service in the SUS, which implies its reintegration at home, due to the increase in the number of people in functional dependence Brazil. The specific concern of this study was with the forms of contribution and limitations that this experience, initiated since 2013, can already provide in promoting the health of the elderly in the reality of Campo Grande-MS. The objective of this study was to diagnose and theoretically reflect the conditions in which the practice is being carried out at Campus ICC, whether in the services offered, or in the home environment. Research method used hypothetico-deductive and method of systemic approach, with exploratory and qualitative-quantitative research, with data from secondary and primary sources. The object of study, besides the services offered, were the elderly residents in the city, who participated in the Pilot Plan, from October 2013 to December 2017. The collection techniques were participant observation and semi-structured interviews. The results showed that the implementation of the CCI line requires adjustments in the structure and operation of the services, with preparation of personnel, which can generate some initial impacts. The elderly are cared for between 60 and 85 years of age, with low purchasing power and level of schooling. They live in peripheral neighborhoods with a long dwelling time and half of them still have some activity. The unrestricted support of the family was the most important component in the reintegration to the home, followed by the social network of friends and neighbors. There was no great concern in adjusting the home environment to those who had their physical limits reduced. The surrounding environment, although presenting an infrastructure as a support network, is little explored by the elderly, partly because of personal disinterest in certain practices, but especially by distance, with displacement hampered by a collective means of transportation to which the elderly have no access. They receive the visit of the community health agent and were provided with the services of Orthotics, Prosthetics and Special Materials (OPMEs) guaranteeing their locomotion. However, none of them accused the doctor and the nurse, which contributed to some frustration in patients and their families. For a better and more resolute continuity of health care, a reorganization of the care network is necessary in terms of expansion of rehabilitation services in different regions of the municipality, as well as implementation of the home care service for those who can not move until health services. It is concluded that the CCI model translates into practice the integrality of health care, taking into account the epidemiological and demographic change of the Brazilian population.

**Keywords:** Integrated Continuing Care Network. Health of the elderly. Local Development. Territoriality.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1 - População distribuída nas regiões urbanas de Campo Grande .....</b>	<b>86</b>
<b>Gráfico 2 - Percentagem de população idosa nas regiões Urbanas de Campo Grande .....</b>	<b>86</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	- Equipe de Coordenação Geral e suas competências .....	60
Figura 2	- Equipe de Coordenação Local e suas competências.....	61
Figura 3	- Tipologias de resposta na RNCCI.....	62
Figura 4	- Fluxo de encaminhamento dos pacientes .....	75
Figura 5	- Pirâmide etária de Campo Grande/MS em 2010.....	84
Figura 6	- Regiões e bairros urbanos de Campo Grande .....	85
Figura 7	- Parques urbanos em Campo Grande em 2015.....	88
Figura 8	- Distritos Sanitários de Campo Grande - MS.....	94
Figura 9	- Unidades de Proteção Social na cidade de Campo Grande - 2015 ....	97
Figura 10	- Órgãos vinculados à rede CRAS.....	98
Figura 11	- Distribuição geográfica dos serviços de saúde do município nas regiões urbanas de Campo Grande em 2015 .....	99

## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A - Solicitação de autorização.....	150
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE.....	151
APENDICE C - Questionário sociodemográfico .....	153
APENDICE D - Roteiro da entrevista semiestruturada.....	154

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APS	- Atenção Primária da Saúde
CAPS	- Centro de Apoio Psicossocial
CBM	- Confederação Brasileira das Santas Casas de Misericórdias
CCI	- Cuidados Continuados Integrados
CEALAG	- Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão
CEAM	- Centro de Atenção à Saúde da mulher
CEM	- Centro de Especialidades Médicas
CENORT	- Centro Ortopédico Municipal
CEOI	- Centro de Especialidades Odontológicas
CEON	- Centro de Atendimento Básico de Oncologia
CI	- Cuidador Informal
CLD	- Cuidado de Longa Duração
COAP	- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPS	Centro de Regiões de Saúde
CRAS	- Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	- Centro de referência Especializado de Assistência Social
CTA/ DST	- Centro de Testagem e aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECL	- Equipe de Coordenação Local
ECR	- Equipe de Coordenação Regional
EGA	- Equipe de Gestão de Alta
ESF	- Estratégia da Saúde da família
EUA	- Estados Unidos da América
MEC	- Ministério da Educação
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	- Norma Operacional de assistência à saúde
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas

OPAS	- Organização Pan Americana de saúde
PAII	- Plano de Apoio Integrado a Idosos
PNH	- Política Nacional de Humanização
PREMUS- CCI	- Programa de Residência Multiprofissional em cuidados continuados integrados
RCCI	- Rede de Cuidados Continuados Integrados
RUE	- Rede de Urgência e Emergência
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
TEIAS	- Território Integrado de Atenção à Saúde.
UCMDR	- Unidade de média duração e reabilitação
UMCCI	- Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	15
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO .....</b>	21
<b>2.1 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	21
<b>2.1.1 Concepção de saúde: desenvolvimento humano e envelhecimento ativo .....</b>	21
2.1.1.1 Saúde como conceito de desenvolvimento humano em sua integridade.....	22
2.1.1.2 Envelhecimento ativo .....	23
<b>2.1.2 Cuidado integrado em saúde e a estratégia de saúde da família .....</b>	25
2.1.2.1 Interdisciplinaridade no cuidado integrado em saúde .....	25
2.1.2.2 Estratégia da saúde da família no cuidado integrado.....	27
2.1.2.3 O papel da família no Cuidado Integrado e os diversos arranjos familiares .....	28
<b>2.1.3 Cuidados Continuados Integrados (CCI) e o desenvolvimento local .....</b>	30
2.1.3.1 A prática de CCI como processo de desenvolvimento local...	30
<b>2.1.4 Inovações da política nacional de humanização no SUS adotadas nas práticas de CCI .....</b>	31
2.1.4.1 Tecnologias leves na assistência à saúde .....	32
2.1.4.2 Comunicação no processo de humanização em saúde .....	32
2.1.4.3 Acolhimento nos cuidados prestados .....	33
2.1.4.4 Vínculo com o usuário .....	33
2.1.4.5 Respeito na comunicação entre os pares .....	34
2.1.4.6 Autonomia .....	34
2.1.4.7 Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	35
2.1.4.8 Projeto Terapêutico Singular no contexto da multiprofissionalidade .....	36
2.1.4.9 Passeio terapêutico .....	37
2.1.4.10 Visita beira leito .....	39
2.1.4.11 Promoção da saúde, educação na saúde e educação em saúde.....	39
2.1.4.12 Educação em saúde e cuidadores informais .....	40

2.1.4.13 Alta responsável .....	41
<b>2.2 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>43</b>
<b>2.2.1 Objeto da pesquisa (caracterização, localização e abrangência)</b>	<b>43</b>
<b>2.2.2 Natureza da pesquisa .....</b>	<b>43</b>
<b>2.2.3 Método da pesquisa.....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.4 Método de abordagem .....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.5 Metodologia da pesquisa: procedimentos metodológicos de coleta, participante-alvo e sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.6 Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa.....</b>	<b>45</b>
<b>2.2.7 Instrumentos de pesquisa.....</b>	<b>46</b>
2.2.7.1 Questionário sociodemográfico .....	47
2.2.7.2 Roteiro de entrevista semiestruturada.....	47
2.2.7.3 Observação-participante .....	47
<b>2.2.8 Procedimentos de análise e interpretação dos dados: método de análise ampliada e de interacionismo interpretativo .....</b>	<b>47</b>
<b>3 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1 ORIGEM E FORMAS DE CONCEPÇÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.1 Cuidados de longa duração: modelos e concepções gerais.....</b>	<b>49</b>
<b>3.1.2 Divergência de concepção e aplicação de políticas nos países ..</b>	<b>50</b>
<b>3.1.3 Concepção das organizações internacionais .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1.4 Enquadramento na concepção da rede de cuidados continuados integrados .....</b>	<b>55</b>
<b>3.1.5 Tipologias de unidades na rede de cuidados continuados integrados da RNCCI.....</b>	<b>61</b>
<b>3.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NO BRASIL E EM CAMPO GRANDE/MS .....</b>	<b>63</b>
<b>3.2.1 Implantação do projeto-piloto da rede de cuidados continuados integrados no Brasil .....</b>	<b>64</b>
<b>3.2.2 Implantação do projeto-piloto da rede de cuidados continuados integrados em Campo Grande/MS .....</b>	<b>67</b>
<b>3.2.3 Hospital São Julião: origem e reestruturação .....</b>	<b>69</b>
<b>3.2.4 O projeto Cuidados Continuados Integrados no Hospital São Julião .....</b>	<b>70</b>
<b>3.2.5 Impacto do modelo na cultura interna do Hospital São Julião .....</b>	<b>72</b>

<b>3.2.6 Territorialidade dos serviços prestados .....</b>	73
3.2.6.1 Estrutura e dinâmica da rede dos Cuidados Continuados.....	73
3.2.6.2 Fluxo dos pacientes idosos internados em hospital de urgência e emergência para o Hospital São Julião.....	76
3.2.6.3 Fluxo do paciente idoso do Hospital São Julião para o domicilio com apoio da Rede de Atenção Básica.....	77
3.2.6.4 Reinternação hospitalar a partir da Unidade de Cuidados Continuados Integrados.....	79
<b>3.2.7 Residência multiprofissional em cuidados continuados .....</b>	80
<b>4 REINTEGRAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS NO CONTEXTO DE SUAS TERRITORIALIDADES DE ORIGEM EM CAMPO GRANDE/MS .....</b>	82
<b>4.1 TERRITÓRIO DE CAMPO GRANDE E OS IDOSOS .....</b>	82
<b>4.1.1 Perfil da população municipal e a participação dos idosos.....</b>	83
<b>4.1.2 Ambiente urbano na promoção da saúde do idoso .....</b>	87
<b>4.1.3 Ambiente de acessibilidade e mobilidade urbana na cidade .....</b>	89
<b>4.1.4 Condições de vida dos moradores urbanos.....</b>	90
<b>4.1.5 Ambiente construído e oferta dos serviços de saúde em Campo Grande/MS .....</b>	91
4.1.5.1 Campo Grande nos níveis de organização da Atenção à Saúde do SUS.....	92
4.1.5.2 Serviços de Retaguarda do Hospital São Julião na rede de urgência e emergência .....	95
4.1.5.3 Infraestrutura de serviços sócios assistenciais nas regiões urbanas.....	95
4.1.5.4 Infraestrutura de serviços de saúde do município nas regiões urbanas.....	98
<b>4.2 CONDIÇOES DE REINTEGRAÇÃO DO IDOSO NA TERRITORIALIDADE VIVIDA DA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS .....</b>	101
<b>4.2.1 Análise subjetiva em relação à realidade vivida .....</b>	102
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	129
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	134
<b>APÊNDICES .....</b>	149
<b>ANEXO .....</b>	157

## **1 INTRODUÇÃO**

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e em todas as idades faz parte de um dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para os quais a Organização das Nações Unidas estabeleceu planos de ação na chamada Agenda 2030, visando melhorar as condições de sustentabilidade do atual sistema-mundo. Ficam claras nessas ações previstas pela ONU, que elas integram um processo de desenvolvimento a ser seguido pelas diversas populações do mundo, uma correlação direta entre saúde e desenvolvimento sustentável. Verifica-se, por meio desses novos princípios internacionais e de normas nacionais, um novo conceito de desenvolvimento, que não só que implica em desenvolvimento humano como prioriza o “processo sistêmico” para bem conduzi-lo. Este baseia-se em interações, tanto no âmbito da sociedade, como do Estado, e ainda de Sociedade e Estado entre si. Trata-se, portanto, de um processo integrado de desenvolvimento.

Diante do franco crescimento do número de idosos no mundo, cada vez mais se verifica a necessidade de estudos e pesquisas que possibilitem direcionar ações e prioridades às políticas públicas relacionadas em como lidar com essa nova realidade na promoção da saúde. As realidades a serem averiguadas para esse fim são diversas, sejam relacionadas ao novo padrão epidemiológico, à nova estrutura social familiar e econômica, assim como aos problemas de integração social do idoso.

A população brasileira vem passando, nas últimas décadas, por um sucessivo processo de envelhecimento e consequente aumento da esperança de vida. Vem ocorrendo, em grande parte, diante da melhoria das condições sociais de vida e dos serviços de saúde proporcionados pelo Sistema Único de Saúde. No Estatuto do Idoso, estabelecido no país desde 2003, o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social. É dever de todos, prevenir o idoso de ameaças à violação de seus direitos, seja Estado e sociedade. Cabe ao Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio de políticas sociais públicas, visando um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Por outro lado, cabem à família, comunidade e sociedade, assim como ao Poder Público, assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida e à saúde, num respeito à convivência familiar e comunitária. No caso da sociedade apoiada pelo

Estado, o idoso precisa ter garantido o atendimento preferencial por sua própria família, no lugar de asilos, assim como a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio com as demais gerações.

As práticas assistenciais do Sistema Único de Saúde brasileiro baseiam-se no conceito integrado de saúde-doença, que tem como princípio os determinantes sociais de saúde. Nessa nova abordagem, a anterior racionalidade de causa e efeito das doenças é substituída por outra, de natureza sistêmica mais complexa. Por meio dela, busca-se apreender a complexidade de determinantes que interagem no processo de saúde-doença vivida, especificamente, pelos usuários de seus serviços, sejam elas oriundas de condições socioeconômicas, culturais ou ambientais.

Nesse processo, torna-se fundamental que os integrantes dos serviços do SUS tenham conhecimento a respeito das perspectivas e realidade efetivamente vividas no contexto no território (de vida e de trabalho) de seus usuários (famílias e comunidade). É a forma de atuar de num processo integrado, com a finalidade de atender a todos os cidadãos de modo mais abrangente e em acordo às suas necessidades específicas. Desse modo, o cuidado com a saúde implica em desenvolvimento de natureza endógena, levando-se em consideração as particularidades de diferentes territorialidades.

Nessa nova abordagem, o Ministério da Saúde passou a incorporar no SUS, como “porta de entrada”, as unidades de atendimento direto nas comunidades, para os chamados serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), associados a um conceito mais ampliado de “Vigilância em Saúde”. Para tais iniciativas emergiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), que supõe uma equipe multiprofissional que atua no território de abrangência dos serviços de Atenção Primária com a finalidade diagnóstica e de acompanhamento das famílias em suas particularidades e diversidade. Cada equipe constitui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desse modo, a APS vem se transformando no polo articulador de vários outros serviços mais especializados do SUS, entre eles, os de urgência e emergência, que também se articulam entre si.

As demandas crescentes pelos serviços de saúde, provocadas pelo aumento de doenças e dependências funcionais dos pacientes com pluripatologia, têm se constituído em uma dessas importantes preocupações. De um lado, elas requerem oferta de leitos hospitalares de ocupação prolongada pelos pacientes idosos crônicos e de convalescença. De outro, levam a repensar sobre a necessidade do incremento

de ações sócio-sanitárias, que consigam minimizar a procura e utilização de serviços de longas permanências hospitalares e urgências.

A partir de 2013, uma nova política passou a ser desenhada, visando definir estratégias de atenção específica à saúde do idoso, que tivesse a Atenção Básica como ordenadora e continuadora desse tipo de cuidado. Passou-se a experimentar a inclusão de um tipo de cuidado complementar na rede de emergência, oferecido em nível intermediário, que pudesse se articular à rede de Atenção Primária de Saúde, de modo a ser continuado numa interação com a família em seu devido contexto territorial.

Trata-se do programa piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados (CCI), implementado em quatro cidades do Brasil. Ele se volta aos atendimentos a pacientes com dependência funcional e necessidades emergentes, com prioridade aos idosos. O projeto Cuidados Continuados Integrados (CCI) foi configurado para enfrentar um desses desafios no Sistema de Saúde brasileiro, na oferta dos serviços adequados de saúde a essa nova situação geradora de pacientes crônicos e de convalescença. A finalidade é proporcionar serviços governamentais de saúde com respostas adequadas às pessoas idosas com essas formas de dependência. Ao mesmo tempo, visa possibilitar o apoio das famílias no suporte à promoção, recuperação e manutenção do conforto e qualidade de vida dos idosos nessa situação.

Portanto, além de se pensar em serviços que possam prevenir e reabilitar busca-se alternativas para readaptar e reintegrar o paciente à sociedade, num processo interativo entre governo, família e coletividade local. Trata-se de um tipo de “cuidado intermediário”, organizado entre o atendimento de urgência no hospital especializado e o do retorno à família. Implica, portanto, num tipo de “tratamento de transição” entre a estadia do paciente idoso no ambiente de tecnologia mais sofisticada e de manobras terapêuticas mais complexas do hospital especializado e aquele do ambiente familiar.

Esse tipo de cuidado intermediário (*transitionalcare*) exercido antes de chegar à família, envolve a reabilitação do paciente e o seu preparo para o retorno do lar. Este é realizado de modo que se possa efetivar a continuidade da atenção compartilhada com o ambiente familiar, com o apoio de outras organizações presentes no território de vida em que se inserem tais famílias. Implica um processo de desenvolvimento local no âmbito da saúde, que leva em conta as particularidades das

diversas territorialidades vivenciadas pelas famílias dos pacientes idosos reabilitados. A finalidade é a de se obter nesse processo interativo do SUS-famílias-coletividades, respostas mais sustentáveis que levem a ampliar a autonomia dos idosos na manutenção de sua qualidade de vida e bem-estar.

Busca-se proceder a avaliações desse processo, fazendo-se o aproveitamento das lições aprendidas coletivamente, seja por parte de quem oferece os serviços, como de quem os recebe com apoio da família e coletividade. Além da cidade de Campo Grande no Estado de Mato Grosso do Sul, o Ministério da Saúde acompanha projetos pilotos na cidade de Ipuã e Pedregulhos no estado de São Paulo e Rebouças no estado do Paraná. Para acompanhar esses projetos-piloto, o referido Ministério conta com apoio do Centro de Estudo Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG), Hospital Samaritano e Gesaworld.

Na condição de Coordenadora de Enfermagem desse plano piloto em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, desenvolvido em Campo Grande, surgiu a inquietação no sentido da realização de uma pesquisa que pudesse proporcionar maiores reflexões estruturadas do ponto de vista científico a essa prática.

### **Questão norteadora**

Que contribuições e limitações podem proporcionar a implantação da Rede de Cuidados Continuados Integrados em serviço de atenção no SUS, na promoção da saúde do idoso na realidade de Campo Grande/MS?

### **Objetivo geral**

Diagnosticar e refletir sobre as condições em que vêm se dando a prática em Cuidados Continuados Integrados, implementados a partir de 2013, no hospital de retaguarda - Hospital São Julião e no contexto dos territórios de abrangência do ESF e / ou do Serviço de Atenção Primária à Saúde de origem das famílias dos pacientes, de modo a verificar possíveis contribuições ou limitações na concretização da maior autonomia e adaptação do idoso no meio familiar e social.

## **Objetivos específicos**

(1) Analisar as contribuições e limitações na adoção da prática em Cuidados Continuados Integrados no Sistema Único de Saúde e como ela vem sendo preparadas e inseridas no hospital de retaguarda do Hospital São Julião em Campo Grande - MS.

(2) Verificar como vem se dando a continuidade do cuidado integrado durante o processo de reintegração familiar dos pacientes idosos, no contexto da territorialidade de Campo Grande.

## **Finalidade e justificativa da pesquisa**

A finalidade dessa pesquisa e também sua justificativa é a de que os aportes teóricos e práticos obtidos, devidamente analisados e interpretados, possam trazer maior discernimento e contribuir para uma melhor compreensão da prática compartilhada da Rede de Cuidados Continuados Integrados (CCI), a outras iniciativas que possam surgir no âmbito do SUS.

## **Estrutura da redação**

O trabalho foi estruturado em três capítulos. No primeiro tópico o objetivo foi apresentar as teorias e categorias conceituais selecionadas que deram suporte à reflexão, tanto do fato estudado como dos dados obtidos, assim como o referencial metodológico, sejam os métodos, os procedimentos de pesquisa e aqueles de análise e interpretação dos dados buscou-se apresentar as teorias e categorias conceituais selecionadas para poder refletir os dados coletados, assim como objetivos, objeto e natureza da pesquisa, métodos e metodologia utilizados.

No segundo tópico tem como objetivo contextualizar a origem e concepção dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), no mundo, especificamente na União Europeia e nela Portugal, país com quem o Brasil manteve parcerias para esse aprendizado. Ao mesmo tempo, busca apresentar os avanços e dificuldades na adoção da prática em Cuidados Continuados Integrados no Sistema Único de Saúde e como esta prática vem sendo preparada e inserida no hospital de retaguarda do Hospital São Julião em Campo Grande - MS.

Finalmente, no terceiro tópico abordamos as condições em que vem se dando a continuidade do cuidado durante o processo de reintegração dos pacientes idosos, no contexto das diferentes territorialidades de origem de suas famílias. Tais condições relacionam-se aos níveis da estrutura e funcionalidade desse processo, especialmente no que tange às possibilidades dessa reintegração na autonomia de natureza biopsicossocial do idoso. Nessa análise leva-se em conta o perfil e forma de atuação da equipe de profissionais de saúde, do cuidador e das organizações de apoio, assim como do ambiente de moradia relacionado ao idoso em família e em sociedade.

## **2 REFERENCIAL TEORICO E METODOLÓGICO**

O objetivo deste tópico é apresentar as teorias e categorias conceituais selecionadas que deram suporte à reflexão, tanto do fato estudado como dos dados obtidos, assim como o referencial metodológico, sejam os métodos, os procedimentos de pesquisa e aqueles de análise e interpretação dos dados.

### **2.1 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **2.1.1 Concepção de saúde: desenvolvimento humano e envelhecimento ativo**

As necessidades consideradas básicas para o ser humano, de acordo com Maslow (1954) são de três ordens: 1) fisiológica - necessidades consideradas básicas para se manter vivo; 2) de segurança - necessidade de se sentir seguro; 3) sociais- necessidade de manter relações com outros de sua espécie e sentir-se parte de um grupo (familiar, por exemplo, ou de outro), da comunidade, assim como da sociedade em geral, uma vez que o ser humano é, por natureza, um ser social.

No entanto, o autor também reconhece que a essas necessidades básicas se aliam necessidades secundárias, sejam os de: 1) autoestima - o de sentir-se digno, respeitado; 2) auto realização - o de sentir-se mais autônomo, independente e com autocontrole sobre sua vida.

Conforme a concepção da Organização das Nações Unidas (Carta de 1946), a saúde é um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. “Gozar do melhor estado de saúde possível constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano”, o que conduz à necessidade de se promover e proteger a saúde de todos.

Ao se retomar essa concepção, pode-se verificar que promover e proteger a saúde relaciona-se com a prioridade em atender, não só as necessidades básicas, como as necessidades secundárias do ser humano. Portanto, promover saúde é promover o desenvolvimento humano na sua integralidade, um dos requisitos fundamentais do desenvolvimento local.

### 2.1.1.1 Saúde como conceito de desenvolvimento humano em sua integralidade

De uma concepção de saúde como ausência de doença, a saúde foi definida em 1947 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um Estado completo de bem-estar orientado por determinantes biopsicossociais (REIS, 2005). A complexidade das situações e a evolução tecnológica e científica reconfiguraram a noção de saúde entendida como o conjunto de esforços realizados coletivamente e individualmente para que se concretize o potencial máximo de saúde a que podemos aspirar (LOUREIRO; MIRANDA, 2010). Remete para o conceito de promoção da saúde e para um conjunto de determinantes alargados tais como: os comportamentais, sociais económicos, políticos e ambientais, onde as significações e as experiências dos sujeitos ganham relevo no modelo de saúde que se quer holístico (REIS, 2005, p. 26).

Esta ideia de saúde alia-se àquela defendida na Carta de Ottawa em 1986, que considera que promover a saúde é “um processo que visa criar as condições que permitem aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se integram e agir sobre os fatores que a influenciam” (LOUREIRO; MIRANDA, 2010, p. 31). A saúde assume-se como um direito fundamental a todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição económica e social (OMS, 2011, p. 1).

De acordo com a Carta de Ottawa, escrita na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, na promoção à saúde uma das condições fundamentais seria o respeito às diferenças. Nesse aspecto, a preocupação desse estudo é com a saúde do idoso. O envelhecimento enfrenta as maiores adversidades à saúde, podendo contribuir para incapacidade funcional e dependência, ao restringir ou perder as habilidades e capacidades físicas ou cognitivas para exercer funções relacionadas ao cotidiano vivido, que pode gerar isolamento, depressão, improdutividade, entre outros. Desde 2006, o Ministério da Saúde, por meio do Pacto da Saúde, tornou a atenção saúde do idoso prioritária no Brasil, em consonância com a concepção de “envelhecimento ativo” da Organização Mundial da Saúde. Isso significa proporcionar um envelhecimento com maior autonomia e controle sobre a vida, segurança, participação social, enfim, um envelhecimento mais saudável e ativo (Brasil, 2006c)

O referencial teórico foi embasado em revisão de literatura, no qual foram abordados assuntos relativos ao envelhecimento, o trabalho interdisciplinar, o modelo de cuidados continuados integrados, cuidado domiciliar e novos arranjos familiares.

### 2.1.1.2 Envelhecimento ativo

No Brasil observa-se um aumento continuado da população com idade igual ou superior a 65 anos em todos os Estados, que correspondia a 4,8% em 1991, alcançando 7,4% em 2010. Estima-se que, em 2020, o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas, similar à encontrada hoje em países desenvolvidos (FURTADO *et al.*, 2012).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) o envelhecimento implica mudanças biológicas, devido ao acúmulo de variedades de danos moleculares e celulares, mas também mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas e alterações psicossociais.

Essas mudanças são dramáticas e as implicações são profundas. Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos. Na República Islâmica do Irã, apenas 1 em cada 10 pessoas da população tem mais de 60 anos em 2015. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado em torno de 1 a cada 3. E o ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido que no passado (OMS, 2015, p.5).

O envelhecimento da população gera demandas econômicas e sociais para este grupo etário. Desse modo, a elaboração de políticas públicas voltadas pelo Estado nacional para os idosos, tem sido considerada uma das grandes conquistas sociais do século XX, ainda que isso signifique grandes desafios (KUCHEMANN, 2012).

Com o avanço das políticas e a mudança no perfil populacional, existe maior possibilidade de as pessoas vivenciarem o processo de envelhecimento com saúde, disposição física, inclusive para e desenvolver atividades laborais. Mesmo assim, devido às alterações fisiológicas naturais próprios do avanço da idade e que limitam o organismo humano, existe a possibilidade do aparecimento de condições crônicas,

o que pode ocasionar perda da autonomia, dependência física, uso de múltiplas medicações, além de alterações emocionais e sociais (MARIN; ANGERAMI, 2012).

As alterações do estado de saúde que ocorrem em alguns idosos podem levá-los à condição de dependência. Esta nova condição requer a necessidade de modificar a forma e o local de cuidado dessa população (domicílios, instituições hospitalares e asilares). Nesse sentido, se destacam os cuidadores que prestam cuidados a estes idosos (MALTA *et al.*, 2014).

No domicílio, o cuidado ao idoso geralmente é realizado pelo cuidador familiar. Este pode ser definido como uma pessoa da família ou afim, sem formação na área da saúde, que está cuidando do ente familiar, ou ainda, como uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por meio do cuidado às pessoas doentes, e fez desse cuidado uma ocupação informal (BRASIL, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e reduz as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares. Por isso, se atribuiu à Estratégia de Saúde da Família (ESF) a responsabilidade pelo provimento de cuidados aos idosos, visto que essas equipes têm acesso aos domicílios onde estão presentes os idosos e seus cuidadores (BRASIL, 2006b).

Prestar cuidado à saúde é uma atividade que exige conhecimentos, requer competências e habilidades e, nesse contexto, o cuidador familiar precisa se adaptar e conviver com as mudanças ocorridas na vida do idoso (FLORIANO *et al.*, 2012).

Estudos nacionais e internacionais têm revelado que o cuidado realizado pelo cuidador familiar em domicílio é complexo, pois gera sobrecarga física, psicológica e isolamento social; falta de apoio institucional e da família, dificuldade com o ambiente/infraestrutura para realizar o cuidado e dificuldade financeira (LUZARDO; WALDMAN, 2004).

## 2.1.2 Cuidado integrado em saúde e a estratégia de saúde da família

A concepção de “cuidado” na nova política de saúde, preconizada pela Organização da Saúde e pela Política do Ministério da Saúde no Brasil, surge em substituição à anterior concepção de “tratamento”, que se reportava à doença, a partir de um diagnóstico. Segundo Pereira (2011), o cuidado tem um sentido mais amplo e supõe uma visão ampliada do sujeito no processo de promoção da saúde.

É abordado, segundo esse autor, como uma prática e corresponsável, que prevê a integralidade do ser humano. Necessita, para esse fim, envolver uma prática interdisciplinar, que favoreça a troca de saberes de diferentes especialidades e campos de conhecimento. Deve possibilitar uma participação mais ativa do paciente, supondo serviços de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. De acordo com Viegas e Penna (2015, p. 1090), o cuidado é entendido como uma variedade de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir continuar e reproduzir-se.

Estas englobam a integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer. Assim, a integralidade do cuidado, conforme apontam Viegas e Penna (2015), supõe a valorização, tanto dos aspectos objetivos como subjetivos do viver humano, ao mesmo que tempo, uma atitude de respeito ao seu livre-arbítrio, permitindo vislumbrar sujeitos autônomos e livres, com uma saúde qualificada e resolutiva.

### 2.1.2.1 Interdisciplinaridade no cuidado integrado em saúde

A tarefa de cuidar sob a perspectiva da integralidade requer uma convergência de múltiplos saberes o que a torna então, multidisciplinar. Desta forma, a singularidade das necessidades envolvidas será assegurada (VASCONCELOS, 2002; MATOS; PIRES, 2009).

Os cursos de capacitação em saúde da família no Brasil, na forma de especialização ou residência, têm sido construídos com caráter multiprofissional, incluindo profissionais como assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros. Esses cursos são *lócus* de experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. Além disso, os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como

as residências e especializações multiprofissionais em saúde da família, abrem espaço para novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no Brasil. A possibilidade de vivenciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial, tanto os que já atuam no serviço público, quanto os que ainda não. (FLORIANO *et al.*, 2012).

Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária (GOMES, 1997).

Conceituar a interdisciplinaridade não é tarefa fácil, pois se trata de um assunto vasto e complexo, o que dá margem para múltiplas formas de interpretação. Esta dificuldade acentua-se ainda mais na prática. O que ocorre nos serviços de saúde, na sua maioria, são encontros multidisciplinares, em que os profissionais permanecem com suas práticas individuais, distanciando-se do trabalho interdisciplinar (MEIRELLES, 2003).

Segundo Zanon (1994), interdisciplinaridade implica ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. Gomes (1997) acrescenta que o trabalho interdisciplinar envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções. O autor lembra que na prática interdisciplinar não se pretende uma desvalorização ou negação das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional.

Para Meirelles (2003) diálogo contínuo, feito com outras formas de conhecimento, de maneira compartilhada e interativa, facilita os enfrentamentos profissionais e a assistência humanizada e cidadã, além de contribuir para melhorar a compreensão da realidade.

Ultrapassar o âmbito individual e clínico exige mudanças na maneira de atuar e na própria organização do trabalho e demanda alta complexidade de saberes. Cada profissional precisa desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é realizado de forma

completa a partir da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (SILVA, 2005).

#### 2.1.2.2 Estratégia da saúde da família no cuidado integrado

No final de 1970, iniciou-se, no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária. Este preconizava a universalização, a descentralização, a regionalização e a democratização dos Serviços de Saúde, como estratégia político-organizacional, para a garantia da qualidade da assistência à saúde da população brasileira. O movimento passou a criticar o modelo hospitalocêntrico. Considerava-se que o mesmo apresentava fortes inadequações à realidade sanitária nacional, pois a prática médica dominante baseava-se apenas nos aspectos curativo-reabilitadores. Portanto, mostrava-se incapaz de reduzir os perfis de morbimortalidade. Seus custos crescentes inviabilizavam sua expansão. Inexistiam critérios para compra de serviços dos hospitais privados, resultando num modelo dual gerador de superposições, descoordenações e ausência de controle. Agregando-se a esses fatores, verificava-se a crescente insatisfação dos usuários, de prestadores de serviços e de trabalhadores de saúde, com a gradativa perda de qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pela Previdência Social (PAIM,2008).

A Estratégia de Saúde da Família se sustenta nas principais diretrizes do SUS, com vistas a promover a mudança do modelo de assistência à saúde no país. O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que era apenas orientado para a cura de doenças e voltado para a demanda espontânea (ARAÚJO; PAIVA, 2011).

O Programa está estruturado com base na Unidade de Saúde da Família (USF) e em uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população adscrita a um dado território. Neste se desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Assim, a USF atua com base nos princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela e constituição da equipe multiprofissional básica: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde- ACS (CAMARGO-BORGES, 2007).

A territorialização e a adscrição referem-se ao território de abrangência. Neste, a equipe de Saúde da Família fica responsável pelo cadastramento e pelo acompanhamento da população adscrita. Cada equipe multiprofissional correspondente a esse território cuida de 2400 a 4500 pessoas (BRASIL, 2009a).

A Saúde da Família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo, em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no ambiente, bem como o seu funcionamento na sociedade (ANGELO; BOUSSO, 2001). Para o Ministério da Saúde:

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001. p. 5).

O cuidador é um recurso fundamental e quase sempre presente no cuidado domiciliar. Ele representa o elo entre o ser cuidado, a família e os Serviços de Saúde. Segundo Leitão e Almeida (2000), o cuidador é aquele que assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte e atender às necessidades do ser cuidado, tendo em vista a melhoria de sua saúde e da qualidade de sua vida.

O cuidador pode ser informal e formal, primário e secundário. Entende-se por *cuidador informal*, o membro da família ou a ela relacionado, sem formação específica em saúde, responsável pelo desenvolvimento das ações cuidativas relativas às necessidades emanadas pela pessoa cuidada (DUARTE, 1997), que pode ou não receber honorários.

#### 2.1.2.3 O papel da família no Cuidado Integrado e os diversos arranjos familiares

Ao se discutir família não se deve pensar apenas no modelo nuclear patriarcal, já que esta vem se modificando e construindo novas relações a partir de transformações vivenciadas pela sociedade. Para Szymanski (2002), as mudanças que acontecem no mundo acabam por influir e afetar a família de uma forma geral e de uma forma particular, a partir da formação, do pertencimento social e da história de cada um destes segmentos.

Na atualidade, a família é compreendida não apenas baseada nos laços consanguíneos e de parentesco, mas nas relações de afeto e cuidado. Szymanski

(2002) entende família como sendo “uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e, se houver, com crianças e adolescentes”, não levando em conta para isto, a existência de laços consanguíneos ou de parentesco. Já Tenório e Zagabria (2012) retrata a família como o espaço da garantia da proteção integral e da sobrevivência, independente do arranjo familiar em que se baseie, mas apesar de entender a importância do cuidado dentro da família, este autor não expõe que esta instituição também pode ser violadora de direitos e protagonista dos conflitos e violências para com os seus.

Em contrapartida, Mioto (2000) afirma que, na atual conjuntura, existem diversas formas de organização familiar que se modificam continuamente, com o objetivo de satisfazer as necessidades impostas pela sociedade. Segundo esta autora, “o terreno sobre o qual a família se movimenta não é o da estabilidade, mas o do conflito, o da contradição” (MIOTO, 2000, p. 219). Para ela, mesmo que se considere a família como o espaço do cuidado, não se pode esquecer ou deixar de lado que, nas relações familiares também existem o conflito e a instabilidade, sejam eles influenciados pela sociedade ou não.

No que refere a estas modificações, de acordo com Mioto (2002), vários estudos têm demonstrado que ocorreram transformações na sociedade, principalmente no que tange ao trabalho, à economia, à lógica capitalista, à área tecnológica e à mudança de valores. E em decorrência destes fatos, as famílias têm se reorganizado e sofrido consequências, como por exemplo, o empobrecimento acelerado.

Para Zamberlam (2001, p.83), “a família, como forma de os homens se organizarem para sua sobrevivência, tem passado por mudanças que correspondem as mudanças da sociedade” e, tais modificações não representam um enfraquecimento da instituição familiar, mas sim o surgimento de novos arranjos familiares.

A autora observa o quanto difícil se tornou conceituar família e seus papéis, haja vista o elevado número de subsistemas e a pluralidade de arranjos com que nos deparamos atualmente. Diante desta realidade, “surgem” e ganham visibilidade diferentes formas de família e distintas maneiras de se relacionar dentro dela, o que acarretou uma redefinição de papéis e redistribuição de responsabilidades para os

componentes familiares. Ganham visibilidade a família ampliada, a recomposta, as ditas produções independentes ou as famílias monoparentais (ZAMBERLAN, 2001).

### **2.1.3 Cuidados Continuados Integrados (CCI) e o desenvolvimento local**

O modelo de Cuidados Continuados Integrados teve início no Brasil por meio da Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, que estabeleceu a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e às demais rede Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A referida Portaria descreve a Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como uma estratégia intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, prévia ao retorno do usuário ao domicílio; que se destina a usuários em situação clínica estável, que necessita de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico (BRASIL, 2012b)

Segundo essa Portaria, o objetivo geral dos Cuidados Prolongados é a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo (BRASIL, 2012b).

#### **2.1.3.1 A prática de CCI como processo de desenvolvimento local**

A prática dos cuidados continuados integrados em saúde implica um processo de desenvolvimento humano - individual e coletivo- conforme foi possível de discutir que depende do protagonismo integrado de vários atores, para atuar, seja nos órgãos que ofertam o serviço de saúde, seja no processo vivido de cada território, em acordo às suas especificidades.

Trata-se de desenvolvimento local, que conforme Ávila (2005) depende das capacidades, competências e habilidades de uma dada comunidade, em um dado território de mesma identidade social e histórica, que mediante formas ativas de cooperação entre seus integrantes, agenciam e se responsabilizarem mutuamente pela gestão e busca processual de soluções constantes, na solução de seus problemas, necessidades e aspirações comuns.

A prática de CCI, conforme foi possível de definir, implica nesse conceito de desenvolvimento humano na dimensão da saúde, quando abordada em sua visão de integralidade, seja do ser humano em seus aspectos físicos e subjetivos, como dos grupos de profissionais da saúde e dos atores sociais de uma comunidade em seus territórios, como processo interativo e sistêmico.

#### **2.1.4 Inovações da política nacional de humanização no SUS adotadas nas práticas de CCI**

A Política Nacional de Humanização do SUS no Brasil trouxe inovações, que foram incorporadas à prática dos CCI no Sistema Único de Saúde, sejam as chamadas tecnologias leves, projeto terapêutico singular, educação em saúde, visita beira leito, alta compartilhada e o passeio terapêutico.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 2003 e buscou qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde. De acordo com essa política, humanizar consiste no modo de fazer inclusão, ampliando-se as práticas do vínculo, da solidariedade e da corresponsabilidade, atribuindo essa prática nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, tanto dos sujeitos quanto dos coletivos. Essa prática se estende seguindo o método da tríplice inclusão (inclusão de pessoas, de coletivos e dos conflitos ou analisadores sociais (BRASIL, 2010).

O termo “*humanização*” é definido como a base de *amplo* conjunto de iniciativas por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, que envolvem conhecimentos, práticas e atitudes, que pode variar desde uma boa relação profissional-cliente, uma escuta ativa, uma reorganização no processo de trabalho, à melhoria das estruturas do serviço (BRASIL, 2010; CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

#### 2.1.4.1 Tecnologias leves na assistência à saúde

As tecnologias utilizadas na área da saúde podem ser classificadas, segundo Marques (2010), em três tipos, ou seja: tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve. A tecnologia dura compreende os equipamentos do tipo máquina, instrumental, normas rotinas e estruturas organizacionais. A tecnologia leve-dura abrange os saberes estruturados, como fisiologia, anatomia, psicologia, clínica médica, cirúrgica, dentre outro. A tecnologia leve implica na produção das relações entre sujeitos. Esta está presente na relação trabalhador-cliente, e só se materializa em atos, tais como acolhimento, produção de vínculo, encontros de subjetividade e autonomização (MARQUES; SOUZA, 2010).

As tecnologias leves na assistência à saúde baseiam-se em comunicação, acolhimento, vínculo, respeito e autonomia. Isso implica no desenvolvimento do vínculo entre o profissional e o cliente. O acolhimento é o primeiro passo para se construir um vínculo entre o profissional e cliente (MACHADO; HADDAD; ZOBOLI, 2010). O processo implica na construção constante de processos relacionais - entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e clientes – processos esses que possibilitem captar a singularidade de cada pessoa (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Portanto, a qualidade dos serviços não depende somente de tecnologias duras, como equipamentos, materiais, ciência e tecnologia, tecnologia. Ela depende fundamentalmente das relações estabelecidas entre a equipe de saúde e o usuário, relações compostas de éticas interativas e comunicacionais. Trata-se de um processo comunicativo, principalmente do profissional com o indivíduo, facilitando que a assistência seja eficiente e qualificada (MACHADO; HADDAD; ZOBOLI, 2010).

#### 2.1.4.2 Comunicação no processo de humanização em saúde

A comunicação está inserida no processo de humanização, pelo fato de ser por meio dela que o profissional olha seu paciente globalmente, atuando de forma humanizada. Ele se preocupa com o impacto das informações na família e no cliente, num diálogo capaz de produzir, intermediar e conduzir as relações de cuidar (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

A relação profissional-cliente apresenta-se com uma relação formal unidirecional, paternalista e vertical, que torna o paciente dependente do julgamento

e ideias do profissional. A comunicação não deve ser uma simples transmissão de informação, mas sim uma conversa aberta, criativa, afetiva, acolhedora, calorosa, havendo uma escuta qualificada e produtora de uma conversa terapêutica interativa com sentidos e significados entre os sujeitos (GOMES *et al.*, 2011).

#### 2.1.4.3 Acolhimento nos cuidados prestados

Segundo Arruda e Silva (2012) e Silva (2013) não é possível separar o acolhimento dos cuidados prestados. Em seu estudo foi identificado à relação entre a escuta sensível, o acolhimento dialogado, a resolutividade, o compartilhamento de saberes e o aconselhamento presentes nos encontros, como sendo parte integral da atenção humanizada.

O acolhimento, seja qual for seu objetivo, promove uma boa ambiência priorizando a manutenção da vida, o bem-estar dos sujeitos, facilitando-se assim a conexão do usuário com a rede de serviços (FREITAS, 2013).

#### 2.1.4.4 Vínculo com o usuário

Construir um vínculo com o usuário é um desafio a ser superado no campo da saúde. É necessário promover um atendimento que valorize o sujeito com seus problemas e queixas, tanto relacionado à saúde quanto de ordem pessoal, tornando-se referência para os clientes quando estes necessitam de ajuda (ARRUDA, 2012).

Uma abordagem formal, muitas vezes advinda de um protocolo a ser seguido, dificulta a aproximação do profissional-cliente, impedindo o vínculo e a relação de confiança e estas são consideradas condições para o avançar no programa de humanização (FREITAS, 2013).

A Humanização é uma prática embasada no profissional/cliente englobando todos os participantes do processo de cuidar, tornando-os coautores do seu tratamento e protagonistas desse processo de atenção. Esta prática faz com que as questões pessoais, subjetivas, morais, éticas e relacionais se façam imprescindíveis para a obtenção de uma conexão necessária nesta nova prática (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

Os profissionais que procuram garantir um atendimento com qualidade, voltada para a humanização, devem atentar para práticas básicas como o diálogo, a

escuta ativa, a visão holística, a empatia e os valores morais e éticos. Fazendo-se necessário incluir sempre questões subjetivas como o amor, o pensamento, a valorização do ser, a compreensão e o carinho, buscando sempre o estabelecimento de vínculo (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

#### 2.1.4.5 Respeito na comunicação entre os pares

Respeitar envolve a maneira como agir, para analisar o componente respeito utilizamos da comunicação entre os pares. É na ética que engajamos a mudança da relação profissional-cliente, pois ela exige abertura e respeito ao outro como um ser singular e digno, sujeito de direitos, escolhas e valores (GOMES *et al.*, 2011; PERES; BARBOSA; SILVA, 2011).

Compreender o ser humano em sua totalidade, considerando a essência de seu ser e respeitar sua individualidade é pressuposto para o cuidado humanizado. Os princípios da beneficência e da não maleficência aperfeiçoam um dos conceitos da palavra “respeito”, que é “não causar prejuízo”. Todo cliente tem o direito de ser respeitado como cidadão, participando das decisões relacionadas a seu cuidado e tratamento e ter sua autonomia manifestada (PERES; BARBOSA; SILVA, 2011).

A Portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e apresenta caminhos para o aperfeiçoamento da relação profissional-cliente. O cliente tem o direito de receber informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível. Ser identificado pelo nome de preferência, recebendo um atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos (BRASIL, 2009b).

#### 2.1.4.6 Autonomia

Peres, Barbosa e Silva (2011) abordam o princípio da autonomia como o respeito à pessoa, partindo-se do princípio que todos devem ser responsáveis por seus atos. Um valor muito objetivado, porém, pouco praticado, é a autonomia do usuário. A PNH pontua que o cliente deve ser autônomo, protagonista e corresponsável pela sua saúde. Tendo que os profissionais possam reconhecer os limites dos saberes dos usuários, estabelecendo uma relação de coprodução do

cuidado durante o encontro profissional/cliente e ainda possa objetivar a produção de saúde procurando fomentar sua autonomia (ARRUDA, 2012).

O compromisso da humanização estende-se nos valores de autonomia e coresponsabilização dos sujeitos, estando-se diretamente relacionada às melhorias nas práticas de saúde voltadas para os usuários, gestores e profissionais de saúde. Para que isso ocorra, é necessário que haja não somente a participação, mas também a prestação dessa condição como atitude ética, legal e moral (FREITAS, 2013).

#### 2.1.4.7 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado com o usuário da saúde não o considerava como sujeito ativo de seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações, desde a criação do SUS, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico (PINTO *et al.*, 2011).

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007b). A Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013 Institui a Política Nacional de Atenção hospitalar no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para organização do componente hospitalar da rede de atenção à saúde.

O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

Para a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, o projeto terapêutico singular é composto por quatro momentos: o diagnóstico; a definição de metas; a divisão de responsabilidades; e a reavaliação (BRASIL, 2007b).

No primeiro momento, o objetivo é realizar uma avaliação biopsicossocial, com o intuito de definir o momento e a situação vivenciada pelo sujeito. Em seguida, é preciso traçar metas, definindo juntamente com o usuário o tempo necessário para

que essas sejam cumpridas. O terceiro momento corresponde à divisão de responsabilidades entre os profissionais, onde o coordenador será aquele que tiver melhor vínculo com o usuário. Posteriormente, é necessário negociar propostas, considerando as diferenças e peculiaridades do sujeito. Num último momento, deve-se fazer uma reavaliação refletindo sobre o andamento do trabalho, evoluções e novas propostas (LINASSI *et al.*, 2011).

#### 2.1.4.8 Projeto Terapêutico Singular no contexto da multiprofissionalidade

As reuniões de equipe devem ser organizadas como espaços de reflexão, discussão, compartilhamento e divisão de tarefas e responsabilidades, promovendo horizontalização do conhecimento, para que todos na equipe sintam-se membros e responsáveis (LEÃO, BARROS, 2008; FILIZOLA, MILIONI, PAVARINI, 2008; NUNES *et al.*, 2008).

Neste sentido, no sistema de saúde nova racionalidade, como o princípio da integralidade, pressupõe que o profissional de saúde mude sua prática ao desenvolver um olhar novo para o doente, para o colega de trabalho e para si mesmo, com vistas a ir além da realização de atos formais. Também, pressupõe instituir espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre os profissionais (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Ainda de acordo com Peduzzi (2007), convém lembrar que o conceito e a prática do ‘trabalho em equipe’ tiveram sua origem na racionalização da assistência médica e na necessidade de integração de diferentes práticas no desenvolvimento da assistência à saúde, a partir da nova concepção do processo saúde-doença definida pela Organização Mundial da Saúde, que passou a incorporar as dimensões socioculturais e coletivas envolvidas no processo saúde-doença, e não mais apenas a dimensão biológica e individual. Nesse contexto, o trabalho em equipe deve promover a integração das diversas disciplinas envolvidas por meio da comunicação e do compartilhamento de ações e saberes.

#### 2.1.4.9 Passeio terapêutico

A OMS define a avaliação em saúde como um processo total de emissão de juízo de valor, aplicado a serviços, a programas ou a atividades de saúde. Tal processo engloba todos os atributos e características da avaliação e dos aspectos de saúde, cujos parâmetros podem ser universais ou ajustados a uma realidade específica (MORENO JÚNIOR; ZUCCHI, 2005).

A qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos, estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde sejam providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente (BRASIL, 2005).

A avaliação dos serviços de saúde está focada na relação que existe entre a necessidade de uma população e o serviço oferecido em saúde, a fim de produzir dados confiáveis acerca de sua eficiência e efetividade, objetivando produzir dados válidos para que os serviços possam conceder respostas apropriadas aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho (VIEIRA, 2005).

Sua definição perpassa uma complexa relação entre a cultura organizacional da instituição prestadora de serviço, as necessidades e expectativas dos usuários aos quais se pretende satisfazer (MORAIS *et al.*, 2008). Neste sentido o modelo de assistência em CCI vem com uma proposta inovadora em saúde com o objetivo de atender essas demandas citadas, assim descrevo como vem se dando a prática do passeio terapêutico na unidade do hospital São Julião (PINHO *et al.*, 2016).

Após a reunião entre a equipe onde expõe-se os problemas, objetivos e o plano de ação, fomentando discussões interdisciplinares acerca do plano de cuidados, de modo a propiciar singularidade a essa ação- o Projeto Terapêutico Singular. Assim, no decorso do período de internação, que pode ser entre 15 a 60 dias, mediante pactuação e orientação previa dos profissionais, é proposto ao cliente e familiares, o passeio terapêutico. Desse modo é permitida a saída do ambiente hospitalar exclusivamente para o domicílio, no prazo máximo de 48 horas. Durante este período de afastamento do âmbito hospitalar, o cliente e seus familiares necessitam cumprir

objetivos elencados pela equipe de atendimento, observando e avaliando situações que encontrem dificuldade para realizar durante o dia a dia (PINHO *et al.*, 2016).

Dentre eles, quanto à alimentação, preparo, oferta, posicionamento, restrição alimentar e instalação da dieta, caso via sonda nasoenteral ou gastrostomia; higiene corporal, íntima, oral, troca de fralda e sondagem vesical de alívio- técnica limpa; medições ler os rótulos, horários, macerar e administração; curativos higiene das mãos, limpeza, cobertura primária e fixação; autocateterismo higiene das mãos, higiene íntima, técnica e controle de débito urinário; aspiração/ higiene da traqueostomia higiene das mãos e técnica; barreiras arquitetônicas local: banheiro, quarto e/ou cozinha; transferências no leito, do leito para a cadeira e vice versa e em relação ao uso de dispositivo auxiliar cadeira de banho, cadeira de rodas, andador, bengala e bengala de quatro apoios (PINHO *et al.*, 2016).

Destacam-se os benefícios obtidos, tais como: a reinserção na dinâmica familiar; readaptação no seu contexto social; identificação de barreiras arquitetônicas e obstáculos físicos em domicílio; responsabilização dos indivíduos quanto ao seu autocuidado e se cabível ao acompanhante quanto à assistência realizada (MORAES, 2016).

Dentre esse processo é de grande relevância o *feedback* no retorno, acerca da experiência obtida, afim de que o cliente e cuidador identifiquem e verbalizem os problemas e situações de risco à equipe de atendimento. Essas que até o período de alta precisam ser melhores enfatizadas, assegurando efetividade e segurança ao cuidado posteriormente domiciliar (PINHO *et al.*, 2016).

Obtém-se um ganho construtivo durante o período de internação associado ao passeio terapêutico, onde o cliente e cuidador adquirem maior autoconfiança para o retorno definitivo ao âmbito domiciliar e são incluídos em sua própria construção em saúde. Assim, essa intervenção é uma abordagem inovadora, a fim de promover a transição segura do cliente, garantindo corresponsabilidade e resolutividade na assistência, reduzindo os impactos de hospitalizações e consequentes readmissões (COSTA, 2016).

De acordo com Krumholz, (2013) pioneira cerca da Síndrome Pós-Hospitalização, afirma que o reconhecimento desta, fornece o impulso para desenvolver novas intervenções em saúde, a fim de que a transição hospital-casa seja uma passagem segura, empregando estratégias de mitigação de riscos que se estendem além da causa inicial da hospitalização e incluem infecções, distúrbios

metabólicos, quedas, traumas e uma série de eventos que podem ocorrer nesse período transicional.

#### 2.1.4.10 Visita beira leito

É da tradição da medicina a visita à beira do leito. O médico, na sua prática, faz visitas aos doentes que estão aos seus cuidados, acamados em hospitais. Conversa, examina, estabelece condutas, prescreve. Nas escolas de medicina a prática da visita à beira do leito, com estudantes, médicos-residentes e assistentes representa uma forma de ensino-aprendizagem consagrada e resistente a todo tipo de crítica (OLIVEIRA; JORGE FILHO, 2010).

Atualmente, as longas visitas à beira do leito, em proteção e benefício dos pacientes, têm sido substituídas por aproximações rápidas e posterior discussão do caso em salas de reunião próprias para tal fim (OLIVEIRA; JORGE FILHO, 2010). De acordo com Almeida (2006) a confiabilidade circula entre indivíduos, traduzida principalmente por meio dos sentidos da segurança, da entrega, do credito e da fé. Ainda para Almeida (2006) entendem a comunicação do médico e paciente como importante ferramenta no processo do cuidado. Por meio dela, se constrói o vínculo e o desenvolvimento de sentimentos como confiança, segurança, esperança entre outros, considerando fundamentais para uma boa recuperação. Severo e Girardon-Perlini (2005), reforçam essas ideias, ao lembrar da importância que as orientações médicas exercem para atender às expectativas do paciente. Elas permitem que ele passe a contribuir no processo do cuidado médico, aliviando ansiedade.

#### 2.1.4.11 Promoção da saúde, educação na saúde e educação em saúde

Um dos instrumentos para a promoção da saúde é a educação. Didaticamente, segundo Falkenberg *et al.* (2014), tem se a educação em saúde e a educação na saúde. A educação em saúde envolve um conjunto de práticas, que contribui para ampliar a autonomia dos profissionais no seu cuidado em saúde, de modo que ele possa ter um pensar crítico e reflexivo, que o capacite a revelar as realidades trabalhadas, para propor ações transformadoras, em que os indivíduos possam participar nas decisões tomadas, para poder cuidar de si, de sua família e da coletividade. Ela é mais apropriada para a chamada “educação popular” em saúde. Já

a educação na saúde diz respeito à sistematização de conhecimentos, para por meios didáticos, formar e desenvolver pessoas para atuar em saúde. Nesse caso, o educador precisa aprender a colocar o indivíduo que aprende no seu devido contexto social, político e ético-ideológico, num processo de educação permanente.

Nesse aspecto, Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010), atentam na educação em saúde, é preciso distinguir o modelo tradicional e o modelo dialógico na educação em saúde. O primeiro fica preso à transmissão do conhecimento e experiência do educador, atribuindo-se maior importância ao conteúdo a ser absorvido pelo estudante. No modelo dialógico, a educação implica um processo de conscientização, que possibilite a mudança e a transformação emancipatória por parte de quem aprende. Assim, no modelo tradicional, o profissional é o detentor do conhecimento das práticas saudáveis e, por isso, tem sido alvo de muitas críticas.

No que se refere ao segundo modelo, centrado na consciência crítica das pessoas, cria-se um ambiente de construção, em que o médico educador e paciente se mantém em condição igualitária para o diálogo (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010). Na educação dialógica, pensada por Paulo Freire (1967), requer para o seu aprendizado que seja observado a sua prática e vivência de quem aprende, num trabalho construtivo. Nessa construção, ele escuta o outro, sua necessidade, seu sofrimento, sua realidade e, por meio de um diálogo problematizador, promove, de forma sistematizada e crítica, a troca de experiência coletiva (FREIRE, 2009).

#### 2.1.4.12 Educação em saúde e cuidadores informais

O cuidador informal (CI) influencia (in) diretamente na assistência ao indivíduo que se encontra em situação de fragilidade, para promover sua autonomia e/ou independência. Portanto, é imprescindível pensar na educação em saúde como uma ferramenta importante para a estimulação do cuidado e do autocuidado desses que se veem na condição de cuidador informal (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Desta forma, considera-se de extrema importância a intervenção da equipe multiprofissional no processo de educação de CI. As intervenções, nesse caso, não devem ser apenas para instrumentalizar os membros familiares como cuidadores, mas também como pessoas que precisam de cuidados (LOUREIRO *et al.*, 2013).

Em Itaúna do Sul, estado do Paraná, segundo relatos feitos, os envolvidos perceberam que a necessidade de orientações em relação aos cuidados com os

pacientes e de maior comunicação entre os integrantes da equipe multidisciplinar. Assim, os cuidadores consideram que o acolhimento e práticas de educação em saúde lhes permitem maior autonomia e empoderamento (TESTON; OLIVEIRA; MARCON, 2012).

#### 2.1.4.13 Alta responsável

Os pacientes no período de hospitalização recebem cuidados, principalmente da enfermagem, direcionados ao seu atendimento, suas necessidades, baseadas num planejamento individualizado e contínuo. Estes cuidados são desenvolvidos por profissionais preparados técnicos e científicamente para o desempenho de tal função. Entretanto, após a alta hospitalar os cuidados passam a ser desenvolvidos pelo próprio paciente/familiares e/ ou cuidadores.

Como forma de assegurar a continuidade dos cuidados e a garantia do atendimento das necessidades do paciente pela família, pode-se recorrer à alta hospitalar responsável. Trata-se de um programa que visa contribuir para que a família seja capaz de desenvolver ações necessárias, que viabilizem o prosseguimento do tratamento iniciado no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria do estado de saúde (CESAR; SANTOS, 2005).

O modelo de Cuidados Continuados Integrados teve início no Brasil através da Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, que estabeleceu a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e às demais rede Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. A referida Portaria atribui à alta hospitalar responsável a seguinte finalidade:

Preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário (BRASIL, 2012b).

A alta hospitalar responsável conforme a referida na Portaria 2809 de 07 de dezembro de 2012 tem os seguintes objetivos.

- I - Promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial;
- II - Buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário;
- III - Dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial;
- IV - Otimizar o tempo de permanência do usuário internado;
- V - Prevenir o risco de readmissões hospitalares;
- VI - Avaliar as necessidades singulares do usuário; e
- VII - Prevenir o risco de infecção hospitalar.

O alto custo das hospitalizações tem abreviado o tempo de internação, motivo pelo qual o planejamento da alta do paciente tem sido uma das grandes preocupações para garantir a continuidade do tratamento e evitar reinternação (POMPEO; PINTO, 2007).

A alta precoce é uma das estratégias dos sistemas de saúde para enfrentar o alto custo dos tratamentos que necessitam de hospitalização. No entanto, é preciso atentar que, nessas condições, os cuidados recaem sobre o próprio paciente e seus familiares ou cuidadores. Para assumir a responsabilidade pela continuidade do seu cuidado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe estratégias para o plano de alta do paciente. No Brasil, o plano de alta foi previsto nas novas diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde. Ele responde ao princípio da integralidade das ações, nos serviços de saúde. A finalidade da alta hospitalar responsável é prover uma transferência segura, evitando dificuldades para o paciente e seus cuidadores, assim como reinternações, desse modo também contribuindo para a contenção dos custos pelo sistema de saúde (GANZELLA; ZAGO, 2008, p.2-3).

No entanto, Ganzella (2008) lembra que a alta hospitalar significa transferir o cuidado do paciente, do hospital para outros contextos de saúde. No hospital o médico é o responsável legal pela alta do paciente, enquanto o enfermeiro responde pela coordenação do seu planejamento, como responsável pelo cuidado integral desse mesmo paciente.

O preparo para alta hospitalar precisa ser realizado desde a admissão do paciente. Portanto, trata-se de um processo. Dele fazem parte, tanto os encaminhamentos e contatos com as unidades de saúde de referências do paciente, como as ações de educação em saúde para os pacientes e seus familiares cuidadores. Os cuidados ensinados aos acompanhantes e familiares são oferecidos

em forma de treinamento no próprio ambiente hospitalar. Eles visam diminuir as ansiedades, mas, sobretudo garantir continuidade e eficácia dos cuidados prestados aos pacientes fora dos muros do hospital. Para evitar reinternações, quando necessário, promove-se a conexão com os serviços de assistência social, psicologia e fonoaudiologia, integrando-os no plano de alta (CHEADE *et al.*, 2013).

## 2.2 MATERIAL E METODOS

### 2.2.1 Objeto da pesquisa (caracterização, localização e abrangência)

O objeto da pesquisa constitui no ambiente familiar e da rede compartilhada de apoio na reintegração do paciente idoso no Município de Campo Grande, localizado no estado de Mato Grosso do Sul.

O ambiente constituído pela rede articulada de serviços do SUS na prática dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) localiza-se em Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul. Inclui a Unidade de Convalescença de Média Duração e Reabilitação (UCMDR) do hospital São Julião e os componentes da rede integrada de apoio, sejam o Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, a Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande e o Hospital Regional Rosa Pedrossian de Mato Grosso do Sul.

Já o ambiente familiar e da rede compartilhada de apoio inclui os diversos ambientes de moradia e das organizações que integram essa rede compartilhada, no contexto do território de origem das famílias dos pacientes idosos pesquisados, situados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

### 2.2.2 Natureza da pesquisa

A pesquisa tem natureza quali-quantitativa e exploratória. Apoia-se em dados descritivos de natureza quantitativa e na escuta dos participantes-alvo e sujeitos da pesquisa. A interpretação dar-se á por meio por meio de análise de conteúdo, com apoio do referencial teórico previamente selecionado.

Trata-se ainda de uma pesquisa de natureza exploratória, por se apoiar na familiaridade com os sujeitos da pesquisa e seus respectivos ambientes, inclusive por

meio de observação-participante da pesquisadora no ambiente da UCMDR, o que pode favorecer uma visão mais integrada do fato investigado (GIL,1994).

### **2.2.3 Método da pesquisa**

O estudo utilizou - se uma análise integrada das informações coletadas no ambiente que integram o objeto de pesquisa, levando-se em consideração o problema colocado e os objetivos vislumbrados no início da pesquisa.

### **2.2.4 Método de abordagem**

O método de abordagem é sistêmico, com enfoque no estado de interações e interdependências originárias da articulação das várias unidades envolvidas em cada ambiente do objeto de pesquisa, no processo de desenvolvimento sustentável, mediante maior autonomia e dignidade nas relações estabelecidas com a família e a sociedade, portanto visando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar do idoso.

### **2.2.5 Metodologia da pesquisa: procedimentos metodológicos de coleta, participante-alvo e sujeitos da pesquisa**

Foram utilizados os seguintes procedimentos de coleta nos dois ambientes de pesquisa, envolvendo os seguintes participantes-alvo e sujeitos da pesquisa:

- a) Fontes secundárias - consulta bibliográfica e documental e estatística a respeito dos ambientes, participantes-alvo e sujeitos da pesquisa a serem estudados, seja em forma impressa e digital.
- b) Fontes primárias - coleta de dados a ser realizada diretamente nos ambientes de pesquisa junto a seus integrantes.

Tanto no caso do participante-alvo da pesquisa, o paciente idoso, como os sujeitos, o universo populacional tem probabilidade de ser conhecido e os sujeitos de serem contatados por livre decisão do mesmo. Portanto, trabalhar-se-á em cada caso com uma amostragem probabilística aleatória simples. A probabilidade de participação será apresentada a seguir, em cada caso e em acordo aos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

O participante-alvo principal da pesquisa consiste no paciente idoso, internado como usuário dos serviços de atendimento do SUS. O universo dessa população é representado pelo total de internados cadastrados na UCMDR. A escolha da amostra será probabilística e simples, segundo os critérios estabelecidos de inclusão. Os pacientes idosos foram identificados por meio das fichas de cadastro de internação na UCMDR e contatados via telefone para participar da pesquisa, em acordo a outros critérios de inclusão/ exclusão. No caso de concordância do participante, será agendada a visita em seu domicílio.

Os sujeitos do ambiente familiar e da rede compartilhada de apoio são os cuidadores e outros possíveis componentes do ambiente familiar. Foram contatados apenas aqueles sujeitos relacionados aos pacientes idosos internados que aceitaram participar da pesquisa. No caso do cuidador e de outros possíveis componentes do ambiente familiar, a probabilidade do contato virá inicialmente da autorização dada inicialmente pelo paciente idoso que aceitou participar da pesquisa e posteriormente pelo próprio sujeito indicado. Foram adotados como critérios de inclusão dos participantes-alvo e sujeitos da pesquisa, somente aqueles que residem em Campo Grande, não indígenas, e que aceitaram participar do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conforme Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012) (BRASIL,2012a).Os não incluídos foram as famílias dos pacientes que não ficaram internados em Cuidados Continuados Integrados, os internados que residem no interior do Estado e suas famílias, famílias com déficit cognitivo, assim como internados de origem quilombola, indígena, gestante e privados de liberdade e suas famílias, ou ainda que aqueles pacientes idosos ou elementos de suas famílias que não aceitaram participar do estudo assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conforme Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012) (BRASIL,2012a).

## **2.2.6 Procedimentos e aspectos éticos da pesquisa**

Nos procedimentos de seleção e entrevista dos participantes, foi seguido o que determina a Resolução nº 466/ 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: a) assegurado ao entrevistado o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento; b) assegurado o sigilo do anonimato; c) permitido aos entrevistados o livre acesso aos dados; d) assegurado o consentimento para a

divulgação dos dados e mantido o compromisso na transcrição dos dados (BRASIL,2012a).

Para a execução do projeto de pesquisa foi encaminhado o pedido de autorização ao Hospital São Julião do Município de Campo Grande, inclusive para o contato e coleta de dados/ informações junto aos integrantes selecionados. Além disso, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco, por meio de cadastro na Plataforma Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo CEP em seus aspectos metodológicos sob parecer nº 1805.555 e CAEE nº 61154216.80000.5162.

Depois de aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado um estudo piloto com alguns dos integrantes previamente selecionados, com o intuito de verificar a viabilidade, adaptação, grau de compreensão ou dificuldade no preenchimento do instrumento e seu tempo de duração.

Após a autorização da administração do Hospital e do CEP, a coleta de dados iniciou-se, no período a ser definido pela própria pesquisadora (APÊNDICE A)

Para a coleta dos dados todos os entrevistados receberam orientações sobre os objetivos da pesquisa e dos instrumentos a serem utilizados. Após aceitarem participar do estudo também receberam orientação individual quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como sobre o a entrevista semiestruturada sem, todavia, induzir as respostas. Só então, será a entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, a fim de preencherem e assinarem (APÊNDICE B).

## **2.2.7 Instrumentos de pesquisa**

Para avaliar a prática em Cuidados Continuados Integrados no Hospital São Julião e do padrão familiar manifestado no território, sua contribuição a reabilitação e reintegração do usuário ao meio familiar, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico, e a entrevista semiestruturada.

#### 2.2.7.1 Questionário sociodemográfico

Esse instrumento será para realização deste estudo, com a finalidade de delinear o perfil dos sujeitos envolvidos na prática da CCI, suas características sociodemográficas. O questionário sociodemográfico contem questões relativas ao sexo, idade, estado civil e escolaridade (APÊNDICE C).

#### 2.2.7.2 Roteiro de entrevista semiestruturada

Um documento constará de objetivos e linhas orientadoras (em forma de questões abertas), que servirão de eixo para uma forma especial de conversação e que possam se transformar em categorias de análise ao pesquisador. Tais categorias devem permitir uma visão de conjunto e, ao mesmo tempo possibilitar a captação de suas particularidades, a serem refletidas posteriormente com apoio de conceitos teóricos previamente selecionados (APÊNDICE C).

#### 2.2.7.3 Observação-participante

A observação-participante deve ocorrer em maior grau no ambiente da UMCDR, pela forte inserção da pesquisadora, que atua nessa unidade como coordenadora da enfermagem. Nos outros ambientes, essa observação também deve ocorrer, pelo fato da coleta de dados e a realização das entrevistas serem realizadas diretamente em tais ambientes. Além de observá-los enquanto ambiente físico e cotidiano vivido, quando possível e autorizados, poderão ser fotografados.

### **2.2.8 Procedimentos de análise e interpretação dos dados: método de análise ampliada e de interacionismo interpretativo**

Foi utilizado o método de análise ampliada, fruto da combinação da análise de técnicas quantitativas e qualitativas. A análise quantitativa, de natureza descritiva refere-se aos dados oriundos de fontes documentais e estatísticas, assim como dos questionários. A análise do discurso foi utilizada para interpretar as falas dos entrevistados. As análises quantitativas ajudam a dimensionar e retratar de forma descritiva as características dos fatos e realidades abordadas. Já as interpretações

qualitativas são utilizadas para desvendar as percepções e as condições de vivência dos entrevistados.

As entrevistas serão transcritas na íntegra. Após tal procedimento, foi feita uma leitura criteriosa das falas, que foram agrupadas de acordo com às categorias de análise. Em seguida, as respostas de significados semelhantes foram interpretadas por categorias de análise. Tal leitura visou a apreensão dos conhecimentos, valores e crenças, assim como significados e sentimentos contidos nas respostas dos entrevistados a respeito das situações vividas, num processo de interacionismo interpretativo.

A entrevista semiestruturada, cujo modelo aparece no Apêndice, foi preparada de modo a identificar o sujeito pesquisado (além de dados pessoais relacionados ao sexo, idade, escolaridade e estado civil). A entrevista consistiu basicamente em selecionar algumas categorias para a análise e interpretação de conteúdos subjetivos, fruto das falas dos entrevistados. Trata-se de um procedimento de natureza qualitativa, visando contribuir no melhor esclarecimento em relação ao atendimento CCI, bem como a reinserção dos pacientes no território construído, com base na visão e significados atribuídos pelos próprios sujeitos da pesquisa ao processo. Foram estabelecidas as seguintes categorias de conteúdo para serem analisadas e interpretadas: (1) em relação ao território vivido; (2) em relação à mobilidade; (3) em relação a mapas de redes; (4) em relação a prática da promoção do autocuidado

As quatro categorias e suas respectivas subcategorias, que aparecem sob a forma de questionário, como guia de entrevista para o pesquisador, serviram de base para a organização das falas registradas no gravador e que foram posteriormente transcritas. A fase de organização, análise e interpretação dos dados coletados obedeceu às seguintes fases: 1- Recuperação das entrevistas gravadas, por meio da escuta de forma atenta e transcrição, assinalando-se com eventuais anotações utilizadas para a análise. 2- Análise dos significados das falas, apreciadas ainda no conjunto de todas as outras; 3- Interpretação dos conteúdos com apoio dos dados coletados por meio de fontes secundárias e à luz do referencial teórico previamente selecionado.

### **3 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

O presente capítulo tem como objetivo contextualizar a origem e concepção dos Cuidados Continuados Integrados (CCI), no mundo, especificamente na União Europeia e nela Portugal, país com quem o Brasil manteve parcerias para esse aprendizado. Ao mesmo tempo, busca apresentar os avanços e dificuldades na adoção da prática em Cuidados Continuados Integrados no Sistema Único de Saúde e como esta prática vem sendo preparada e inserida no hospital de retaguarda do Hospital São Julião em Campo Grande - MS.

#### **3.1 ORIGEM E FORMAS DE CONCEPÇÃO**

##### **3.1.1 Cuidados de longa duração: modelos e concepções gerais**

A origem do termo Cuidados Continuados Integrados (CCI) emergiu no âmbito da concepção ainda mais ampla, os “Cuidados de Longa Duração (CLD”. Esta surgiu, conforme lembram Pasinato e Kornis (2010), da preocupação de países com grande proporção de população idosa, com relação aos riscos que o segmento de demanda por parte dessa população com perda de autonomia e independência, poderiam exercer em relação aos sistemas de segurança social. As dificuldades e limitações desse segmento para realização de atividades do cotidiano exigiam, tanto apoio instrumental na realização de tarefas domésticas, como apoio funcional na realização de atividades pessoais mais básicas. Essas dependências e limitações passavam a requerer o suporte de terceiros.

Estudos de Esping-Andersen (1990), reconheceram três modelos de países no entendimento das formas de cuidados a serem dispensados a essa categoria de idosos que necessitam do suporte de terceiros. O modelo liberal, cujo bom exemplo são os EUA, é aquele marcado pela forte presença do mercado e, portanto, onde os idosos devem optar entre os benefícios concedidos e a participação no mercado de trabalho.

O modelo conservador, tendo como bom exemplo a Alemanha, é aquele em que o Estado se vê capaz de substituir o mercado na questão do bem-estar e, que, portanto, ainda se apoia no uso dos mecanismos de seguro. Nesse caso, as políticas voltam-se para duas áreas distintas e articuladas: assistência social e saúde (CAMARANO; MELLO, 2010).

A primeira se volta aos idosos que não possuem condições de viver de forma autônoma e independente em suas próprias residências e que também não contam com a possibilidade do suporte familiar. A segunda se responsabiliza pelos cuidados de saúde, excluídos os casos de dependência funcional. Os cuidados são prestados diretamente nos domicílios dos idosos ou em instituições de longa permanência (PASINATO; KOMIS, 2010).

O modelo sócio-democrata, exemplificado pela Dinamarca, é aquele que se baseia na prestação direta de serviços públicos universais e no total desmercantilização dos serviços sociais. Nesse caso, os indivíduos se emancipam em relação ao mercado e à família, sendo servido por uma pesada estrutura de serviços providos pelo Estado. Isso não significa que ela não vá sair do ambiente e contar com a participação da família. Mas isso se dá, numa forma cooperativa com o Estado. No cuidado com idosos, a Dinamarca é considerada “país modelo” (LOPES *et al.*, 2010; DIAS; SANTANA, 2009).

Da análise dos três modelos em relação aos Cuidados de Longa Duração, Pasinoto e Kornis (2010) concluíram sobre algumas tendências comuns a todos eles em relação ao cuidado com idosos, ou seja: (1) busca de um novo equilíbrio entre responsabilidades públicas e privadas; (2) a preferência por mantê-lo sem suas residências e/ou comunidades, tanto em função dos custos como para assegurar seu bem-estar; (3) a preocupação com a profissionalização da atividade do cuidador e a valorização do papel dos cuidadores informais, particularmente os familiares; (4) a urgência em se criar programas informativos e de apoio voltados para os idosos.

### **3.1.2 Divergência de concepção e aplicação de políticas nos países**

Em nível dos países as concepções a respeito dos Cuidados de Longa Duração variam, assim como as divergências na aplicação dessas políticas, não só em função dos modelos acima expostos, com das especificidades da realidade de cada um.

No decorrer das últimas décadas, segundo (FURTADO *et al.*, 2012), têm-se verificado consideráveis mudanças demográficas e epidemiológicas na globalidade dos países, verificando-se uma rápida inversão da pirâmide etária da população, estas mudanças caracterizam-se, essencialmente pelo envelhecimento demográfico, em nível mundial, prevendo-se para a próxima década um crescimento ainda mais considerável da população idosa.

De acordo com o estudo das necessidades dos Seniores em Portugal - Relatório Final estima-se que em 2050 existam cerca de 2.000 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade, passando assim este nível etário da população a representar mais de 20% da população mundial. Assim sendo e pela primeira vez, em 2045, estima-se que os indivíduos com mais de 60 anos ultrapassem o número de indivíduos com idade igual ou inferior a 15 anos (CEDRU, 2008). Nos Estados Unidos da América (EUA), ao longo dos próximos 20 anos, o número de americanos com 65 anos ou mais irá duplicar para 71 milhões, passando a representar 20% da população americana (PRUDENTIAL RESEARCH REPORT, 2010). Em Portugal, também se tem verificado um progressivo envelhecimento da população. Entre 1960 e 2000, a população idosa aumentou para mais do dobro, de 8% para 16,4%. Prevendo-se que em 2050, esta represente cerca de um terço de toda a população, colocando Portugal como um dos países mais envelhecidos a nível mundial (CEDRU, 2008).

A transição do padrão demográfico surge devido às baixas taxas de fecundidade, mortalidade e ao aumento da esperança média de vida, resultado dos progressos tecnológicos verificados na área da saúde (medicina e cirurgia), o que possibilita um tempo de vida mais prolongado (BRASIL, 2006b).

O aumento da população idosa, associado a fatores genéticos e estilos de vida sedentários da sociedade atual, levam ao aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes entre a população, originando desta forma, a necessidade de respostas adequadas para fazer face à elevada dependência deste tipo de população (FURTADO *et al.*, 2012).

Constata-se, cada vez mais, que o avanço tecnológico na saúde e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados médicos permite aumentar a esperança média de vida da população. Permite ainda, que mais crianças e adultos com doenças crónicas ou incapacitantes sobrevivam por períodos maiores de tempo, o que também contribui para a crescente procura de cuidados adequados a estas circunstâncias (BRASIL, 2006b).

Para, além disso, muitas destas pessoas idosas e dependentes, conforme afirmam Garcia e Romero (2012), encontram-se numa posição insustentável do ponto de vista financeiro. Isso ocorre em função do agravamento das suas condições econômicas e sociais, associadas a um aumento das despesas inerentes ao seu estado de saúde. Tais condições as os colocam também numa posição de elevada dependência e fragilidade social. Deparam-se, com a dura realidade de simplesmente não possuírem recursos financeiros para obter os serviços adequados, seja no seu domicílio, na sua comunidade, ou em instalações específicas para a prestação de CCI (GARCIA; ROMERO, 2012).

Esta conjuntura de fatores, segundo Dominelli (2013), coloca uma elevada pressão nas famílias que possuem um ou mais elementos do seu agregado familiar nestas condições de dependência e que detêm um papel de cuidadores informais neste processo. Por sua vez, aumenta a pressão nos prestadores de cuidados formais, para melhorarem a qualidade das suas infraestruturas, práticas clínicas e resultados na melhoria da qualidade de vida, tanto aos indivíduos dependentes, como aos próprios cuidadores informais. Simultaneamente, gera pressão na capacidade que as sociedades, os países e os governos têm de fornecer respostas adequadas a estas circunstâncias, de forma a garantir uma adequação da intensidade dos cuidados prestados.

Segundo Pereira (2011) são diversos os países que se deparam com a necessidade de dar respostas ao crescente envelhecimento populacional. Desse modo, cada um busca um modelo de resposta adequado à sua realidade. Assim sendo, os cuidados continuados assumem formas diferentes em termos organizacionais para responder a estas necessidades, verificadas a nível mundial. Contudo, encontram-se continuamente num processo de reformulação, com vista à sua melhoria e sustentabilidade. Estes são alguns exemplos desses modelos em diferentes países.

EUA, de acordo com Faleiros (2011), mais de 12 milhões de pessoas, precisam de algum tipo de cuidado continuado, enquanto que cerca de um terço desses indivíduos têm grandes necessidades de cuidados. Os idosos norte-americanos constituem o único grupo de cidadãos, cuja saúde é considerada um direito universal. Ainda assim, os idosos que necessitam de cuidados continuados estão pouco protegidos.

O seguro de saúde Medicare, segundo Feder, Komisar e Niefeld (2000) é um programa de governo que financia os cuidados médicos de quase todos os idosos e de pessoas de outras faixas etárias com algum tipo de dependência. No entanto, uma grande parte da população que necessita de cuidados continuados não é abrangida pelo Medicare, cobre apenas tangencialmente alguns serviços de cuidados continuados. A maioria dos cuidados continuados é prestada por cuidadores informais, tais como a família e os amigos. Existe ainda um programa federal/estatal, o Medicaid que providencia um seguro de saúde para as famílias com baixos rendimentos, caracterizando-se por ser a principal rede de suporte financeiro dos cuidados continuados nos Estados Unidos.

**QUADRO 1 - Modelos de Cuidado Continuado Integrado**

PAÍSES	CARACTERIZAÇÃO
Alemanha	Na Alemanha inexiste saúde gratuita nesse país. Há um seguro social obrigatório pago ao Estado, sob forma de contribuição dos trabalhadores, que dá cobertura aos cuidados continuados e atinge cerca de 90% da população. Os demais optam por um regime de seguro privado obrigatório. O regime de seguro social envolve critérios de elegibilidade, que se cumpridos, os indivíduos têm o direito de escolher entre os diferentes tipos de serviços ou benefícios monetários (COMAS HERRERA <i>et al.</i> , 2003)
Espanha	Na Espanha existe saúde pública gratuita, oferecida pelo serviço nacional de saúde, mantido por meio de impostos e uma pequena parte de co-pagamentos, que atinge a maioria da população. Ele é administrado por um sistema descentralizado de serviços (regionais), que abrange os cuidados continuados. (COMAS HERRERA <i>et al.</i> , 2003)
Itália	Na Itália também funciona o serviço de saúde gratuito a todos os residentes, prestado pelo serviço nacional de saúde italiano, mantido por meio de impostos nacionais e locais. Mas os cuidados continuados podem ser oferecidos por prestadores públicos e privados. No caso dos serviços públicos, existem três tipos de assistência em cuidados continuados públicos: os cuidados institucionais, os comunitários e os subsídios monetários (BÉLAND; HOLLANDER (2011) e MOURA (2014)).
Reino Unido	O Reino Unido conta com um serviço universal e gratuito, oferecido pelo Serviço Nacional de Saúde. O Estado responde pelos cuidados primários de saúde. As autoridades locais são responsáveis pela avaliação das necessidades, definição de critérios de elegibilidade e por organizar os serviços sociais para a sua população. Os serviços de saúde são financiados, principalmente por impostos centrais, enquanto os serviços sociais pela tributação central e local e por taxas de utilização (MOURA, 2014; NHS CONFEDERATION, 2012).
Dinamarca	

**Fonte:** Compilado pela autora

Assim sendo, o aumento da procura de cuidados continuados é exponencial e a oferta desses serviços ainda está por ser redefinida, adaptada e melhorada, de acordo com as novas realidades e desafios com os quais os diferentes países se deparam no que diz respeito à garantia do acesso da população a estes serviços específicos, à qualidade dos serviços prestados e principalmente à sustentabilidade dos sistemas de saúde.

### **3.1.3 Concepção das organizações internacionais**

Os Cuidados de Longa Duração, de acordo com a Organização Mundial de Saúde abrangem:

[...] as atividades prestadas pelos cuidadores formais e informais, sendo eles, os profissionais de saúde, sociais, os voluntários, entre outros, cujo objetivo, é melhorar a qualidade de vida dos indivíduos incapacitados de cuidar de si próprios a longo prazo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A União Europeia aborda os Cuidados de Longa Duração (CLD) como sendo os diversos serviços de saúde e de apoio social, para indivíduos incapacitados de executar as suas atividades diárias, como consequência do aparecimento de doenças crônicas ou debilidade física e/ou mental (EUROPEAN COMMISSION, 2008). Os CLD englobam tanto os serviços de saúde como de apoio social. Para a OCDE (2005) eles implicam uma questão política transversal, que reúne um leque de serviços para pessoas que dependem de ajuda para as suas atividades cotidianas básicas durante um período de tempo prolongado. No entanto, a União Europeia reconhece que nos Estados Membros, existe uma variedade de organizações de cuidados de saúde e sociais, que divergem nas divisões de responsabilidade, originando uma diversidade de serviços e organização (EUROPEAN COMMISSION, 2008).

De acordo com o documento da Comissão Europeia (2008) sobre os Cuidados de Longa Duração na União Europeia, três objetivos interligados fazem parte das políticas nacionais dos países-membros: (1) acesso universal aos cuidados de forma adequada, (2) elevada qualidade de estrutura e serviços; (3) sustentabilidade de longo prazo da despesa pública. No caso do acesso universal aos cuidados de forma adequada, existe uma tendência geral dos países de buscarem a transição dos cuidados institucionais para cuidados personalizados no domicílio e no ambiente

comunitário, o que exige maior cooperação entre autoridades locais, regionais e nacionais, assim como parcerias construtivas com os setores privados e de voluntariado, numa abordagem integrada. Em relação ao segundo objetivo, a qualidade de estrutura e serviços, o documento aponta que a situação é mais complexa e também se tem mostrado mais difícil. Ela envolve desde a estrutura de ambientes formais (lares ou hospitais), até os ambientes informais (domicílios de familiares e amigos). Nos serviços prestados, entra a questão do número de efetivos e sua formação. Muitos dos países-membros se utilizam de mecanismos de avaliação de qualidade dessas estruturas e dos serviços prestados, de modo a evitar abusos e maus tratos. No terceiro objetivo relativo à sustentabilidade dos gastos públicos, a tendência mais geral tem sido a de reconhecer a necessidade de se encontrar uma combinação adequada entre fontes de financiamento públicas e privadas. Também tem sido consenso que o sistema baseado na segurança social ou receitas fiscais mostra-se mais eficiente do que aquele que fica integralmente nas mãos das iniciativas privadas. Outro consenso é que uma forma de mitigar os gastos, além de se manter a integração dos serviços, é manter os idosos em bom estado de saúde enquanto envelhecem, num estilo de vida ativo e saudável. Neste sentido, considera-se, o importante papel que exercem os serviços de reabilitação, para permitir ao paciente recuperar a autossuficiência e regressar ao ambiente de trabalho.

### **3.1.4 Enquadramento na concepção da rede de cuidados continuados integrados**

A concepção de Cuidados de Longa Duração vêm avançando no mundo, mas as variáveis nela envolvidas apresentavam fortes variações, não só entre os diferentes países europeus, como nos Estados Unidos e no Canadá, fato que dificulta um consenso em sua concepção. Na Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), por exemplo, não faz parte da concepção de Cuidados de Longa Duração, a definição a prevenção, o tratamento da doença crônica, a reabilitação ou a intervenção de saúde mental. Por outro lado, em paralelo, também tem sido sendo debatido em nível mundial a concepção dos “Cuidados Intermédios” (*Intermediate Care*), do mesmo modo com diversas interpretações e ausência de consensos. Chan e Kenny (2001), ao avaliarem essas iniciativas no Canadá e diante da falta dessa dificuldade

consensual, eles propuseram o termo “Cuidados Continuados Integrados (CCI)” (*Continuing Care*) como uma terminologia universal.

Ele deveria abordar tudo que abrangesse os serviços de saúde e serviços sociais, incluídos os cuidados institucionais, de serviços comunitários e aqueles de apoio domiciliar. A sua distinção em relação aos Cuidados de Longa Duração, era por se basear em uma perspectiva mais global. Dizia respeito a todos os aspectos relacionados aos serviços de saúde e sociais. Os principais objetivos desses cuidados são: (a) promover respostas mais apropriadas às necessidades específicas dos doentes; (b) melhorar os serviços que prestam os cuidados continuados aos indivíduos que padecem de doenças crônicas ou se encontram debilitados; (c) auxiliar na recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internação hospitalar; (d) ampliar a capacidade de resposta dos serviços de saúde e de apoio social, no âmbito da reabilitação integral e do aumento da autonomia dos doentes (LOPES *et al.*, 2010).

Dentre os países-membros da União Europeia analisados no documento referido a respeito dos Cuidados de Longa Duração, a particularidade do avanço de Portugal foi em relação à integração dos cuidados sociais e de saúde, por meio da criação de uma rede. Esta promove a:

[...] continuidade entre cuidados baseados na comunidade, cuidados hospitalares para pacientes graves e apoio social, complementando os cuidados primários e os cuidados hospitalares especializados. A flexibilidade permite ao sistema adaptar-se a diferentes necessidades em todo o país (COMISSÃO EUROPEIA, 2008, p. 12).

Em Portugal, a Rede de Cuidados Continuados Integrados foi antecipada pela criação do “Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)”, formalizado e regularizado na forma de lei, entre 1994 a 1998. O programa foi promovido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e pelo Ministério da Saúde, contando com várias parcerias: Serviços da Saúde, Centros Distritais de Segurança Social, Autarquias (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia), União das Misericórdias Portuguesas, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Cruz Vermelha Portuguesa, Serviços de Segurança (PSP e GNR), Bombeiros, Escolas, Organizações de Voluntários (CARVALHO, 2012).

O Programa PAII apresentava os seguintes objetivos: (1) Promover a autonomia das pessoas idosas e/ou pessoas com dependência, prioritariamente no

seu meio habitual de vida; (2) Estabelecer medidas que visem melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços; (3) Implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência, especialmente idosos; (4) Promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, de profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade; (5) Desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão. Os destinatários do programa eram pessoas com 65 e mais anos, famílias, vizinhos voluntários, profissionais e comunidade em geral. O Programa previa:

Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (LOPES *et al.*, 2010).

O diferencial, nesse caso, é a continuidade dos serviços sob a responsabilidade do Estado sendo continuado no domicílio dos idosos, num processo de corresponsabilidade. Trata-se de um processo que integra área social e saúde, além de todas as organizações de solidariedade social e as autarquias na organização, num processo de prestação de respostas continuadas e integradas à saúde, especialmente do idoso (RODRIGUES, 2009).

Na década seguinte, o Estado se viu diante da necessidade de oferecer uma política pública, que dessa resposta portuguesa às consequências das alterações demográficas, nomeadamente ao aumento do número da população idosa, que repercutia em alterações no tecido social, com crescente aumento dos indivíduos em situação de dependência (PEREIRA, 2011).

Em 2006, os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social de Portugal, como resposta às novas necessidades sociais e de saúde, propôs, uma política comum, com um novo nível de cuidados, com base na concepção de Cuidados Continuados Integrados (PORTUGAL, 2006).

Criou, para isso, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que portava um modelo de intervenção integrado de saúde e de segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, de abrangência nacional. Dessa iniciativa do Estado também participaram diversos parceiros da sociedade civil. A RNCCI foi constituída, portanto, como estratégia para o desenvolvimento

progressivo de um conjunto de serviços adequados, que respondessem à crescente necessidade de cuidados da população, articulando os serviços de saúde com o apoio social (GARCIA; ROMERO, 2012).

A Rede foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, com o intuito de implementar um modelo de prestação de cuidados continuados integrados, adaptado às necessidades do cidadão. Criava novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis, ajustadas às necessidades dos diferentes grupos em situação de dependência, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Aparecia como um novo modelo organizacional, oferecendo respostas multi-setoriais na promoção da continuidade da prestação de cuidados integrados a todos os indivíduos em situação de dependência, perda de autonomia ou em situação de doença terminal. Um conjunto de instituições do setor público e do setor privado, com ou sem fins lucrativos, passaram a assumir papel fundamental na criação da Rede (PEREIRA, 2011).

De acordo com o Decreto-Lei que criou a RNCCI, esta foi constituída de unidades e equipes de cuidados continuados de saúde e/ ou apoio social e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários. A rede abrange hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, Rede Solidária e as autarquias locais. No âmbito da oferta de cuidados continuados, verifica-se a existência de uma ampla variedade de ambientes de cuidados formais à disposição, desde os lares de idosos, casas assistenciais, agências de saúde, serviços de assistência no domicílio, unidades específicas para os CCI, entre outros tipos de serviços de apoio. Também se identificam prestadores informais de cuidados continuados, como sendo os membros das famílias, vizinhos, amigos, voluntários, organizações comunitárias, entre outros (RODRIGUES, 2009).

A definição atribuída pela Lei sobre a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) era, até certo ponto, similar àquela de Cuidados de Longa Duração (CLD), utilizada pela OCDE e pela OMS/ONU, mas de natureza mais global. Referem-se, portanto a:

Um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (UMCCI, 2009).

A Rede de CCI articula a prestação de cuidados de saúde com o apoio social, de forma a responder à perda de autonomia. Apostava na permanência do dependente na comunidade, com uma melhor qualidade de vida e um bem-estar acrescido tanto para o próprio como para a sua família. De um modo geral, a rede de cuidados continuados é um serviço que se aplica, essencialmente quando um indivíduo precisa de apoio, tanto para as suas necessidades físicas como emocionais, durante um determinado período temporal (PORTUGAL, 2006).

Enquanto cuidados de saúde terciários, a rede dos CCI veio colmatar o espaço existente entre os cuidados de saúde primários (Agrupamentos de Centros de Saúde) e os cuidados de saúde secundários (Hospitais), que pelas suas características organizacionais não são adequados para responder às necessidades específicas deste tipo de população. É fundamental um modelo organizacional específico para a prestação de CCI, pois apenas desta forma se pode garantir a adequação da intensidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade futura do Sistema de Saúde (PEREIRA, 2011).

Com este novo modelo organizacional, a rede veio estimular a redefinir o papel dos hospitais, reforçando o papel dos cuidados primários de saúde como solução para a sustentabilidade do próprio sistema nacional de saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde; o aumento da cobertura da Rede a nível nacional; o reforço da articulação entre os serviços de saúde e o apoio social; a manutenção dos indivíduos dependentes no seu domicílio, sempre que possível; a redução da procura de serviços hospitalares de agudos pelos indivíduos dependentes; a melhoria da qualidade de vida das pessoas em situação de dependência (UMCCI, 2009).

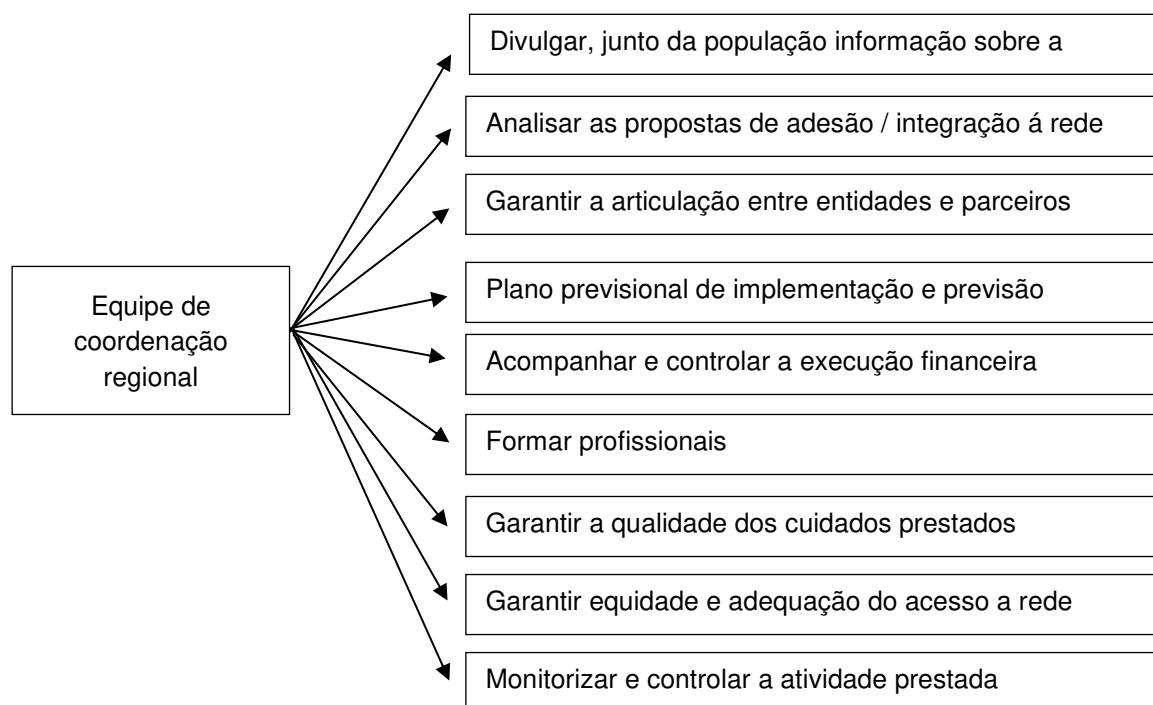
A rede considera ainda como objetivos estratégicos à sua intervenção, a redução da demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos; a redução da taxa média de ocupação de camas hospitalares; a redução do número de internação e reinternação de indivíduos em situação de dependência e a redução de custos das unidades hospitalares de agudos (UMCCI, 2009).

A implementação da rede em nível nacional, assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, estabelecido em três fases, com um horizonte temporal de 10 anos. Numa primeira fase (2006 - 2008), a meta a atingir era 30% de cobertura do território nacional. Numa segunda fase (2009 - 2012), pretende atingir

como meta 60% de cobertura do território nacional. Numa terceira fase (2013 - 2016), pretende uma cobertura total de 100% do território nacional (UMCCI, 2009).

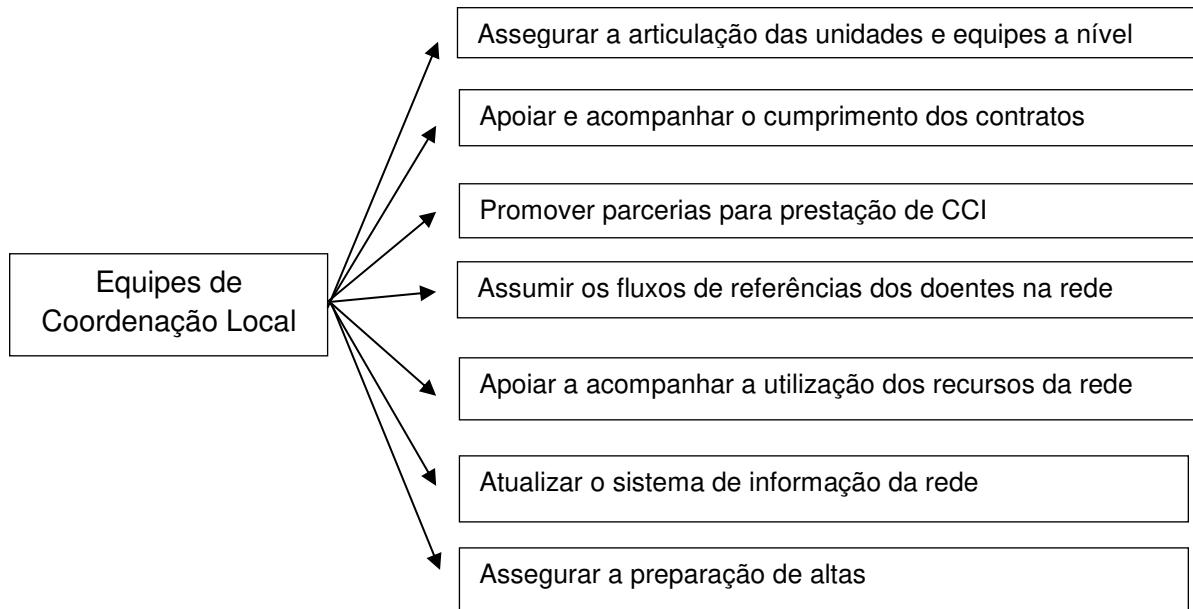
A lógica do modelo de gestão da RNCCI baseia-se na descentralização e contratualização de serviços, assegurando a prestação de cuidados de saúde e de apoio social através de unidades de internamento, unidades de ambulatório e de equipes hospitalares e domiciliar (UMCCI, 2009).

A coordenação da rede foi estabelecida em três níveis, seja, nacional, a regional e local. O nível nacional é coordenado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), criada pela Resolução do Conselho de Ministros n. 168/2006. Em nível regional, operacionalizada pelas equipes de Coordenação Regional (ECR). Já em nível local, atuam as equipes de coordenação local (ECL). As principais competências das Equipes de Coordenação Regional encontram-se apresentadas na Figura 1 e 2 as competências da coordenação local.



**Figura 1 - Equipe de Coordenação Geral suas competências**

**Fonte:** UMCCI (2009).



**Figura 2-** Equipe de Coordenação Local e suas competências

**Fonte:** UMCCI (2009).

Esta estrutura descentralizada tem como finalidade articular de forma eficiente e efetiva os diferentes níveis da rede, conseguindo assim garantir uma flexibilidade e sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização das unidades e equipes que a compõem (UMCCI, 2009).

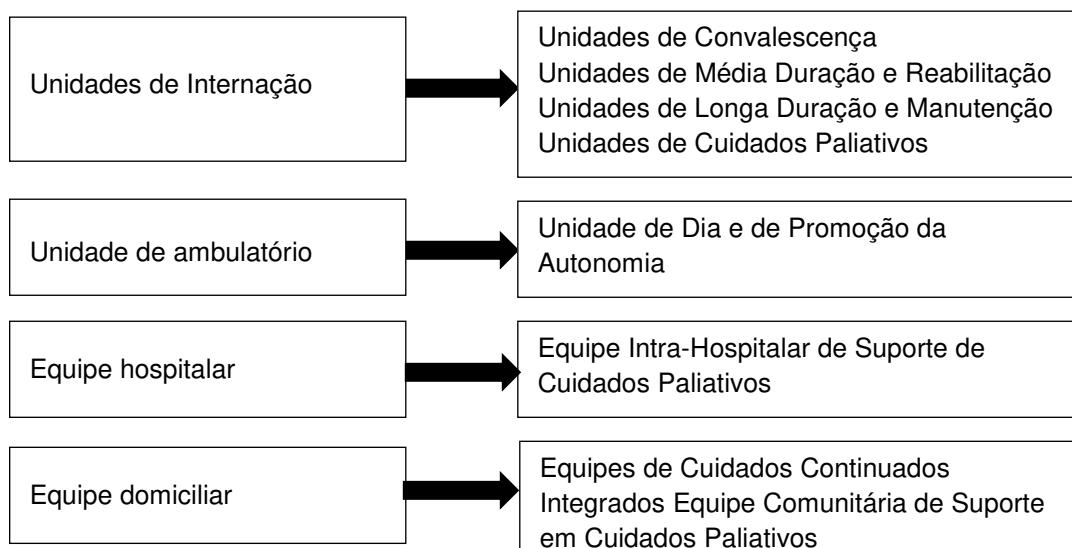
Os três níveis de coordenação, apresentam uma estrutura com dinâmica intersetorial, sendo as equipes constituídas tanto por elementos da área da saúde como da segurança social. A UMCCI tem como competência conduzir e lançar o projeto da RNCCI e contribuir para a sua implementação através da imprescindível articulação entre os centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social e as Redes nacionais de Saúde e Segurança Social (COSTA, 2016).

### 3.1.5 Tipologias de unidades na rede de cuidados continuados integrados da RNCCI

A RNCCI assegura a prestação de cuidados de saúde e apoio social por meio de quatro unidades: unidades de internação, unidades de ambulatório, equipes hospitalares e equipes domiciliares. As unidades de internação constituem-se de unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos (Figura 3). As unidades de ambulatório são constituídas pela unidade de dia e de promoção a

autonomia. As equipes hospitalares, por seu turno, são constituídas, pelas equipes intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. Já as equipes domiciliares são constituídas pelas ECCI e as equipes comunitárias de suporte em cuidados paliativos (PORTUGAL, 2006; LOPES *et al.*, 2010).

A unidade de convalescência, designada como unidade de internação, independente, integrada ao hospital de doenças agudas ou a outra instituição, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência da internação hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Destina-se a pacientes com hospitalização de até 30 dias consecutivos de internação. A unidade de convalescência pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação (RODRIGUES, 2009).



**Figura 3** -Tipologias de resposta na RNCCI.

**Fonte:** UMCCI (2009).

A unidade de média duração e reabilitação, também é uma unidade de internação, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crônico, a pessoas com perda transitória de autonomia

potencialmente recuperável. A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa. O período de internação na unidade de média duração e reabilitação é superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração (RODRIGUES, 2009).

A unidade de longa duração e manutenção, é uma unidade de internação, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crônicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar uma internação, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador (PORTUGAL, 2006).

Já unidade de cuidados paliativos tem a particularidade um com espaço físico próprio, é preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (RODRIGUES, 2009).

### 3.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS NO BRASIL E EM CAMPO GRANDE/MS

No Brasil, os sistemas integrados em saúde, chamados de redes de atenção, vêm sendo utilizados no SUS e têm sido considerados eficazes diante dos novos desafios apresentados nos contextos socioeconômico e de saúde e de organização interna dos serviços (OUVERNEY; NORONHA, 2013). Esse mesmo sistema vem sendo referendado em nível de continente americano pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

### **3.2.1 Implantação do projeto-piloto da rede de cuidados continuados integrados no Brasil**

Os sistemas integrados em saúde vêm sendo implantados e melhorado no Brasil de forma processual, desde a Constituição de 1988. Nela se definiu uma estratégia de regionalização, na qual as redes de atenção deveriam exercer papel central para garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Mas como a construção do Sistema único de Saúde (SUS), a partir de 1990, segundo Ouverneye Noronha (2013), ocorreu num contexto econômico e político adverso, acabou sendo privilegiado o Município, para ser a base dessa descentralização.

Novas reflexões foram feitas na Virada do Milênio, quando se constatava que a maioria dos Municípios brasileiros não apresentavam condições para exercer esse papel. Desse modo, em 2002, a Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS) veio novamente enfatizar a necessidade de se estruturar redes regionalizadas de forma planejada, no âmbito do SUS (BRASIL, 2002). No Pacto da Saúde, estabelecido em 2006, uma vez mais se ressaltou sobre essas necessidades de se aprofundar as redes de atenção em saúde, agora coordenadas pelos Estados e com a participação dos Municípios (BRASIL, 2006c).

Finalmente, os “Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)” foram instituídos no Programa “Mais Saúde: direito de todo: 2008-2011”. Implicam um conjunto de políticas, programas e unidades de saúde, articulados entre si por meio de governança, numa dada região. O Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde avançou nesse sentido, ao estabelecer novas estratégias e instrumentos para consolidar as redes de atenção (BRASIL, 2011a).

As redes de atenção são concebidas como estratégia para promover e garantir a continuidade dos processos de integração do cuidado. Mendes (2010) considerou na concepção dessa estratégia, um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si, de forma cooperativa e interdependente, em direção a objetivos estabelecidos em comum. A ideia é proporcionar uma forma de atenção integral e contínua, no tempo certo, lugar certo, custo certo, qualidade certa e de forma humanizada.

De fato, conforme lembram Ouverneye Noronha (2013), esse conjunto de práticas em saúde abrangem a promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados

paliativos, quando necessários. Nesse sentido, esses mesmos autores definiram os princípios básicos para a implantação dessa rede de atenção, baseada em cuidados integrados. É necessário, segundo eles, conhecer o ambiente de inserção dos usuários no contexto de sua territorialidade vivida (socioeconômica, cultural e sanitária). Num outro viés, cada usuário requer uma análise abrangente e de forma coordenada de um olhar multidisciplinar dos especialistas para sua situação, de modo a se conhecer os diferentes ângulos do problema. Isso supõe ainda a combinação entre cuidados médicos e cuidados sociais. Também pressupõe contatos prolongados entre os ofertadores do serviço e o usuário, sem perder o foco da condição deste último em cada momento, buscando-se ampliar a eficácia desse cuidado. Por fim, esse sistema precisa contribuir numa melhor racionalidade do emprego de recursos, evitando procedimentos e exames desnecessários, reduzindo custos, o tempo de atendimentos e desgastes de infraestrutura e de internações hospitalares, assim como ampliando a produtividade do trabalho.

O Brasil vem implantando, desde 2012, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o projeto-piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados (CCI), em cidades de quatro Estados, dentre eles, Mato Grosso do Sul, cuja experiência vem sendo desenvolvida na cidade de Campo Grande. O projeto foi iniciado, por meio de intercâmbio estabelecido com Portugal e Espanha, que já tiveram esse projeto implantado anteriormente, além de uma parceria no Brasil com o Hospital Samaritano junto ao Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG). Neste caso, o objetivo foi capacitar o corpo de colaboradores de instituições hospitalares e desenvolver instrumentos para efetivar o processo e fortalecer as redes locais.

Foi pensando na atenção qualificada e contínua, assegurada pela lei 8.080, diante do crescente envelhecimento da população brasileira e da reinternação, que se criou a portaria 2.809 do Ministério da Saúde, que instituiu 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 (BRASIL, 2012b).

Os Cuidados Prolongados foram instituídos como estratégia de cuidado intermediário entre os cuidados hospitalares, de caráter agudo e crônico agudizada e a atenção básica e domiciliar prévia ao retorno do usuário. São destinados aos usuários em situação clínica estável, que ainda necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas originárias de processo clínico, cirúrgico e traumatológico. O

objetivo é a recuperação clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. Incluem-se nesse caso, os usuários com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar (BRASIL, 2012b).

No Brasil, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados está embasada na Portaria de nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012, voltada para Cuidados Prolongados de pacientes, que não mais necessitam da alta complexidade e sim de um cuidado intermediário entre o hospital de casos agudos ou crônicos e a atenção primária à saúde e domiciliar (COSTA, 2016). O objetivo é reabilitar o usuário de forma parcial ou total, promovendo sua autonomia e independência funcional ou parte desta (UMCCI, 2009). Uma particularidade da Rede de CCI em relação aos Cuidados Prolongados está no fato da segunda não incluir a Equipe de Gestão de Alta (EGA) (RODRIGUES, 2009).

Esta tem como finalidade orientar a continuidade da atenção, dada não apenas aos idosos, mas aos cidadãos em geral, com necessidade de acompanhamento, tanto em questões agudas como crônicas. Outras particularidades da Rede de CCI é a articulação entre as equipes multidisciplinares, de modo a integrar o atendimento pós-alta com equipes da atenção básica e domiciliar e os centros de referência em reabilitação física. (AMARAL, 2016).

Essa articulação efetiva a integralidade da assistência e o prosseguimento do cuidado, àqueles que necessitam de reabilitação ou adaptação decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico (COSTA, 2016). Nesse processo, as equipes de Gestão de Alta exercem um papel particularmente importante nos hospitais de referência de grande lotação, na medida em que são elas que direcionam o usuário para o tratamento ou para a reintegração familiar (UMCCI, 2009).

### **3.2.2 Implantação do projeto-piloto da rede de cuidados continuados integrados em Campo Grande/MS**

A reorganização da saúde no Mato Grosso do Sul se iniciou em 2007 com a contratualização de quase todos os hospitais públicos e filantrópicos, que atendem ao SUS, exceto o Hospital Evangélico de Dourados e o Municipal de Chapadão do Sul (DOBASHI, 2014).

Em 2008 e 2009 após a primeira avaliação do Pacto pela Saúde, a estratégia foi qualificar a gestão hospitalar, principalmente o Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, para que pudesse dar apoio técnico e operacional aos hospitais que atendem ao SUS, capacitando as equipes, padronizando os materiais, estabelecendo protocolos e sua disseminação (LEWANDOWSKI; BARROS 2014).

Em 2010, foi aprofundada a discussão sobre a organização das redes, na qual a atenção básica deveria organizar-se, de modo que os hospitais pudessem ser os indutores desse modelo e, em acordo à sua significância na região. Isso seria obtido, a partir da definição do papel de cada unidade hospitalar, seguindo o plano estratégico. A ação seguinte foi realizar o diagnóstico das microrregiões do Estado, abordando os aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, assim como a rede instalada para a saúde, o financiamento, e gestão e controle social (DOBASHI, 2014)

Como instrumento para avaliar o desempenho dos hospitais, a Secretaria de Saúde do Estado firmou parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e a Universidade de Montreal no Canadá. O modelo foi aplicado em 17 hospitais regionais, que abrangeram todas as microrregiões do estado de Mato Grosso do Sul (LASTORIA; DOBASHI, 2014).

De acordo com o diagnóstico, deveria haver desdobramentos na classificação dos hospitais, devendo ser implantadas 8 microrregiões. Entre os 51 hospitais locais detectados, alguns deveriam passar de unidade de apoio à atenção básica. Também foi identificada a necessidade de instituir no Estado 11 hospitais de referência nas seguintes categorias: especializados, de trauma, de referência em diversos níveis e o hospital de retaguarda (DOBASHI, 2014).

Em 2009 a direção do Hospital São Julião, como alternativa para maximizar o uso de seus leitos, sinalizou esta intenção à Secretaria Estadual de Saúde de se transformar num hospital de retaguarda na rede de atendimento às urgências e

emergências. Esse termo, embora não definido claramente pelo SUS, foi interpretado no Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (2003). Destinava-se a acolher, com apoio de uma equipe multidisciplinar, pacientes crônicos e de emergência para recuperação. Desse modo, o Hospital de Retaguarda em São Julião, passaria a receber pacientes em fase de recuperação, oriundos dos hospitais que atendiam casos agudos. O projeto foi estabelecido para utilização de 20 leitos de retaguarda, para operar com o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (MASSARO; SCARAZATTI; QUEIROZ, 2014). Contou com financiamento do Governo Federal (65%), Governo do Estado (17,5%) e Prefeitura Municipal (17,5%). Previa-se que o hospital de retaguarda pudesse receber pacientes estáveis, diagnosticados, ou em pré-alta, de modo a liberar leitos do Hospital Regional para atender pacientes em estado de saúde mais complexo. Essa função estabelecida ao hospital de retaguarda, brotava de um projeto desenhado para o sistema de saúde para o Mato Grosso do Sul, contido no diagnóstico realizado pela Secretaria de Estado de Saúde (DOBASHI, 2014).

O Hospital São Julião, nos últimos anos, tem evoluído para um Hospital Geral. Sem atender urgências e emergências, com expertise de mais de 70 anos na clínica médica e cirurgia eletiva, dispondo de arquitetura que convida ao trabalho diferenciado, multidisciplinar e humanizado é lugar ideal para implantar tal experiência do estado de Mato Grosso do Sul como conceito de Hospital de Retaguarda (ALVARENGA, 2014).

Enquanto a experiência do contrato de leito de retaguarda estava em curso no Mato Grosso do Sul o Ministério da Saúde desenvolvia o modelo do Projeto de Cuidados Continuados Integrados, a partir da observação das projeções de população para os próximos anos, tendo o modelo europeu como referência (ALVARENGA, 2014).

Na sequência dos fatos, em 2012, a Federação das Misericórdias buscava alternativas para um novo papel dos Hospitais Filantrópicos. Assim, a Secretaria de Estado de Saúde, a partir do diagnóstico elaborado exclusivamente para identificar as regiões do estado em que a demanda para os serviços propostos pelos Cuidados Continuados Integrados indicou, como prioridade, o Hospital São Julião (DOBASHI, 2014).

Em meados de 2012, vieram ao Mato Grosso do Sul representantes do Ministério da Saúde, da Federação das Misericórdias e do Hospital Samaritano de

São Paulo, parceiro deste projeto junto ao Ministério da Saúde, para conhecer a experiência do Hospital São Julião, em relação aos leitos de retaguarda, que estruturalmente utiliza o mesmo conceito do Cuidado Continuados Integrados (DOBASHI, 2014).

A partir do aceite da proposta feita pelo Governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, com a anuênciia do Hospital São Julião, iniciou-se o processo de implantação do projeto em cuidados Continuados integrados no Mato Grosso do Sul.

### **3.2.3 Hospital São Julião: origem e reestruturação**

O Hospital São Julião foi fundado em 05 de agosto de 1941, pelo Governo Federal, em uma área de 250 hectares doada pelo primeiro prefeito de Campo Grande, Eduardo Olímpio Machado. Significou a primeira intervenção estatal concreta para o controle da hanseníase no então Estado de Mato Grosso, hoje Estado Mato Grosso do Sul (AARH, 2003, p.3).

O Governo Federal tornou-se responsável pela gestão do hospital, durante o período de 1941 a 1970, por meio de um decreto, que transferiu o São Julião para a Associação de Auxilio e Recuperação dos Hansenianos. A partir de então, o hospital passou por um processo de recuperação física e administrativa. A equipe foi capacitada para atuar na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença. A Associação responsável pela administração do hospital São Julião foi adequado às normas e padrões preconizados pelo Ministério da Saúde (ROCHA; ALFEU; 2006, p.17). O atendimento do Hospital passou a ser realizado, em grande parte, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), razão pela qual conta com apoio de Organizações Não Governamentais (DOBASHI, 2014). Desse modo, o hospital São Julião presta atendimento terciário aos pacientes portadores de hanseníase, principalmente para cirurgias de reabilitação, visando minimizar as sequelas da doença (DOBASHI, 2014).

O Hospital São Julião, após sua reestruturação, ganhou uma estrutura física moderna, equipamentos de última geração proporcionada aos pacientes portadores de hanseníase e outras alterações dermatológicas e exibe o que há de melhor e de mais moderno em termos de terapêutica, prevenção e reabilitação (ALVARENGA, 2014).

De acordo com a descrição do SAAB (2006), situado a 15 quilômetros do centro de Campo Grande, ocupa uma área verde de 250 hectares e reúne vários elementos que diferem da imagem de um Hospital Comum. Todas as construções são muito bem cuidados, tendo placas de identificação na entrada dos jardins que os cercam. Os meios-fios são pintados de branco e amarelo para identificar os locais de estacionamento, além dos dois estacionamentos principais que servem o Hospital. É reação comum a admiração das pessoas advindas de outros locais, durante os congressos e cirurgias lá realizados, com a beleza arquitetônica do local, juntamente com a sensação de paz e tranquilidade que se experimenta ao se caminhar pelo Hospital.

Na condição de Centro de Referência no Estado, o Hospital recebe os pacientes encaminhados de municípios do interior, geralmente para diagnóstico e tratamento de surtos reacionais. Também é responsável por capacitação profissional na área de hanseníase, com aulas teóricas e práticas (ZULIM, 2004).

O Hospital São Julião integra, atualmente a Rede de Atenção em Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul para continuidade do cuidado e reabilitação dos pacientes portadores de doenças crônicas, na maioria idosos, após sua internação hospitalar em Hospitais terciários e quaternários, na fase aguda de sua doença. Desta forma, o Hospital São Julião já desenvolve esta atividade de continuidade dos cuidados, por meio de equipes multiprofissionais, e rede de apoio, buscando envolvimento da família e ou cuidadores. Já estão estabelecidas parcerias com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, além do Hospital Regional e NHU/UFMS (ALVARENGA, 2014).

O Hospital São Julião mantém um termo de cooperação técnico/científico com a UFMS e com a Universidade de Estudos de Turim –Itália, visando aprimoramento técnico científico. Além disso, faz parte dos hospitais que integram um projeto piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados (AARH, 2003, p.3).

### **3.2.4 O projeto Cuidados Continuados Integrados no Hospital São Julião**

Em 2012, o hospital São Julião recebeu visita oficial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, do representante do Ministério da Saúde, do representante da CEALAG e do representante do Hospital Samaritano ao Hospital São Julião. O objetivo da visita foi conhecer a experiência dos leitos de retaguarda

disponibilizados para o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, que havia sido implantado desde 2009 e que havia frutificado (DOBASHI, 2014). Os visitantes propuseram ao hospital sua adequação ao modelo pensado para a Rede de Cuidados Continuados Integrados, diante das condições averiguadas. Centrado mais no cuidado das pessoas que no tratamento das doenças, demonstrava total convergência com a cultura do hospital que, ao longo de seus 73 anos, têm na humanização do atendimento seu maior capital (DOBASHI, 2014).

O Hospital São Julião sempre foi o refúgio das pessoas fragilizadas pela hanseníase, tornando-se por isso *expert* no acolhimento, atendimento integral e humanização (ZULIM, 2004). O cuidado mais humanizado, portanto, já fazia parte da história do hospital São Julião. Desde suas origens e até meados da década de 1980, cuidara especificamente de pessoas com hanseníase, doença que impõe a seu portador uma severa discriminação da sociedade.

Desse modo, em julho de 2012, o Governador André Puccinelli em solenidade oficial, juntamente com o Dr. José Maria do Hospital Samaritano e a Dra. Beatriz Figueiredo Dobashi, Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, assinaram um termo de Cooperação Técnica para implantação do Projeto Cuidados Continuados Integrados no Hospital São Julião.

A implantação do projeto previu a reforma e ampliação de pavilhão com 22 novos leitos, construídos de acordo com as especificidades das exigências dos pacientes do projeto CCI. Essa adequação ainda incluiu a capacitação de profissionais dos 04 (quatro) hospitais que fariam a gestão dos leitos: Santa Casa, Hospital Regional, Hospital Universitário e Hospital São Julião (COSTA, 2016). Para esse fim, o hospital recebeu profissionais da Europa. A capacitação incluiu uma visita técnica dos profissionais brasileiros à Portugal e Espanha, afim de conhecerem, na prática, o modelo apresentado. A duração total desse período de capacitação foi de 12 meses, quando também ocorreram as obras de adequação do Pavilhão e de aquisição dos equipamentos necessários para seu funcionamento (MORAES, 2016).

O Governo Federal, em parceria com o Hospital Samaritano, respondeu pelos custos de capacitação da equipe. Ficara acertado que a reforma e ampliação ficaria sob a responsabilidade do Ministério da Saúde em parceria com o Hospital Samaritano, do Governo do Estado e de recursos próprios do Hospital São Julião. Esta engenharia financeira não se consolidou e a obra acabou sendo realizada apenas com recursos próprios do Hospital São Julião (ALVARENGA, 2014).

### **3.2.5 Impacto do modelo na cultura interna do Hospital São Julião**

O hospital São Julião acolheu o Projeto da Rede de Cuidados Continuados, por verificar convergência do novo modelo com a forma anterior como já vinha sendo conduzida essa unidade. No entanto, novas rotinas de trabalho foram exigidas, assim como adequações na estrutura de apoio. Essas alterações trouxeram alguns impactos.

As maiores dificuldades foram com relação ao modelo de atendimento contido no projeto CCI, baseado em equipe multiprofissional, na condução do plano terapêutico, que causaram certo desconforto em alguns profissionais internos baseados no anterior modelo médico (ALVARENGA, 2014). Também houve modificação na atuação da enfermagem, que devia acrescentar à sua tarefa, aquela de aperfeiçoar o cuidador, no suporte ao paciente, em suas atividades da vida diária, após a alta hospitalar (DOBASHI, 2014). Na área social, o envolvimento mais direto com a família, inclusive na relação além da beira do leito, assim como a interação com os demais equipamentos públicos de apoio social, apareceu como situações novas. Esse novo quadro alterou a rotina de trabalho, exigindo modificação na forma de atuação destes profissionais (ALVARENGA, 2014).

Na área de reabilitação, passou-se a exigir maior interação com as demais atividades da assistência. Nela também se incluía a nova função de instruir o cuidador. Essa era uma novidade para a fisioterapia, para a terapia ocupacional e para a fonoaudiologia. Foi preciso que os profissionais que atuavam no hospital, há mais de uma década, fizessem uma revisão de suas anteriores práticas adotadas (MORAES, 2016). Fazer do local de internação uma extensão da casa, como forma de fortalecer os vínculos familiares, também foram práticas que impactaram a rotina de trabalho do Hospital São Julião (COSTA, 2016). O novo modelo propunha visita aberta durante dezoito horas do dia, com a possibilidade de abrir as portas do hospital para o convívio do paciente do CCI com sua família. Essa abertura ocorria em datas especiais como aniversário, dia das mães, dia dos pais, natal, quando deveria ser permitido, inclusive, trazer alimentos para os pacientes.

Também foi preciso rever o controle de entrada dos veículos, dos horários da portaria, da limpeza dos ambientes. Houve necessidade de criar rotina de trabalho e de se providenciar um depósito de materiais de higiene pessoal, utensílios para

alimentação e o acondicionamento das roupas pessoais do paciente. Tudo isso essas questões tiveram que ser rediscutidas, durante o processo de implantação do Projeto CCI no Hospital São Julião.

### **3.2.6 Territorialidade dos serviços prestados**

A territorialidade é aqui analisada por meio da estrutura e dinâmica dos serviços oferecidos e das particularidades que estas apresentam em função de cada realidade em que se manifestam.

#### **3.2.6.1 Estrutura e dinâmica da rede dos Cuidados Continuados**

A estrutura dos serviços que fazem parte da Rede de Cuidados Continuados Integrados em Campo Grande inclui dois níveis ou escalas territoriais de atenção, ou seja, aquela oferecida no nível municipal e a outra oferecida no nível das localidades, neste caso, na escala do território mais diretamente vivido pela sociedade campo-grandense. No nível do Município, a estrutura de serviços ofertada na Rede de CCI constitui-se de: (1) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); (2) Hospitais gerais que oferecem serviços de urgência e emergência, quais sejam, Hospital Regional Rosa Pedrossian, Hospital Universitário e Hospital Santa Casa de Misericórdia; (3) hospital de retaguarda São Julião. No nível das localidades, no caso dessa pesquisa, foram consideradas as diversas regiões urbanas de Campo Grande que compõem as unidades básicas estabelecidas nos Distritos Sanitários do Município. Estes Distritos Sanitários contam com apoio dos órgãos de assistência proteção e atendimento integral às famílias em situação de vulnerabilidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), quais sejam, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Essa estrutura de oferta dos serviços da Rede de CCI obedece ao princípio da intersetorialidade do SUS, definido por Feuerwerker e Costa (2000, p. 94) como sendo:

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

A intersetorialidade apresenta-se sob forma de redes descentralizadas, complexas e heterogêneas, num esforço comum de seus participantes em buscar o “sentido da unidade na diversidade”. Tais redes intersetoriais são similares aos rizomas, por se comportarem como sistemas abertos, descentralizados, não-hierárquicos, de ligações intercambiáveis. Portanto, eles se opõem aos tradicionais sistemas centralizados, de comunicação hierárquica e de ligações pré-estabelecidas (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHÄ, 2012).

A dinâmica dos serviços efetuada na Rede de Cuidados Continuados Integrados (CCI) no cuidado com a saúde do idoso tem como princípio a busca da coerência no circuito de interações estabelecido entre as diferentes unidades da estrutura de serviços e o domicílio do paciente idoso, que se inicia desde o momento de sua internação. Os pacientes idosos atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) solicita vaga e acessa um dos hospitais do Sistema de Urgências e Emergências. Sua mobilidade para a unidade seguinte ocorre mediante um sistema de programação compartilhada de pré-alta, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional (Figura 4).

A prática intersetorial nesse circuito integrado do paciente idoso na Rede dos Cuidados Continuados Integrados, conforme lembra Mendes (1996), também deve atingir os territórios específicos vividos pelo paciente, na ocasião de seu retorno e reintegração à família e residência. Os desafios dessa construção coletiva, que se iniciam desde a internação, implicando retorno e possível reinternação, relacionam-se, tanto ao campo do fazer, como ao campo do saber.

Trata-se, portanto, de um esforço compartilhado de aprendizagem interativa, que envolve diálogos constantes, seja dos profissionais entre si, que atuam nos serviços ofertados na escala do Município, seja desses com aqueles profissionais que atuam nos serviços oferecidos nos Distritos Sanitários. Também envolve diálogos dos profissionais com o paciente idoso e com a sua família. Isso significa, de um lado, práticas interdisciplinares, que envolvem troca de conhecimentos



**Figura 4-** Fluxo de encaminhamento dos pacientes.

Fonte: A autora

técnicos e científicos de profissionais de diferentes formações e áreas de atuação, tanto no cuidado com o paciente, como na programação da pré-alta. De outro, implica práticas de diálogo que envolvem o conhecimento técnico e científico dos profissionais e o conhecimento devidamente contextualizado do paciente idoso e sua família, contemplado em cada cultura e realidade vivenciada por eles, portanto em cada territorialidade.

Na nova visão da saúde, vista como um processo dinâmico e em permanente transformação coerente no qual os beneficiários também são protagonistas, segundo Erdmann, Schlindweine Sousa (2006), tende-se a romper com a setorialização da realidade na construção de um “campo do conhecimento” de natureza interdisciplinar. Esse é o modo de se avançar do modelo fragmentário dos diversos conhecimentos produzidos para outro que leve em conta as relações, conexões e interconexões existentes entre as práticas e saberes.

Lotta (2012) lembra que no Brasil, o Programa de Saúde em Família já vem buscando esse esforço de aproximação dos profissionais da saúde do cotidiano vivido de seus beneficiários. Por meio dessa prática de interações, os agentes de saúde conseguem construir políticas públicas mais enraizadas e efetivas na cultura do cotidiano vivido pelas pessoas. Como o Agente Comunitário de Saúde faz parte comunidade, ele é o mais preparado para dialogar de orientar as famílias no cuidado com o paciente idoso. Portanto, é preciso contar com a cooperação desses agentes no processo de reintegração familiar do idoso.

Portanto, por meio desse conjunto dialogado de saberes, vai sendo construído um “conhecimento coletivo específico” a respeito dos Cuidados Continuados Integrados com pacientes idosos, ajustado à realidade específica de Campo Grande. Portanto, a territorialização da Rede de CCI implica saber como lidar com múltiplos saberes e ativá-los por meio de ações dialogadas entre implementadores e beneficiários, de modo a garantir que essa diversidade possa ser contemplada nessa política pública de saúde.

### 3.2.6.2 Fluxo dos pacientes idosos internados em hospital de urgência e emergência para o Hospital São Julião

Uma vez que o paciente idoso tenha sido internado em um dos hospitais do Sistema de Urgência e Emergência do SUS, seu deslocamento para o Hospital de Retaguarda São Julião será decidido pela equipe de gestão de alta (EGA). Esta equipe analisa os casos sinalizados e diante da situação verificada, encaminha o relatório de pré-alta para a Central Estadual de Regulação de assistência, até 48 horas antes da data prevista de saída do paciente. Concomitantemente, a EGA envia o relatório de pré-alta para a unidade de CCI, ou seja, ao Hospital São Julião, para sinalizar os pacientes elegíveis. Mediante tais procedimentos, é providenciada a solicitação de vaga pelo hospital de referência à Central Estadual da Assistência -MS. Caso a unidade de CCI tenha algum motivo especial para fazer recusa da solicitação, deverá justificar os motivos a essa central e ao hospital que solicitou a internação. O pessoal treinado da unidade de cuidados continuados integrados do Hospital São Julião fica encarregado de garantir a atualização dos registros no sistema (GESAWORLD, 2012).

Mediante designação de vaga ao paciente, pela Central Estadual de Regulação da Assistência -MS, no dia da alta, a equipe clínica do hospital realiza o

encaminhamento do paciente ao hospital São Julião. Esse procedimento de transferência é feito por meio de uma logística que possa garantir as melhores condições de transporte e acolhimento. O transporte fica sob a responsabilidade do hospital de origem. Uma vez internado na unidade de CCI (UCCI), nesse caso, o hospital São Julião, pode ser verificada pela equipe clínica responsável a necessidade de o paciente permanecer internado em um período até 60 dias.

Como se pode verificar, essa fase exige adequada interação entre os membros da equipe clínica, para a melhor reabilitação do indivíduo. Essa equipe precisa atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar, de modo a estabelecer um campo de saúde com um olhar amplo e abrangente (SAMUDIO; LOUREIRO; FERREIRA JÚNIOR, 2016).

### 3.2.6.3 Fluxo do paciente idoso do Hospital São Julião para o domicílio com apoio da Rede de Atenção Básica

Os Cuidados Continuados Integrados ao idoso no Hospital São Julião são oferecidos com apoio de uma equipe multiprofissional. Esta ocupa-se, tanto da reabilitação do idoso com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, como das ações adequadas para que o paciente possa ser educado e estimulado a construir sua autonomia para higienizar-se, vestir-se ou se alimentar. Essa prática exige interações adequadas no âmbito da equipe multiprofissional, mas que precisam ser continuadas pelos cuidadores principais e a família no momento da reintegração domiciliar, estes deverão contar com o apoio dos profissionais da estratégia da família e a unidade de Atenção básica de origem do seu Distrito Sanitário. (BRASIL, 2012b).

Desse modo, mediante um plano de atividades previamente estabelecido, a equipe multiprofissional da UCCI do Hospital São Julião realiza o planejamento da pré-alta e emite o relatório em até 15 dias antes da alta para o Distrito Sanitário que pertence, para que o Distrito encaminhe para unidade de Atenção Básica ou ESF. Nele aparecem os registros básicos e as necessidades do paciente, para que a equipe clínica da atenção básica ou ESF, a que corresponde a localidade de moradia do paciente possa realizar o primeiro contato e a programação da visita domiciliar, após a alta da unidade.

Também é feito contato preliminar com o cuidador e a família, para que estes possam participar de forma coerente e corresponsável na prestação dos cuidados

previamente apontados, nessa fase de reintegração no domicílio. Nesse caso, o transporte fica sob a responsabilidade da família/ cuidador (GESAWORLD, 2012).

Essa fase de reintegração também exige interação da equipe do hospital São Julião com os profissionais da unidade de Atenção Básica de Saúde ou ESF, e com o cuidador e família. Mas, uma vez que o idoso esteja em casa, passa a ser exigida forte interação da equipe dessa unidade de Atenção Básica com o cuidador e a família. É necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade (VIEGAS; PENNA, 2013). Novamente nessa fase, a tarefa de cuidar sob a perspectiva da integralidade requer uma convergência de múltiplos saberes o que a torna então, multidisciplinar, desta forma, a singularidade das necessidades envolvidas será assegurada. O diálogo de conhecimentos, seja dos profissionais entre si e desses com o cuidador e família do idoso, segundo Spuldano (2009), contribui para melhorar a compreensão da realidade, de modo a facilitar os enfrentamentos profissionais e favorecer a assistência humanizada e cidadã.

Nesse aspecto, é preciso lembrar que nos Distritos Sanitários de Campo Grande, além da unidade de Atenção Básica e os ESF os moradores também contam com os serviços ambulatoriais do Centro Especializado em Reabilitação (CER), mediante incentivos do Ministério da Saúde. O objetivo desse centro é desenvolver habilidades funcionais das pessoas com deficiência, para contribuir na promoção de sua autonomia e independência, embora ainda coadunem com o modelo proposto dos CCI. Para esses serviços, seria adequado o transporte especializado para pacientes com grau de dependência, especialmente os tetraplégicos e os hemiplégicos, portanto, com grande dificuldade de locomoção. No entanto, em Campo Grande esses serviços específicos de transporte ainda não foram implantados.

### 3.2.6.4 Reinternação hospitalar a partir da Unidade de Cuidados Continuados Integrados

O paciente idoso que está internado na UCCI poderá apresentar nova situação com nova patologia aguda ou descompensada, necessitando de avaliação do hospital de urgência. Neste caso, a equipe clínica dessa unidade aciona a EGA do hospital que encaminhou o paciente para a admissão na UCCI e entrará em contato com a Central de Regulação Estadual para informá-la dessa necessidade. A unidade de internação, em princípio, deve reservar a vaga do leito até 48 horas, para assim facilitar o retorno à unidade de CCI, após os processos de rápida estabilização. Se o período previsto de reinternação hospitalar for maior que 48 horas, recomenda -se que a UCCI libere a vaga do leito. Assim, se for identificada a necessidade de retorno para a UCCI, após reinternação hospitalar superior a 48 horas, um novo fluxo de referência e trâmite de admissão para encaminhamento do paciente, é iniciado via Central Estadual de Regulação (GESAWORLD, 2012).

Se houver essa necessidade, a responsabilidade do transporte do paciente para reinternação hospitalar, exames e consultas fora da unidade, fica por conta da unidade de CCI. No caso de gravidade e maior complexidade é solicitada uma senha para a Central de Regulação Municipal, para que o Serviço de atendimento móvel de urgência possa realizar a remoção para o hospital de origem (GESAWORD, 2012).

A garantia da continuidade do cuidado é fundamental em todos os pontos da rede de atenção à saúde. Nessa perspectiva, os serviços de urgência e emergência constituem as portas de entrada mais importante para os usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, já que estes estão mais sujeitos a quadros de agudização (FREITAS, 2013). Aparatos tecnológicos, acessibilidade geográfica e organizacional contribuem para o melhor atendimento das demandas feitas por essa natureza de serviço (BARROS, 2010).

Pôde-se observar por meio da apreciação dessa estrutura e dinâmica da Rede de CCI, como ela pode se inserir na Rede de Atenção de Saúde do SUS e que ela representa mais um desafio na implementação desse sistema integrado de saúde. De todo modo, essa inserção deve suscitar novos debates em torno da integração nos serviços de saúde, prevista no Pacto pela Saúde, criado em 2006, e no mais recente Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), formulado de forma tripartite a partir do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

### **3.2.7 Residência multiprofissional em cuidados continuados integrados**

Para fortalecer o modelo de assistência, deu-se início em 2014, ao Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI). Este programa inclui as áreas de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. As turmas são anuais e duram de março a fevereiro do ano seguinte. O Programa é realizado com apoio do Ministério da Educação (MEC) e parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) / Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” (ESP/SES).

A bolsa dos residentes é de responsabilidade do MEC, sendo repassado pela UFMS (DOBASHI, 2014). O Programa de residência foi proposto, em função do aumento no índice de envelhecimento e de idosos com doenças e dependência funcional, assim como do aumento de pacientes com doenças crônica e terminal. Esse cenário requer novas inovações nos serviços de saúde, que levem em conta situações como longas permanências hospitalares, frequentes reingressos, urgências (CHEADE *et al.*, 2013).

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital São Julião sobre Cuidados Continuados Integrados em Saúde – com ênfase ao Apoio Diagnóstico e Terapêutico de Especialidades Clínicas, foi proposto com a finalidade de oferecer maior sustentação à gravidade e peculiaridades a que tais pacientes estão sujeitos. Leva em conta a multidisciplinaridade e a necessidade de cuidados de excelência, que essa nova situação exige. Busca proporcionar respostas adequadas, tanto a problemas fisiopatológicos, como a questões sociais, ambientais e familiares, às pessoas com dependência, levando-se em conta o apoio às famílias (BRASIL, 2012b).

Nesse caso, a essência da multidisciplinaridade em cuidados continuados integrados não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais. Encontra-se, de fato, no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas, psicológicas do paciente e nas terapias disponíveis. Esse tipo de cuidado abrange a promoção, recuperação e manutenção do conforto e qualidade de vida, prevenindo, reabilitando, readaptando e reintegrando socialmente (COSTA, 2016).

Em 2015, também teve início no Hospital São Julião, o programa de residência em Clínica Médica. O objetivo é integrar as ações de ensino e práticas assistenciais, bem como as ações de pesquisa, projetos de extensão, eventos, entre outros, ocorridas no âmbito hospital. Desta forma, o residente tem oportunidade de vivenciar a teoria-prática nos diferentes cenários de atendimento ao paciente clínico, em suas articulações com o núcleo hospitalar e o atendimento básico da rede de saúde. A finalidade é proporcionar a compreensão dos determinantes da saúde, numa visão ampliada, seja no âmbito da promoção, prevenção, reabilitação e cura (DOBASHI, 2014).

Ainda foi implementado em 2015, o serviço de ambulatório do egresso, destinado a atender pacientes que necessitam de continuidade dos cuidados clínicos após reabilitação. Ele permite reavaliar o paciente e contribuir com a redução de reinternações, assim como adequar o controle terapêutico e ainda manter um processo educativo sobre o manejo domiciliar cotidiano das doenças, assim garantindo o monitoramento desse paciente em relação sua reintegração domiciliar (ALVARENGA, 2014).

## **4 REINTEGRAÇÃO DOS PACIENTES IDOSOS NO CONTEXTO DE SUAS TERRITORIALIDADES DE ORIGEM EM CAMPO GRANDE/MS**

O objetivo do presente capítulo foi apresentar as condições em que vem se dando a implementação do modelo da Rede de Cuidados Continuados Integrados no processo de reintegração dos pacientes idosos, no contexto da territorialidade de Campo Grande. Tais condições relacionam-se aos níveis da estrutura e funcionalidade desse processo, especialmente no que tange às possibilidades dessa reintegração na autonomia de natureza biopsicossocial do idoso. Nessa análise leva-se em conta o perfil e forma de atuação da equipe de profissionais de saúde, do cuidador e das organizações de apoio, assim como do ambiente de moradia, no que tange às relações do idoso em família e em sociedade.

Os ambientes de moradia e as relações do idoso em família e na sociedade são analisados aqui, não só na escala da própria moradia do idoso, como do ambiente de seu bairro, este inserido no contexto da Região Urbana e do Distrito de Saúde da cidade de Campo Grande. O estudo se inicia por uma contextualização do território de Campo Grande, nas quais tais territorialidades se inserem.

### **4.1 TERRITÓRIO DE CAMPO GRANDE E OS IDOSOS**

Campo Grande, cidade criada em 1875, foi reconhecida por muito tempo, como importante centro de comércio de gado bovino de corte no Sul do então estado de Mato Grosso (ARCA, 2015) e também pela localização privilegiada em relação aos meios de transporte e comunicação (LE BOURLEGAT, 2000). Na década de 60 do século passado, o Município chegou a ser considerado importante polo de desenvolvimento regional, pela Comissão Interestadual da Bacia Paraná-Uruguai (CIBPU), em função destas características. Desse modo, explica-se em grande parte, porque em 1977, quando o Presidente Ernesto Geisel promulgou a Lei Complementar nº 31 criando o novo Estado de Mato Grosso do Sul, elegeu Campo Grande para ser a capital (ARCA, 2015).

A cidade acabou se tornando, segundo Le Bourlegat (2000), o grande centro de convergência da população vinda do interior e, sobretudo da zona rural, desde a

década de 50 do século passado. O forte avanço das fronteiras de modernização agrícola para o Oeste, na década de 70, planejada e financiada pelos governos militares, contribuíram fortemente para o fortalecimento da centralidade urbana de Campo Grande. A cidade abrigou até meados da década de 90, não só, a maior parte dos proprietários rurais, como as camadas sociais de renda média que adentraram o Estado e ainda grande parte da força de trabalho desempregada do campo (LE BOURLEGAT, 2000).

Entre 1970 a 2010, o município teve sua população aumentada em 5,6 vezes (PLANURB, 2016). Esta taxa de crescimento, de acordo com os censos do IBGE, foi se desacelerando nas últimas décadas (1,72%), em função da diminuição do fluxo migratório e da queda nas taxas de fecundidade. Mesmo assim, o Município de Campo Grande ainda concentra praticamente um terço (32,15%) da população do Estado, de acordo com os dados dos censos demográficos do IBGE.

O Plano Diretor de Campo Grande, aprovado pela Lei complementar n. 94/2006 instituiu a política de desenvolvimento de Campo Grande, enquanto a Lei complementar n. 74/2005 dividiu a cidade em 07(sete) regiões urbanas, para fins de planejamento da cidade. O perímetro urbano abriga, ao todo, 74 bairros e 793 parcelamentos (PLANURB, 2016).

#### **4.1.1 Perfil da população municipal e a participação dos idosos**

O último censo de 2010 do IBGE contabilizou 786.797 pessoas vivendo no Município de Campo Grande, sendo que 98,66% estavam na área urbana. A estimativa do IBGE para 2016 foi para um total de 863.982 habitantes. Desse total de moradores existentes no Município, 24,6% haviam nascido fora do Estado e 0,45% eram originários de outro país.

Até as décadas de 70 e 80 do século passado, a estrutura etária da população ainda exibia índices relativamente elevados de população jovem, mas diante da forte queda dos níveis da fecundidade (1,8 filhos por mulher) observados na última década e ainda da melhoria do padrão de vida das famílias, o perfil dessa estrutura foi sendo alterado (Tabela 1). A participação da faixa etária de 0 a 14 anos diminui ao mesmo tempo em que as faixas de população potencialmente ativa (1-64 anos) e de idosos (65 anos e mais) passaram a aumentar. A pirâmide etária (Figura 5) passou a exibir um forte estreitamento em sua base, com ampliação da esperança de vida. Assim, a

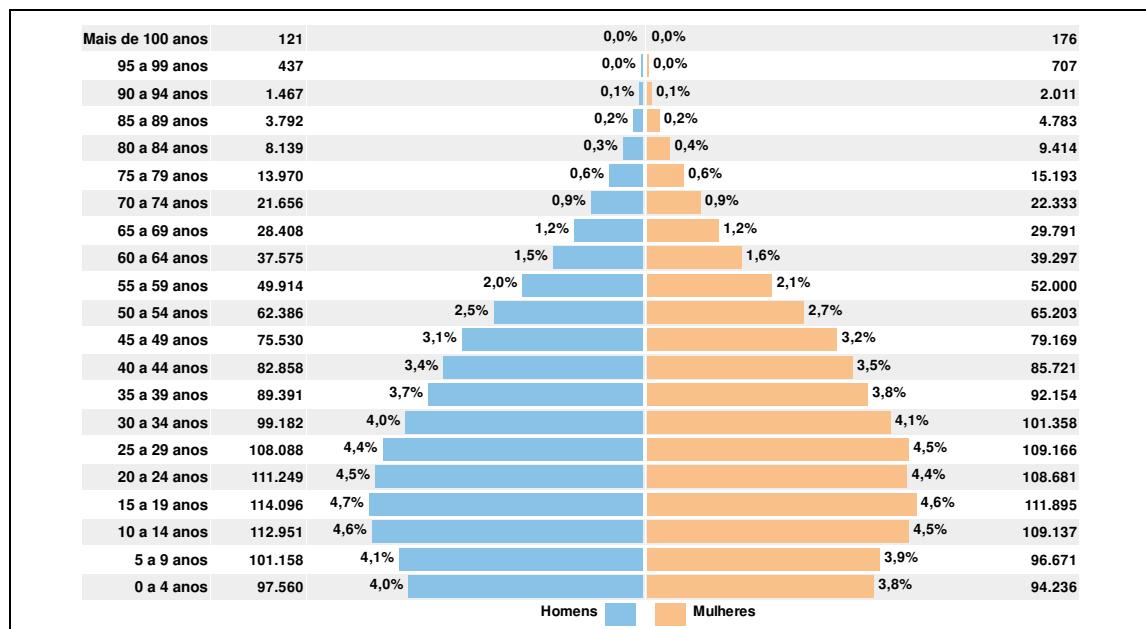
faixa de idosos de 65 anos e mais passou de 2,57% em 1960, a representar 6,7% do total da população em 2010 (IBGE, 2010) (Tabela 1).

Tabela 1 - Evolução dos grupos de idade no Município de Campo Grande-MS.

Grandes Grupos de Idade	1960	1970	1980	1991	2000	2010
0 a 4 anos	-	13,47	13,36	11,19	8,95	7,24
0 a 14 anos	40,70	40,08	36,76	33,90	28,45	22,63
15 a 64 anos	56,73	57,06	60,15	52,50	66,73	70,67
65 anos ou mais	2,57	2,86	3,09	3,60	4,82	6,70

**Fonte:** IBGE. Censos demográficos 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010. Elaboração Planurb (2016)

De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010, Campo Grande contava com 57.722 idosos na faixa etária considerada pelo IBGE de 65 anos e mais. Se inseridos nesse contingente também aqueles a partir de 60 anos, o total atingido era 78.231 e que, nesse caso representava praticamente 10% do total. Desse total, as mulheres tinham uma predominância de 4,4%. Desse contingente de 60 anos e mais, apenas 1,22% (958 idosos) moravam na área rural.



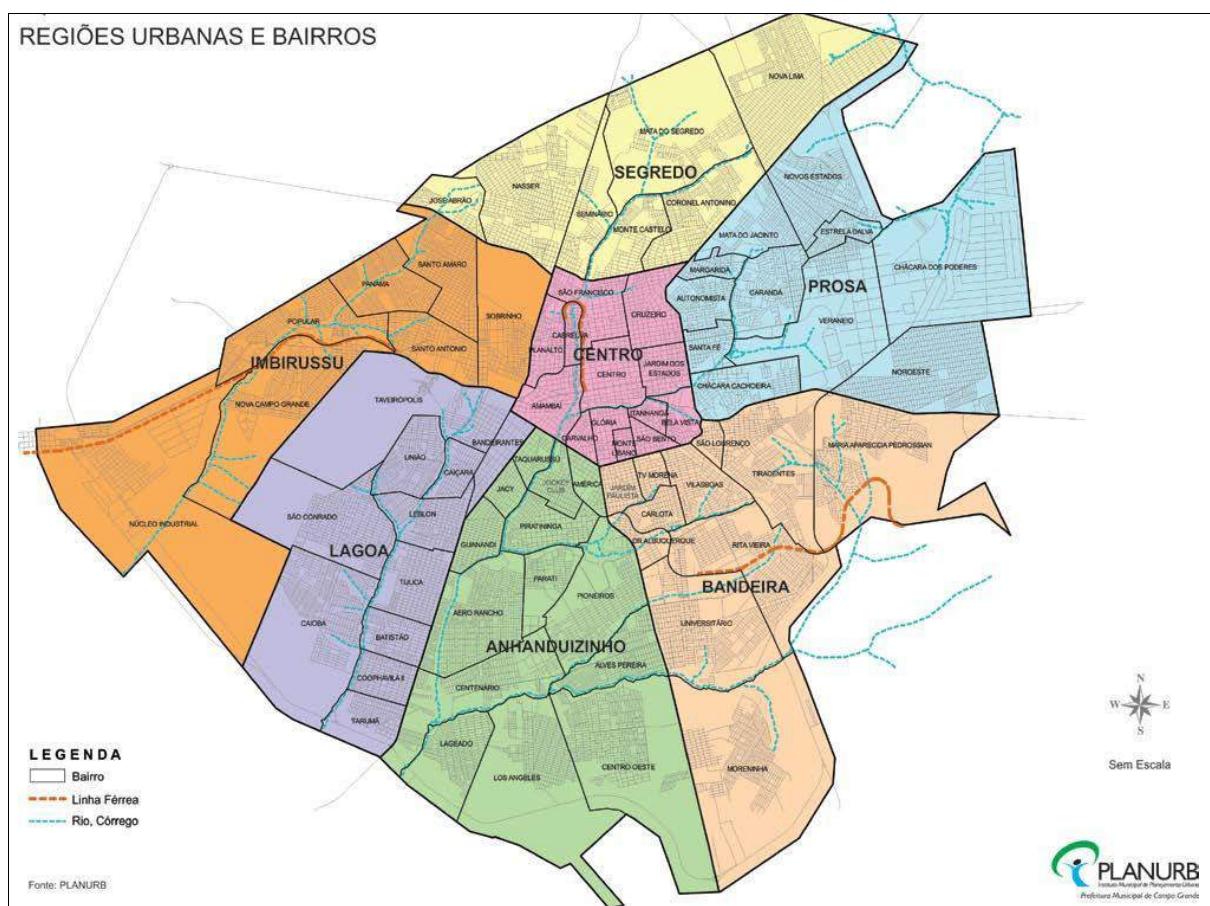
**Figura 5-** Pirâmide etária de Campo Grande/MS em 2010.

**Fonte:** Censo Demográfico do IBGE (2010).

No ranking das unidades da federação apresentado pelo IBGE em 2015, Mato Grosso do Sul ocupou a 10ª colocação em relação à expectativa de vida, ficando próximo da média nacional, de 75,5 anos. A expectativa de vida em Mato Grosso do

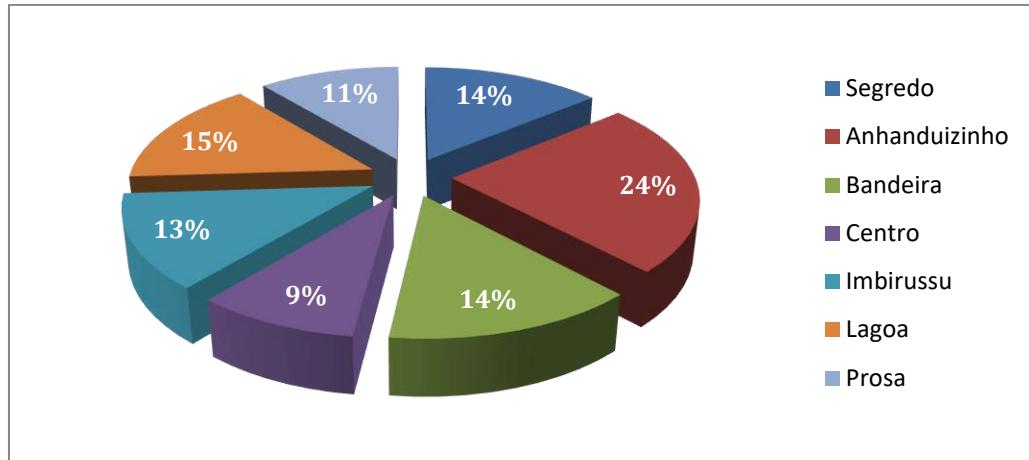
Sul de 75,3 anos, significou 0,3 maior do que em 2014. As mulheres apresentaram uma expectativa 7,1 anos a mais do que os homens. Isso significou viver até 79 anos para elas, enquanto eles podem chegar a 71,9 anos.

A população de moradores não se distribui igualmente nas diferentes regiões urbanas de Campo Grande (Figura 6). A região do centro concentra o menor número de moradores (9%), enquanto que a região do Anhanduizinho, situada ao sul da cidade, concentra praticamente um quarto da população de residentes na cidade (Gráfico 1).



**Figura 6-** Regiões e bairros urbanos de Campo Grande.

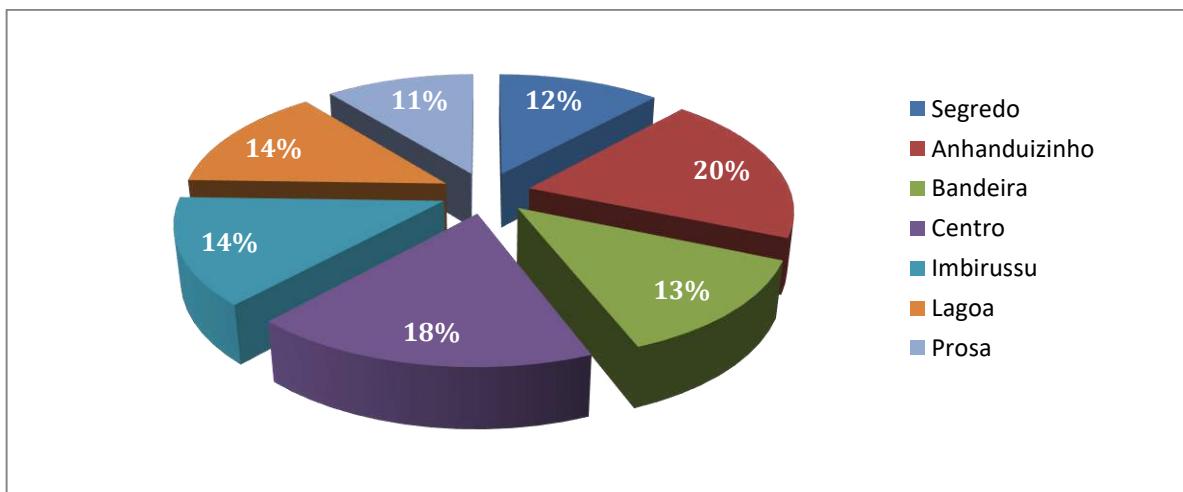
**Fonte:** Planurb (2016).



**Gráfico 1-** População distribuída nas regiões urbanas de Campo Grande.

**Fonte:** Planurb (2016), baseado no Censo do IBGE de 2010.

A distribuição de moradia da população idosa (65 anos e mais) se mostra de forma um pouco diferenciada do contingente total. Nesse caso, é a Região Central quem abriga o maior percentual, ou seja, 18% dos idosos da cidade (Gráfico 2), com forte destaque também no índice de envelhecimento, que chegou a 92,5% em 2010, enquanto que o segundo maior índice dessa natureza, apresentado na região do Imbirussu atingia 32,69% (PLANURB, 2016).



**Gráfico 2-** Percentagem de população idosa nas regiões Urbanas de Campo Grande.

**Fonte:** Planurb (2016).

Portanto, segundo a mesma fonte, a região Central era também aquela que exibia em 2010 o maior nível de dependência dos idosos (18,48%), a menor taxa de crescimento populacional, mas com a maior taxa de densidade demográfica (35,32%). As taxas mais altas de crescimento em 2010 marcaram os bairros das extremas

periferias da cidade, especialmente na região do Prosa. Nesse quadro apresentado foi possível observar que o envelhecimento na cidade de Campo Grande é um fenômeno que vem se manifestando do centro para a periferia.

Os idosos (60 anos e mais) do município de Campo Grande em 2010 apresentaram os maiores índices de analfabetismo (5,87) e os menores índices de escolaridade, segundo o IBGE. Dentre eles, 62,6% não haviam finalizado o ensino fundamental e apenas 10,7% contavam com ensino superior. Também se verificou nesse ano que, 17,7% dos domicílios do município estavam sob a responsabilidade de idosos (60 anos e mais).

#### **4.1.2 Ambiente urbano na promoção da saúde do idoso**

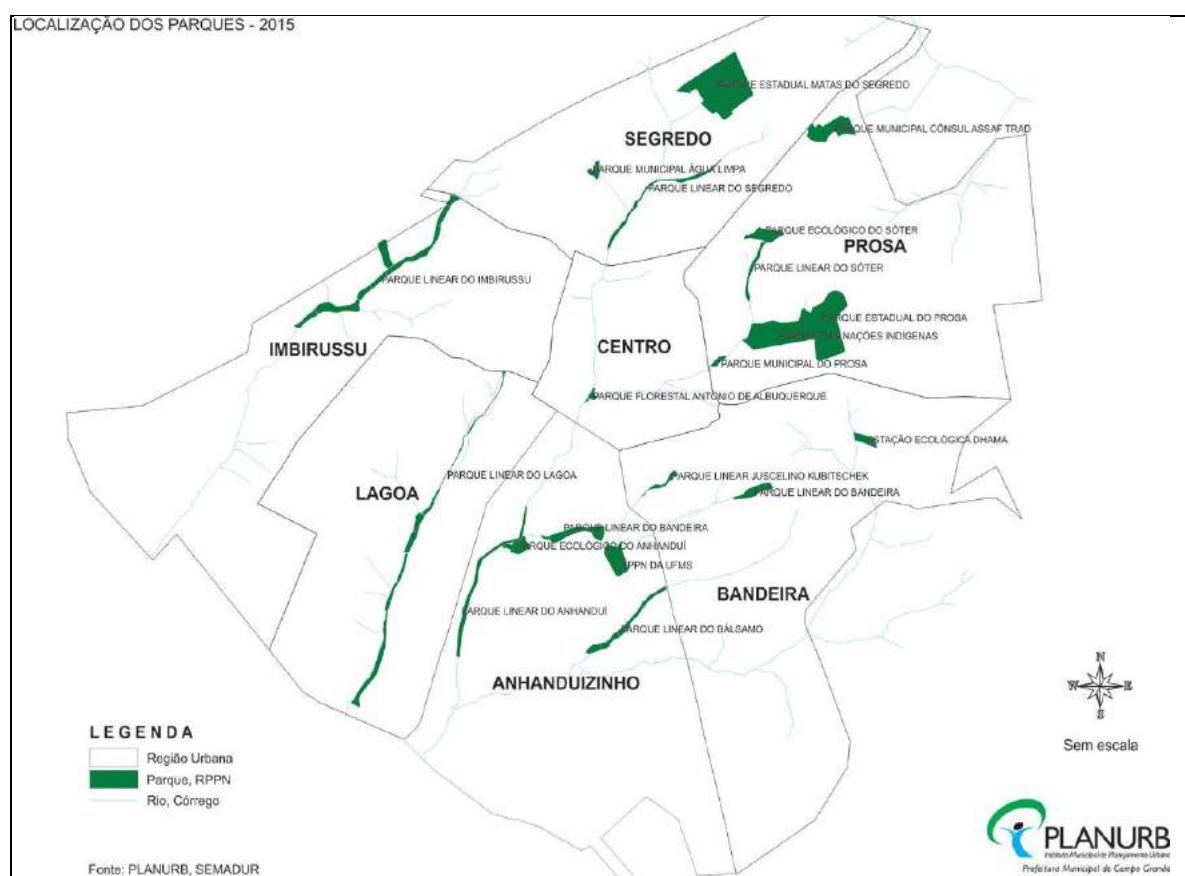
Submetido a um clima do tipo tropical, Campo Grande apresenta duas estações bem definidas, ou seja, uma mais quente e chuvosa e outra em que as temperaturas são mais baixas e as chuvas mais rarefeitas (Relatório final os vazios urbanos na cidade de Campo Grande, 2016). O ambiente seco e mais frio proporcionado por essa segunda estação amplia as possibilidades de manifestação de doenças respiratórias, que afetam particularmente a população de idosos, lembrando que elas fizeram parte do terceiro grupo de causas mais frequentes de mortalidade em Campo Grande entre 2006 a 2015 (SESAU, 2016). Mas as mudanças climáticas associadas a outras variáveis ambientais também tem favorecido a manifestação da dengue que, entre 2009 a 2015, foi a doença de notificação compulsória de maior incidência no município (SINAN/SESAU/ DVS/CVE).

Campo Grande, conforme aponta Le Bourlegat (2000), exibiu um crescimento do ambiente construído do tipo radial e concêntrico. Este foi responsável em grande parte, por ter conservado por certo tempo amplos espaços vazios no ângulo interno dos grandes eixos de circulação radial, que só foram sendo preenchidos muito recentemente por novos loteamentos. De acordo com o Instituto de Planejamento Urbano de Campo Grande (PLANURB, 2016), a cidade possuía em 2015, um perímetro urbano com área total de 35.903,52 hectares e uma densidade de 23,77 habitantes por hectare, ainda pouco expressiva para uma capital. Isso ajudava a explicar em grande parte a grande proporção de áreas ainda não urbanizadas ou desocupadas. Tais vazios possibilitaram, por meio de políticas públicas a criação de

várias unidades de conservação e parques lineares na área urbana, que beneficiam praticamente todas as regiões urbanas (Figura 7).

Foram apontados pela Planurb/Funesp (2016) no ambiente urbano construído, a existência de diversos espaços públicos construídos para práticas esportivas, de exercícios e lazer, distribuídos nas diversas regiões urbanas. Entre eles, 237 espaços esportivos abertos, dentre eles 73 eram pistas de caminhadas. Também foram indicadas pelo mesmo órgão 73 academias específicas para terceira idade distribuídas ao ar livre, além de 55 espaços esportivos fechados, 80 praças públicas, todos servindo as diferentes regiões urbanas da cidade.

No que tange a atividades culturais, em 2010, a Fundação Municipal de Cultura apoiava projetos da sociedade civil de natureza cultural, distribuídos como pontos de cultura em 12 localidades diferentes da cidade, somando a isso as casas de teatro e mesmo de teatro arena, galerias de arte e cinemas, abertos ao público.



**Figura 7 - Parques urbanos em Campo Grande em 2015.**  
**Fonte:** Planurb (2016).

Importante salientar como parte desse ambiente urbano construído, com implicações na promoção da saúde do idoso, os equipamentos de infraestrutura urbana voltados ao abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, assim como de distribuição da energia elétrica. A rede energia elétrica atendia a 99,7% da cidade em 2015 (PLANURB, 2016). A água que atende os domicílios urbanos de Campo Grande é em grande parte captada de mananciais superficiais, mediante reservatórios interligados e complementada com água dos poços. De acordo com o Censo Demográfico do IBGE de 2010, a rede canalizada abastecia 90,1% dos domicílios urbanos, enquanto que 9,3% deles eram abastecidos por poços e 0,2% por outra modalidade de fonte. As coletas de esgoto, de acordo com as informações do mesmo censo, eram realizadas em 2010.

A rede geral de esgoto cobre 44,3% dos domicílios de Campo Grande, enquanto que 16% se serviam de fossas sépticas, ainda havendo 39,5% que se utilizavam de fossas rudimentares. Apenas 0,1% não possuíam nenhuma forma de coleta do esgoto. A rede geral já atendia 79,64% da população, com 1.781 km de rede por meio do Programa Municipal “Sanear Morena”. Por seu turno, a coleta de lixo realizada pelo órgão municipal já atingia 98,85% dos domicílios (IBGE, 2010). Em 2015 deu-se início à prática de coleta seletiva porta a porta e por meio de eco pontos, ainda em fase de implementação.

#### **4.1.3 Ambiente de acessibilidade e mobilidade urbana na cidade**

A pavimentação asfáltica em 2014 atendia a 67,82% das vias urbanas com 2.765km de vias pavimentadas na cidade (PLANURB, 2016). As avenidas Afonso Pena e Mato Grosso constituem as principais vias de ligação entre as zonas leste e oeste, e as avenidas Calógeras, Rui Barbosa, Ceará e Bahia para o sentido norte e sul. Foram implantadas novas vias que interligam diversas regiões da cidade. Com a aprovação do Código de Trânsito Brasileiro em 1997, criou-se uma hierarquia para o sistema viário, específico para atender via de transito rápido (largura de 23 metros), via coletoria (18 metros de largura) e via local (13 metros). Também foram criadas calçadas 1.552 km de calçadas compartilhadas, 13.865,21 de ciclo faixas e 65.418,36 km de ciclovias.

A mobilidade urbana em 4.100 km de ruas e avenidas que compõem o sistema viário da cidade, em 2015 era feita por meio de uma frota de 518.382 veículos. Do

transporte coletivo fazia parte 593 ônibus, 490 táxis e 491 moto táxis (PLANURB, 2016). A cidade conta com um sistema integrado de transporte coletivo operado em oito terminais de transbordo e um terminal aberto, operado por meio de 181 linhas de ônibus, mediante uso de cartão eletrônico. A frota autorizada taxi opera em 76 pontos e a de moto táxis opera em 70 pontos da cidade (PLANURB, 2016). A partir de 2016, passou a operar também na cidade os táxis utilizados por meio do aplicativo Uber.

#### **4.1.4 Condições de vida dos moradores urbanos**

O comércio e serviços representam as atividades mais significativas de Campo Grande. Juntas responderam em 2015 por 86,37% da arrecadação de ICMS, seguido pela indústria e agropecuária. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Campo Grande mostrou avanços ao longo de uma década. Passou de 0,563 em 1991 para 0,784 em 2010, ficando em 12º lugar entre as 27 capitais brasileiras (PLANURB, 2016).

A quantidade média de pessoas por domicílio em 2010, segundo o censo do IBGE, foi 3,12, o que significa dizer que a família média campo-grandense, atualmente é de um casal e menos de dois filhos. Do total dos 249 mil domicílios da cidade 44,70% tinham renda de até 2 salários-mínimos, 14,5% de 2 a 5 salários-mínimos e apenas 8% contavam renda acima de 5 salários-mínimos, além de 32,3% viverem sem rendimentos. Esses dados já revelam que grande parte da população vive em condição de relativa pobreza.

A Região central, de acordo com os dados do IBGE (2010) apresenta os domicílios com maior rendimento médio (R\$ 5.884,37), praticamente o dobro do rendimento médio mensal do Município (R\$ 2.726,00), sendo seguido pela região do Prosa (R\$ 4.725,34). As outras regiões seguem a média mensal do Município. A exceção foi a região de Anhanduizinho, cujo rendimento médio estava bem mais abaixo (R\$1.211,84), e especialmente nos bairros da extrema periferia (Los Angeles e Lajeado).

Além dos indicadores de geração de renda dado pelos salários, as condições de vida dos moradores podem ser ainda apreciadas por meio de um estudo realizado por Sauer, Campelo e Capillé (2012) a respeito do mapeamento da exclusão social nas diversas regiões urbanas de Campo Grande. Nesse caso, os autores levaram em conta três naturezas de índice: padrão de vida digno, conhecimento e o risco juvenil

em termos de direitos suprimidos. Os resultados, de modo geral, não fugiram à regra da maioria das cidades brasileiras e nem dos índices apresentados acima, ao se verificar que a exclusão social aumenta do centro para a periferia. A melhor situação de inclusão foi apresentada na Região Central (Itanhangá, Bela Vista, São Bento, Jardim dos Estados e Centro) e do Prosa (Santa Fé, Chácara Cachoeira e Autonomista). Já as condições mais extremas de exclusão foram detectadas na região do Anhanduizinho (nos bairros mais periféricos de Lageado, Los Angeles, Centro Oeste). Os outros bairros enquadrados nessa condição de exclusão social estão também em situação de extrema periferia das outras regiões, como é o caso dos bairros: Nova Lima, São Conrado, Caiobá, Núcleo Industrial e Veraneio. Mas quando os autores mapearam as famílias que se autodeclararam necessitadas junto à Secretaria Municipal de Assistência Social, para receber ajuda do Programa Bolsa Família, os maiores números estiveram nos bairros de Los Angeles (49,7%), Núcleo Industrial (48%) e Lajeado (45,8%). Nesse caso, também foi enquadrado o bairro Amambai (39%) situado na Região Central. Tais estudos evidenciam as profundas diferenças sociais de renda e de condições de vida existentes na cidade, que os índices tomados em conjunto deixam camuflados.

#### **4.1.5 Ambiente construído e oferta dos serviços de saúde em Campo Grande/MS**

De acordo com a análise histórica realizada a respeito dos óbitos ocorridos em Campo Grande entre 2006 a 2015, pela Secretaria Municipal de Saúde, as principais causas foram provocadas por problemas relacionados ao aparelho circulatório (29,35%), seguidas de neoplasias (19,07%), doenças do aparelho respiratório (13,72%) e causas externas (10,15%). Esses grupamentos responderam por 72,29% dos casos. A incidência de agravos de notificação compulsória mais recorrente foi relacionada à dengue e ao atendimento antirrábico. No Plano de Saúde elaborado para o Município, é citado que os mais atingidos por problemas circulatórios, neoplasias e problemas respiratórios têm sido os moradores com 50 anos e acima. Também foi feita a alusão à maior vulnerabilidade apresentada por essa mesma faixa etária aos acidentes causados por queda e como acompanhantes nos veículos em acidentes de trânsito (causas externas). No caso da dengue, a faixa etária mais atingida foi entre 20 a 39 anos. No entanto a população com mais de 50 anos

tem -se mostrado mais vulnerável à incidência e a letalidade por leishmaniose visceral ( 44% dos óbitos ocorridos em 2012), sendo esta doença um dos mais problemas de saúde enfrentado em Campo Grande (SESAU, 2013).

#### 4.1.5.1 Campo Grande nos níveis de organização da Atenção à Saúde do SUS

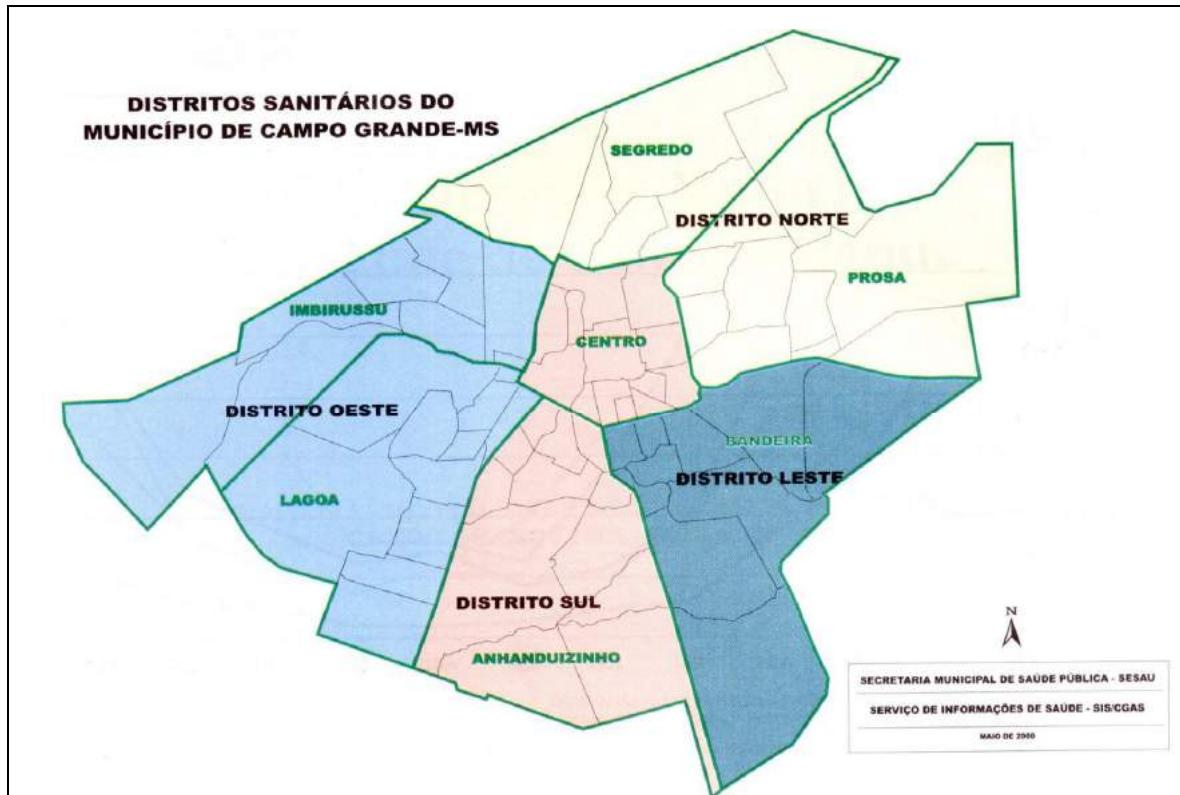
Nos serviços assistenciais de Atenção à Saúde do SUS, oferecidos em redes hierárquicas e regionalizadas, por meio de pontuação entre os gestores, procura-se garantir o acesso dos usuários, desde os serviços mais simples ao complexo, em acordo à necessidade e complexidade de seu quadro clínico. Desse modo, o Sistema Único de Saúde apresenta-se organizados em três níveis: o nível das unidades básicas de saúde, o nível de média complexidade dotado de hospitais secundários e ambulatórios de especialidades e o nível de alta complexidade com os chamados hospitais terciários. No primeiro nível, as equipes de saúde se articulam para oferecer serviços por meio de Unidades Básicas e nos diversos espaços da comunidade, além de fazerem visitas domiciliares às famílias. No segundo nível, ou de média complexidade, estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais e outras unidades de atendimento com profissionais de nível especializado e neles se encontram os serviços de urgência e emergência. Do nível terciário fazem parte os hospitais de grande porte (alta complexidade), subsidiados pela esfera privada ou pelo Estado, utilizados quando a vida do usuário está em risco. Nesse último nível, os estabelecimentos são dotados de máquinas e instrumentos de tecnologia avançada e de profissionais com formação mais extensiva. Em princípio, os Municípios responsabilizam-se pelas ações do nível primário e o Estado por aquelas de nível secundário e terciário (média e alta complexidade). Entretanto, mediante pontuações consorciadas, o Município pode assumir também a responsabilidade sobre esses dois níveis de maior complexidade. Campo Grande, por ser capital do Estado e centro de uma das três macrorregiões de saúde dentro do Estado, reúne os serviços oferecidos nos três níveis de serviços da atenção.

Essa conexão entre os três níveis de atenção funciona por meio de: (1) referência, ou seja, o encaminhamento para o nível de maior complexidade; (2) contrarreferência, quando o paciente depois do quadro estabilizado retorna à unidade de menor complexidade para dar seguimento ao tratamento. A conexão das com

ações da Média e Alta Complexidade ocorrem sob a coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade - CGMAC (BRASIL, 2007a).

A Rede de Saúde Municipal de Campo Grande (REMUS), segundo a Sesau (2013) oferece na Atenção Primária a Saúde, 28 Unidades Básicas de Saúde (três delas na zona rural) e 34 Unidades Básicas de Saúde da Família, distribuídas em quatro distritos sanitários - Norte, Sul, Leste e Oeste (Figura 8) além de seis policlínicas odontológicas e três odontomóveis. Os distritos sanitários, nas políticas de gestão descentralizada do SUS, aparecem como instrumentos e estratégias do Município na organização de serviços de Atenção Primária. Visam alcançar mais diretamente os territórios vivenciados pela população, de modo a facilitar a cobertura de ações do SUS. Nesse caso, a Unidade Básica de Saúde representa a porta de entrada do usuário do sistema. Os distritos sanitários são definidos, em função das realidades específicas de cada territorialidade vivida pelos moradores do Município e dos problemas a serem enfrentados e pela integralidade das ações de atenção à saúde, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, nesses distritos sanitários são criados instrumentos e mecanismos mínimos, capazes de garantir a “articulação entre os serviços de saúde dos distintos níveis e diferentes municípios e bairros, num processo dinâmico e flexível denominado referência e contrarreferência (FERREIRA, 2014).

Cada distrito sanitário comporta, segundo Almeida, Castro e Vieira (1998), um conjunto de moradores com determinadas características epidemiológicas e sociais, com suas necessidades e os recursos existentes para poder atendê-las. Identifica-se em cada caso, o conjunto de população que deve ficar adstrita aos serviços de saúde. A territorialização dos serviços de saúde na atenção básica consiste, portanto, em definir a abrangência dos serviços e a adscrição dos usuários. No caso de Campo Grande, como se pode observar, o chamado distrito sanitário Norte agrupa as regiões urbanas do Segredo e do Prosa, ao mesmo tempo em que o distrito sanitário Oeste agrupa as regiões urbanas do Imbirussu e da Lagoa, o que leva a concluir a respeito da similaridade detectada entre as regiões urbanas agregadas. O mesmo não ocorreu com outros dois distritos sanitários, ou seja, o do Leste e o Sul, por suas particularidades, ou seja, por suas distintas territorialidades.



**Figura 8-Distritos sanitários de Campo Grande -MS.**

**Fonte:** Sesau (2013).

A oferta desses serviços inicia-se com a acolhida, escuta e busca da resolução para a maior parte dos problemas de saúde, por meio de ações integradas de equipes multidisciplinares. No chamado Programa de saúde da família, em que a menor unidade de assistência é a família, a estratégia é definir recortes territoriais para atuação de cada equipe, por agregados de famílias, situadas de forma contígua, a serem atendidas (entre 600 a mil famílias). Essas equipes desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, entre os quais está previsto um conjunto de ações intradomiciliares (BRASIL, 2011b). Segundo a Sala de apoio à Gestão Estratégica e Participativa no Ministério da Saúde, no ano de 2014, Campo Grande contava com 89 equipes de saúde da família para dar cobertura a 307.050 habitantes, o que significava 36,89% da população total. Já os agentes comunitários de saúde, são responsáveis pela vigilância da saúde e operam nas chamadas “micro-áreas” de homogeneidade socioeconômica e de condições de saúde, consideradas as mais vulneráveis, nem sempre contíguas. De acordo com a mesma fonte, em 2013 e 2014 a capacidade de cobertura dos agentes comunitários de saúde tinha sido de 100% e 96,76% respectivamente (BRASIL,2001).

#### 4.1.5.2 Serviços de Retaguarda do Hospital São Julião na rede de urgência e emergência

As redes de atenção à saúde do SUS organizam-se ainda sob forma de arranjos horizontalizados de ação multiprofissional, por pontos de atenção, ou seja, como redes temáticas (BRASIL, 2007a), entre as quais está a Rede de Urgência e Emergência, na qual se enquadra o objeto desse estudo, ou seja, o hospital de retaguarda São Julião. Essas redes ainda podem se desdobrar sub-redes, ou linhas de cuidado, de modo a se poder potencializar o cuidado de forma mais contínua e qualificada. A rede temática de Urgência e Emergência desdobra-se nas seguintes linhas de cuidado: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Trauma do Cuidado do Sobrepeso e Obesidade e Pessoa com Doença Renal Crônica (BRASIL, 2011b).

Nestas linhas de cuidado se articulam os recursos e práticas de saúde, com vistas à integralidade da assistência e à superação do problema da fragmentação da atenção. O Ministério da Saúde, órgão gestor do SUS no nível Federal, em um regime de responsabilidade compartilhada com os demais e diferentes níveis do sistema, Estados e Municípios, tem como competência a formulação e implementação de políticas públicas. Atua primordialmente como órgão responsável pela regulamentação das ações de saúde (BRASIL, 1990).

#### 4.1.5.3 Infraestrutura de serviços sócio assistenciais nas regiões urbanas

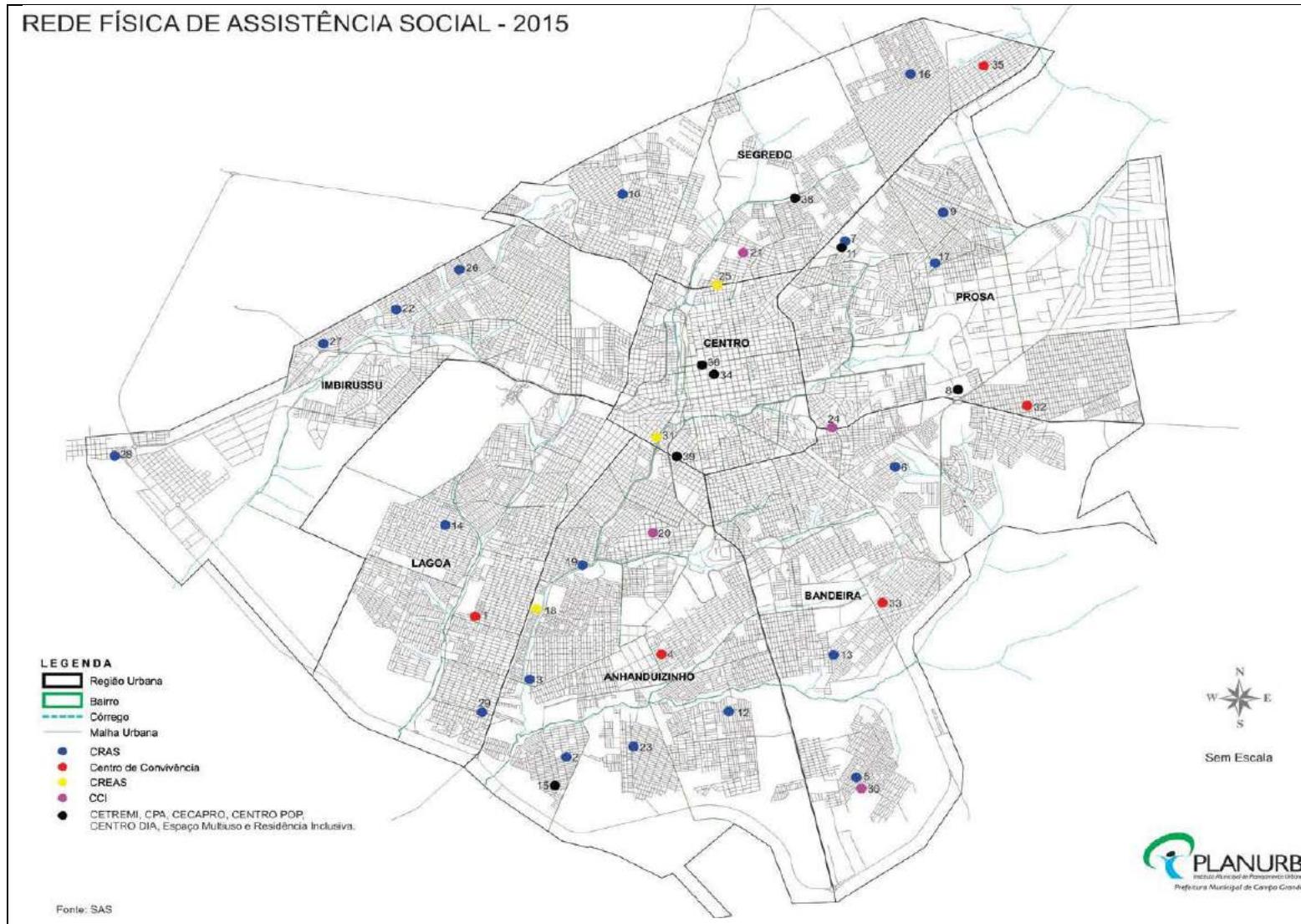
A oferta da infraestrutura de serviços e benefícios sócio assistenciais desse ambiente urbano construído origina-se de políticas públicas federais, emanadas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e segundo orientações da Política Nacional de Assistência Social (Figura 9). Tem como objetivo a promoção do bem-estar e proteção social das famílias, crianças, adolescentes e jovens, pessoas com deficiência, como também de idosos. Em Campo Grande, essa política é implementada por meio do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) desde 2012, em conformidade à territorialização das respectivas áreas de abrangência, com centralidade na família, numa atuação descentralizada e articulada. Entre as diversas Unidades Sociais consideradas básicas ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, para prevenir situações de vulnerabilidade e risco social está Centro de

Referência de Assistência Social (CRAS), que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitário, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. Estes serviços de caráter preventivo, protetivo e proativo podem ser ofertados diretamente no CRAS, desde que disponha de espaço físico e equipe compatível (BRASIL, 2007a).

Já as Unidades de Proteção Social Especial de Média Complexidade, chamadas de Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), são mais voltadas à proteção social contra a violação dos direitos humanos e aparecem apenas em quatro pontos da cidade: duas na Região central, uma no Norte (Região do Segredo) e uma quarta no Sul (Região do Anhanduizinho). Tais unidades estão sob a responsabilidade das três esferas de governo, no enfrentamento da pobreza e da desigualdade, com a participação da sociedade civil organizada e por meio de movimentos sociais e entidades de assistência social. Devido à natureza e ao agravamento dos riscos, pessoal e social, vivenciados pelas famílias e indivíduos atendidos, a oferta da atenção na Proteção Social Especial de Média Complexidade requer acompanhamento especializado, individualizado, continuado e articulado com a rede (BRASIL, 2007a).

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade tem como o objetivo ofertar serviços especializados com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitários de origem. Em conformidade com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, constituem serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de acolhimento em Repúblca; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências (BRASIL, 2007a).

A rede de proteção social do CRAS tem como finalidade promover o acesso dos usuários aos demais serviços sócios assistenciais de proteção básica e ainda possibilitar que as famílias de usuários de serviços da rede local assegurem seu acompanhamento, caso se encontre em situação de maior vulnerabilidade ou risco social (BRASIL, 2007a). Dessa rede faz parte o Centro de Convivência de idosos (Figura9). De acordo com a Planurb (2016), apenas três regiões urbanas contavam com centros de convivência de idosos: Prosa, Bandeira e Segredo.



**Figura 9-** Unidades de Proteção Social na cidade de Campo Grande - 2015  
Fonte: Planurb (2016)



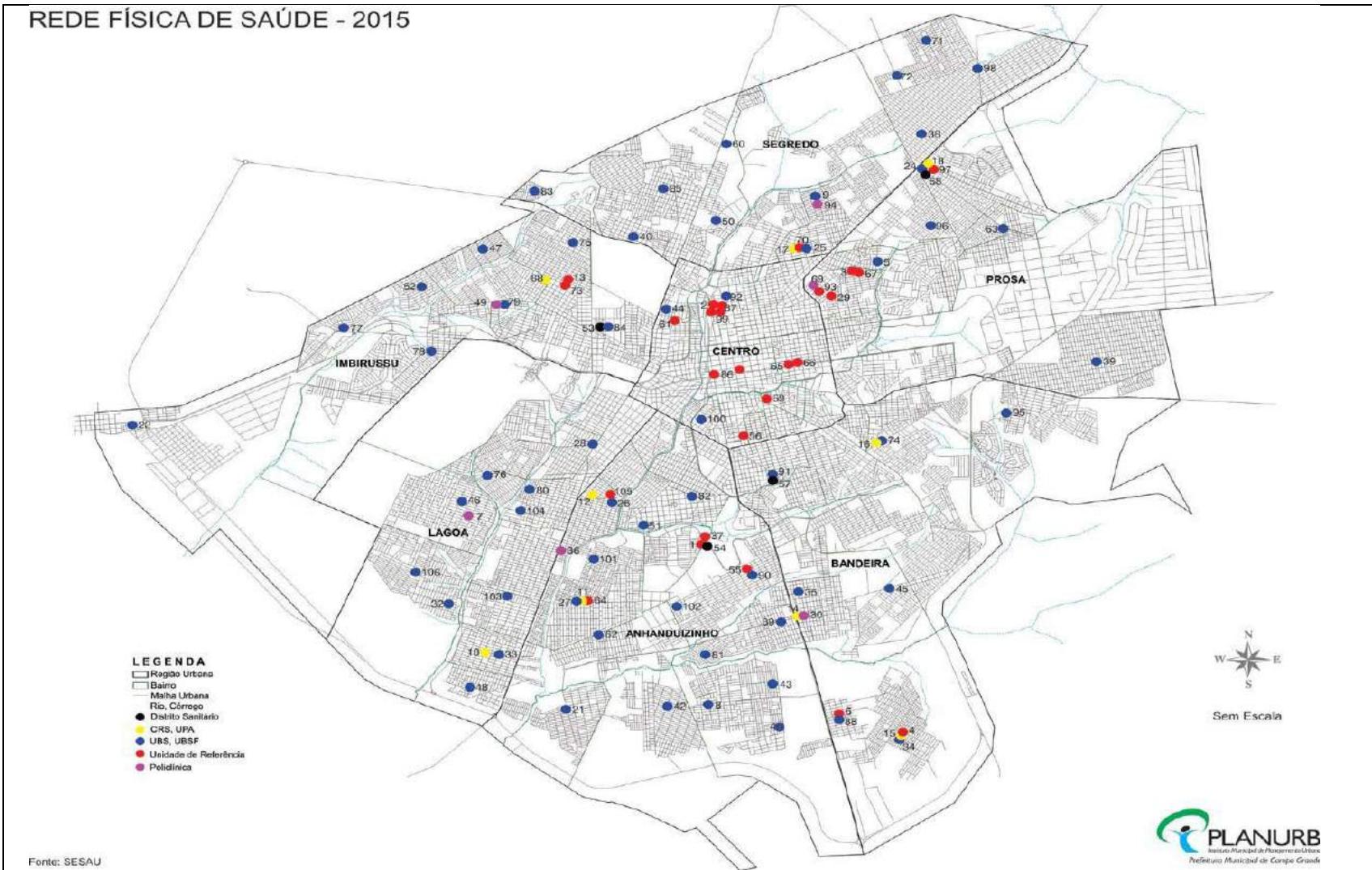
**Figura 10- Órgãos vinculados à Rede CRAS**

**Fonte:** Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social Brasil (2009).

#### 4.1.5.4 Infraestrutura de serviços de saúde do município nas regiões urbanas

De acordo com a Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande, em 2015 a cidade contava com 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) distribuídas entre as diferentes Regiões Urbanas. O atendimento de urgências e emergências era realizado por meio de seis Centros de Regiões de Saúde (CRS) e três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), serviços esses agendados nas UBSs, também distribuídos nas sete regiões urbanas.

Além disso, nas regiões estavam distribuídas seis policlínicas odontológicas e vinte e seis unidades de referência especializadas, entre elas os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Centros de Especialidades (CEM). Estão integrados ao CEM o Centro de Atendimento Básico de Oncologia (CEON), Centro Ortopédico Municipal (CENORT) e o Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CEAM). O Centro de Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (CTA/DST) e a Vigilância Sanitária da Região central, bem como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEOIII), utilizam-se da estrutura física do CEM, mas, sem vínculo administrativo a ele.



**Figura 11 – Distribuição dos serviços de saúde do município nas regiões urbanas de Campo Grande em 2015**  
**Fonte:** Planurb (Sesau) 2016

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Campo Grande/MS contava em 2015 com 943 consultórios isolados, 132 clínicas e centros de especialidades, além de 126 unidades de Apoio a Diagnóstico e Terapia (SADT isolado). Disponibilizava ainda 13 hospitais gerais, 9 hospitais especializados, um Hospital-Dia, além de três Prontos Socorro especializados e 12 unidades de Pronto Atendimento. No entanto, entre 2005 e 2015, o número de atendimentos médico-hospitalares dobrou, atingindo três milhões de atendimentos em 1.674 leitos disponíveis na rede hospitalar e 108 unidades de saúde de todos os tipos.

A regionalização da Saúde, instituída no Brasil desde 2006, deu-se de modo a consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Os territórios integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) foram lançados em 2008-2011 pelo Ministério da Saúde, como forma de organizar, por meio das redes de atenção, um conjunto articulado de políticas, programas e unidades de atenção à saúde, que pudessem funcionar por meio de estratégias clínicas e estruturas públicas de planejamento, gestão e governança (BRASIL, 2007a). Novas estratégias e instrumentos de consolidação dessas redes de atenção foram trazidos, no Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), ao valorizar a construção de relações colaborativas entre os entes federados (BRASIL, 2011a).

No entanto, conforme lembram Ouverneye Noronha (2013), as mudanças no perfil sóciodemográfico-epidemiológico nas últimas décadas foram significativas e requerem novas reflexões nas práticas dos modelos assistenciais. A esperança de vida aumentou, o contingente de idosos vem crescendo e o país se vê diante de amplo predomínio de doenças crônico-degenerativas e de um elevado contingente de causas externas em seu perfil de morbimortalidade. O atual modelo de atenção em saúde baseado em níveis primário, secundário e terciário precisa de fato ser repensado. É preciso pensar um modelo capaz de atender às necessidades de cuidados às pessoas que se encontram em determinados momentos da evolução da enfermidade, exigentes dos níveis de alta complexidade, ainda nos níveis inferiores do sistema. Isso significa, para Ouverneye Noronha (2013), que os programas da chamada atenção básica necessitam estabelecer interações mais profundas com serviços sociais de apoio, as associações comunitárias nos territórios de vivência, além de maior dinamismo e aprofundamento de articulação com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema.

Uma das quatro prioridades estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, previsto para 2014-2017, foi a “garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção”. Nesse sentido, foram estabelecidos dois objetivos: (1) Oferta de serviços que integrem educação, prevenção e cuidado continuado à população idosa; (2) colocar em funcionamento um plano de enfrentamento das doenças crônicas.

#### 4.2 CONDIÇÕES DE REINTEGRAÇÃO DO IDOSO NA TERRITORIALIDADE VIVIDA DA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS

O envelhecimento, por si só, traz várias alterações ao idoso. De acordo com Fechine e Trompiere (2012), este se manifesta como um processo que pode atingir três níveis: (1) o nível primário, que é geneticamente determinado e afeta a todas as pessoas; (2) o nível secundário, que se relaciona com enfermidades resultantes das interações com o ambiente externo; (3) o nível terciário caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas. O envelhecimento também pode ser de natureza biológica, psicológica e social. O envelhecimento biológico afeta o sistema cardíaco, respiratório, musculoesquelético e o sistema nervoso. Já o envelhecimento psicológico depende de fatores como nível de saúde, personalidade, capacidade mental específica, entre outros. O envelhecimento social, por sua vez, ocorre diante da dificuldade de adaptação do idoso aos novos papéis sociais, ou de perdas orgânicas ou afetivas. Pode se manifestar com ausência de motivação, baixa-estima, dificuldade de se adaptar a mudanças rápidas, depressão, entre outros.

No ambiente vivido, é preciso pensar em dotar o bairro de uma estrutura, que segundo Oliveira *et al.* (2012a) que permita ao idoso não permanecer alheio à participação salutar em sua relação com a coletividade. As estruturas sociais no território vivido precisam garantir a maior capacitação e participação ativa do idoso, para compensar as mudanças físicas e sociais associadas ao envelhecimento. Isso diz respeito, de um lado, ao ambiente físico e às infraestruturas públicas, seja para ampliar as possibilidades de mobilidade, assim como sua segurança, proteção e prevenção de acidentes na via pública. De outro, diz respeito ao ambiente social e às redes de apoio comunitário e dos serviços de saúde.

A rede de relações sociais exerce papel importante na saúde do idoso e em seu envelhecimento ativo. Têm impactos, tanto em seu comportamento, como em suas condições psicológicas e fisiológicas. O apoio social, oriundo da rede de relações mantida pelo idoso. Segundo Berkman *et al.* (2000) precisa ser compreendido nas condições do contexto sociocultural vivenciado por ele, seja na família ou na comunidade. Na comunidade, a amplitude das redes depende da influência social exercida pelo idoso, mas, sobretudo de sua capacidade de engajamento nos relacionamentos. A melhor forma de avaliar as redes sociais de relacionamentos é feita por meio da percepção que o próprio idoso constrói a respeito delas (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Assim, o apoio social de determinados grupos ou de pessoas significativas no âmbito da família, de vizinhos ou amigos em determinadas situações da vida vai ser interpretado por cada idoso, em função de sua percepção construída a respeito dessa natureza de apoio.

As relações estabelecidas podem ser formais ou informais e elas podem propiciar, segundo Griep; Chole Faernstein (2003) apoio emocional, material e informacional. O apoio emocional, normalmente é obtido na relação em família, com amigos íntimos, enfim com maior grau de proximidade e intimidade, mas que tende a se restringir no avançar da idade. O apoio material é aquele oferecido nas atividades rotineiras, do qual geralmente participa o membro da família ou amigos próximos, mas também pode ser mediante apoio de instituições formais. O apoio da informação é feito por meio de aconselhamentos, orientações.

Nessa análise das diversas territorialidades vividas em Campo Grande, buscou-se avaliar as condições de efetividade e segurança dadas em cada Distrito Sanitário e junto às famílias de idosos por ele assistidas na área urbana, que usaram os serviços do hospital São Julião. O objetivo foi verificar as possibilidades e ou limitações existentes para que a rede de CCI possa atingir os serviços comunitários e aqueles de apoio domiciliar, na reinserção do idoso na dinâmica familiar e na sua readaptação no seu contexto social.

#### **4.2.1 Análise subjetiva em relação à realidade vivida**

As condições apreciadas nas especificidades de cada territorialidade foram identificadas, primeiramente em seus aspectos objetivos, por meio de informações obtidas de fontes secundárias e ainda da presença da pesquisadora no local,

procurando se familiarizar mais com cada ambiente. Essa análise objetiva da territorialidade levou em conta as estratégias e instrumentos utilizados na territorialização, para compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos de cada Distrito Sanitário. Essas especificidades são consideradas o fundamento para os modelos de atenção mais adequados, na solução dos problemas de seus moradores. Nesse território de oferta de atenção básica levou-se em conta a estrutura de provisão de serviços de saúde, assim como de proteção sócio assistenciais, de equipamentos sociais e de infraestrutura de serviços considerados relevantes para os sistemas de saúde.

Passou-se a uma segunda fase, ou seja, a da interlocução dialogada com os sujeitos da pesquisa, que integram essa rede de CCI. No caso dos integrantes das equipes que oferecem o suporte familiar Equipes de Cuidados Continuados Integrados e Equipe Comunitária de Suporte, procurou-se verificar as condições detectadas que permitem ou que dificultem esse suporte no domicílio e na responsabilização dos indivíduos nesse processo, tendo em vista os princípios humanização do SUS adotados nas práticas de CCI.

No caso do usuário, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, das quais fez parte um conjunto de categorias de análise das percepções construídas pelo idosos, sejam a respeito de si, do território vivido (da casa e do bairro), assim como das redes de apoio, que possam contribuir ou restringir sua recuperação e construção da própria autonomia. Na fala desses sujeitos buscou-se apreciar as necessidades humanas primárias (de ordem fisiológica, de segurança e sociais) e secundárias (autoestima e auto realização) (Maslow, 1954).

Foram entrevistados 16 usuários dos serviços do Hospital São Julião, que fazem parte do projeto piloto sobre os Cuidados Continuados Integrados em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

#### a) Perfil dos usuários

Dentre os dezesseis pesquisados, sete são do sexo feminino e nove do masculino, situados na faixa etária entre 60 a 85 anos. A metade deles exerce atividades profissionais, mas 62% já são aposentados. Praticamente 2/3 deles (69%) vive com menos de um salário mínimo e o restante com pouco mais de um salário e meio e 37,5% não detém casa própria. As atividades exercidas vinculam-se ao

transporte ferroviário, construção civil, serviço de escritório, lavoura e pequenos serviços (vendedor autônomo, merendeira, domestica). Do total de entrevistados, 94% contam com escolaridade de nível fundamental incompleto, o que significou somente um com o ensino fundamental completo. Têm origem no próprio Estado 62% deles e entre esses, apenas 20% nascidos em Campo Grande. Os outros vieram do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará, Mato Grosso e São Paulo. Todos eles fazem parte de família baseada no núcleo pai, mãe e filhos.

Pôde-se verificar que a maior parte dos pacientes idosos que se servem dos serviços da Rede de CCI são pertencentes aos segmentos sociais de baixa renda, residem em bairros mais periféricos da cidade e apresentam baixo nível de escolaridade.

#### b) Elos construídos com e no lugar de moradia

Ainda que as pessoas envelheçam de forma diversa, suas experiências vividas nos contextos sociais em que se inserem, desempenham papel determinante na construção de sua identidade e autoestima. De acordo com Hall (1997), a identidade dos sujeitos se constrói no jogo de suas experiências e relações sociais, o que lhes permitem se apropriar de sua realidade, e nela tomar consciência de si mesmos. A construção de cada indivíduo, segundo Souza (2003) começa e termina nas relações por ele vividas. Assim, cada forma de existência construída significa uma forma de existir e de se construir como sujeito.

Para Felippe e Kuhnen (2012), o vínculo emocional firmado com cenários vivenciados brota de sentimentos construídos na experiência pessoal. Assim o apego ou sentimento de lugar pressupõe uma relação de afetividade humana, que de alguma forma, sempre está relacionada a determinados aspectos de um lugar, de uma dada situação física do ambiente (BOWLBY, 1997). Assim à semelhança dos laços afetivos criados com as pessoas, de acordo com Felippe e Kuhne (2012) também se cria um vínculo relativamente duradouro como ambiente e suas singularidades. A proximidade e contato com esse lugar pode proporcionar uma sensação de segurança e conforto enquanto a separação pode gerar sofrimento.

Um fato comum a todos entrevistados dessa pesquisa foi o longo tempo de moradia no local de residência. Variou entre 10 e 50 anos. Essa situação ajuda, em grande parte, explicar o sentimento de pertença demonstrado por eles em relação às

pessoas e ao lugar em que vivem, seja por apego ou mesmo por questão de segurança:

Eu gosto de onde eu moro. Não trocaria esse lugar. Já fiz amigos no lugar. Por enquanto, gostaria de permanecer onde estou. (ENTREVISTADO 15, junho de 2017).

Gosto muito de morar aqui. Moro há 35 anos... A cidade é muito hospitaleira. É muito bom. Eu gosto de todo mundo. Não trocaria nem por Ponta Porã. Eu gosto de todo mundo do bairro, porque todos são amigos (ENTREVISTADO 16, junho de 2017).

Eu gosto de morar em Campo Grande. É bom, mas queria morar na minha casinha, mas eu moro com a velha, moro com minha irmã (ENTREVISTADO 10, junho de 2017).

Eu gosto de tanto de morar na minha casa. Quando recebi alta, minhas filhas queriam me levar para casa delas, mas eu não quis. Eu queria voltar para minha casa. Por isso que minhas filhas se revezam para cuidar de mim na minha casa (ENTREVISTADO 12, maio de 2017).

Não tenho vontade de sair daqui, aqui é um lugar que eu gostaria de permanecer para sempre. Aqui é sossegado. A (nome da filha) pode ir nas festinhas dela que fico sozinha tranquila aqui (ENTREVISTADO 07, em 02 de fevereiro de 2017).

No entanto, os elos construídos foram especialmente de natureza familiar. Todos eles informaram contar com pessoas da família, inclusive porque tinham filhos, apenas dois não tem filhos, mas ele pode contar com o apoio das irmãs. Já os elos de vizinhança e com organizações do bairro mostraram-se um pouco mais frágeis, embora existam para maior parte deles.

Eu gosto de morar aqui, porque já acostumei. Meus vizinhos são tudo de bom para mim, só vendo! Esse rapaz aí da frente, nossa! Ficou tão feliz quando saí do hospital. Me dou bem com todos os vizinhos. Me dou com todos. (ENTREVISTADO 2, maio de 2017).

Eu gosto muito dos meus vizinhos. Essa dali é uma filha! O marido dela então..São um espetáculo para mim. Nossa! Quando voltei do hospital parecia que eu era a mãe deles que tinha sarado e voltado (ENTREVISTADO 3, maio de 2017).

São muito bons meus vizinhos, eles vêm me visitar todos os dias, quase toda hora, mas é muito difícil eu ir na casa deles (ENTREVISTADO 6, maio de 2017).

Também não se pode afirmar que, quando não foram construídos, esses elos com a vizinhança não possam ser estimulados, como se pode observar nessas falas:

Não tenho relação com os vizinhos, mas a gente, conversa um pouco né? meus amigos fizeram uma rifa, a vereadora deu uma bicicleta para pôr na rifa, minha cunhada também deu. Precisei dessa ajuda para comprar meus remédios. Está louco de caro esses remédios (ENTREVISTADO 07, junho de 2017).

De vez enquanto, vou na casa dos vizinhos. Eu gosto deles, nunca fizeram nada para mim. É cada um na sua Nunca briguei com nenhum vizinho, mas se eu precisar dos vizinhos aí não sei se eles ajudam. Mas eu, pode ter certeza que ajudam entendeu? Porque quem cuida de mim, é o vizinho, mas eu vou pagar para ele (ENTREVISTADO 09 , junho de 2017).

Não tenho vínculo. A gente conversa, oi, bom dia, boa tarde, como vai? Só assim, mas ficar de amizade, não. Mas posso contar com a solidariedade deles sim. Eles já me socorreram uma vez, quando meu neto caiu da cama e desmaiou. Eu saí correndo na rua e, aí quando cheguei na rua com ele, eu também desmaiiei. Quando eu voltei em si, eles estavam com ele no colo e eu no sofá. Ela vinha todo dia me ver. Somos bons vizinhos, não tenho costume de ir na casa deles. Fico deitada no sofá assistindo TV. Mas quando fiquei doente ele vieram me ver. Essa vizinha aí da frente, ela vem perguntar todos os dias como estou. Se eu tiver sentada aqui na frente ela pergunta: como a vizinha está? (ENTREVISTADA 1, maio de 2017).

É difícil ver os vizinhos, só quando eles passam em frente. É um bom dia, boa tarde. A gente não sai com eles. Não tenho vínculos com vizinhos, mas posso contar com apoio dos vizinhos (ENTREVISTADO 4, maio de 2017)

Em uma das entrevistadas esse elo com a vizinhança está muito bem estabelecido conforme a fala:

Tenho vizinhos, vou na casa dos meus vizinhos, eles na minha a gente pega coisas emprestadas, eu peço para elas, elas pedem pra mim, um litro de óleo, um pacote de arroz, açúcar, desde quando ela nasceu sou costumada com ela, a mãe dela foi mãe solteira, quando a mãe dela foi para maternidade fui junto, aí voltamos pra casa sou mãe dela do coração, ela me trata muito bem, esses dias eu cai, batí a cabeça no muro, ela correu lá para ajudar. Posso contar com a solidariedade do vizinho (ENTREVISTADA 07, junho de 2017).

A participação em organizações religiosas foi observada em 14 dos entrevistados. As atitudes, interpretadas pelas falas, também denotaram certos hábitos criados:

Igreja, mas não sou batizado, mas sempre fui na igreja Crista, de vez enquanto ainda vou (ENTREVISTADO 09, junho de 2017).

Sou da igreja Congregação Cristã do Brasil, sou batizada desde 12 anos de idade (ENTREVISTADO, 07 de junho de 2017).

Igreja, eu assisto só pela televisão. Acabei de assistir o terço na TV. Não costumo ir na igreja não (ENTREVISTADO 2, maio de 2017).

Ou ainda as ligações foram perdidas por problemas de limitações físicas para se locomover dentro do bairro:

Eu participava, porque a igreja era aqui do lado. Eu gostava daqui. Só que a igreja fechou e não achei outra igreja. Aí estou sem participar (ENTREVISTADO 4, maio de 2017).

Nenhum deles frequenta os centros de convivência de idosos, ou mesmo de outras atividades sociais no bairro. Mesmo aqueles que sabem de sua existência, informaram não se interessar por esses pontos de encontro.

Eu não participo de centro de convivência, mas no bairro onde eu moro tem, mas por enquanto não vou (ENTREVISTADO 07, de junho de 2017).

Olha, eu não conheço nenhum presidente de bairro. Só participo da igreja mesmo. Também não costumo ir em parque ou praça. Gostava de cuidar das minhas plantas, em minha casa, mas agora também não posso (ENTREVISTADO 5, maio de 2017).

Eu gosto de morar onde eu moro, eu não gosto de participar de nenhuma associação, entidade nada disso, centro de convivência nada disso (ENTREVISTADO 6, maio de 2017).

Não participo de nenhuma atividade física, nada de caminhada, eu cuido dos netos (ENTREVISTADO 1, maio de 2017).

Do mesmo modo, doze mostraram-se desinteressados em fazer atividades físicas e caminhadas pelo bairro.

Nunca fiz atividade física, eu gostava de jogar bola minha única atividade física (ENTREVISTADO 09, junho de 2017).

Mas alguns dos entrevistados afirmaram que, embora ocorresse interesse nessas práticas, se sentem impedidos por limitações físicas.

Eu gostava de caminhar na casa da minha filha, eu ia sozinha, as vezes ela pegava o carro e me levava de volta, por causa das feridas que doía demais. Mas elas foram cicatrizadas lá no CCI. Eu fazia

caminhada diariamente. Sinto muito dor. Agora parei porque dói demais (ENTREVISTADA 07, junho de 2017).

Nunca gostei de fazer atividade física, e dentro de casa também não faço nada por enquanto. Moro com minha filha, meu braço ainda não tem força para fazer as coisas, mas gostaria muito de fazer, para cuidar das minhas coisas (ENTREVISTADO 6, maio de 2017)

[...] eu não faço caminhada, mas eu gostaria de achar alguém para caminhar comigo todos os dias (ENTREVISTADO 4, maio de 2017).

Foi possível verificar, por meio dos entrevistados, que os fortes elos construídos por eles com o lugar foram principalmente, em função do tempo de moradia e por meio das redes sociais informais, ou seja, pelos elos estabelecidos com a família e, secundariamente com os vizinhos. As redes formais, ainda que existam e tenham sido criadas pelo município nos bairros não estão incluídas nas relações cotidianas dos idosos pesquisados, a não ser as igrejas, mas em poucos casos. As organizações existentes, mesmo os centros de convivência dos idosos dos bairros, assim com os parques e áreas de lazer não foram valorizados como pontos de encontro por eles.

### c) Participação dos amigos nos cuidados

As amizades fazem parte da rede social do ser humano e são consideradas de extrema importância para o bem-estar emocional, afetivo e psicológico dos indivíduos. A amizade, para Fehr (1996) pode ser concebida de diversas formas. Pode implicar tanto laços familiares, como apenas se manifestar em relacionamentos entre pessoas fora da família. Mas para esse autor, a amizade é importante, quando os implicados usufruem dela um ganho prazeroso, seja ao manifestar alegria, diversão, bom humor, ou então um ganho afetivo, como também ao envolver confiança e lealdade recíprocas. A amizade para os idosos aporta significados de uma relação mais profunda e acolhedora, que envolve reciprocidade.

Para Souza e Garcia (2008), os melhores amigos da rede social do idoso são de fato os familiares, entre eles incluindo o cônjuge, embora o papel social que desempenham vai sofrendo modificações. Seja da família ou dos amigos, as redes de apoio social são necessárias para a manutenção da saúde emocional ao longo de todo o ciclo da vida. Entretanto, em seu decorrer, vão sofrendo transformações na sua estrutura, de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Algumas das mais

importantes funções dessas redes de apoio social, para aqueles que estão na terceira idade são: criar novos contatos sociais; fornecer e receber apoio emocional; obter garantia de que são respeitados e valorizados; manter sentimento de pertencimento a uma rede de relações comuns e dar suporte para aqueles idosos que sofreram perdas físicas e sociais (NERI, 2008).

Neste cenário, os relacionamentos de amizade entre idosos são bastante benéficos, pois são de livre escolha e, geralmente, atendem necessidades afetivas específicas, especialmente porque compartilham diversas experiências, valores e significados, além de possuírem necessidades parecidas (NERI, 2008).

Amigos tenho bastante. Eles continuam me visitando (ENTREVISTADO 07, junho de 2017).

Tenho muitos amigos, que permanecem me dando apoio nesse momento. É uma relação de confiança. Quando eu preciso de alguma coisa, eu peço para eles. Por exemplo, preciso de um remédio, dou o dinheiro e eles vão comprar (ENTREVISTADO 06, junho de 2017).

Tenho bastante amigo. Amigos que eu tenho assim, são do lado das minhas noras. Tenho eles como meus parentes A gente conversa (ENTREVISTADO, 02 de março de 2017)

Apesar da diminuição da rede de relações sociais e do suporte social com o avançar da idade, segundo Neri (2008), a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos, para a determinação da satisfação com a vida, com as relações sociais e com a saúde física e mental. A quantidade e a qualidade dos relacionamentos sociais mantidos por idosos dependem, em grande medida, da história anterior de integração social.

Amizade é muito bom. Gosto para gente conversar, distrair. Deitada vendo coisas na TV só entristecem a gente. Minha cunhada vem aqui, senta, toma café, conversa comigo. Amizade é muito importante. Da igreja não tenho grupo de amigos. A gente vai para igreja conversa. São muitos carinhosos comigo, mas não de vir em casa (ENTREVISTADO 02, fevereiro de 2017)

Amizade é tudo, né? Vamos falar a verdade, amizade é tudo. Meu Deus, eu sou tão reconhecida pelos meus vizinhos. Nossa! Eles passam aqui e perguntam: "ta precisando de alguma coisa?" (ENTREVISTADO 01, fevereiro de 2017).

Amigos são poucos. No hospital foram me visitar o menino, que eu pago, os filhos do tenente e ele também. Amizade tem que ser de qualidade, senão não dá certo (ENTREVISTADO 09, junho de 2017).

Tem amigos da vila, aqui da vila. Mas descobri uma amiga da infância, através do meu irmão. Ela descobriu meu irmão e depois me descobriu e os da vila. E essa minha amiga, a gente mantem contato. Ela vem aqui. Quando não vem, ela me liga. Quando ela não liga eu ligo. Ela liga bastante para mim, ela já foi me levar no hospital no domingo (ENTREVISTADO 08, março de 2017).

Ela tem amigos da igreja, o pessoal da igreja tem uma lá que é amigona dela, onde ela está vem ver ela (ENTREVISTADO 07, junho de 2017).

A amizade também é avaliada em função dos atos de solidariedade que dela se pode esperar.

Foi feito rifa para ajudar comprar remédios. Meus amigos fizeram uma rifa, a vereadora deu uma bicicleta para pôr na rifa, minha cunhada também deu, precisei dessa ajuda para comprar meus remédios, tá louco muito caro esses remédios (ENTREVISTADO 01, de junho de 2017).

Os laços de amizade valorizados pelos entrevistados são principalmente aqueles de natureza qualitativa, que implicam confiança, afeto, solidariedade e envolvem relacionamentos estreitos e frequentes.

#### d) Atividades laborais na valorização pessoal

No Brasil, os estudos de Camarano (2001) e Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004) destacam que as rendas da aposentadoria aliada aos rendimentos do trabalho podem reverte-se em importante instrumento no combate à pobreza familiar e para tornar o idoso mais ativo. Contudo, também ressaltam que a permanência do idoso no mercado de trabalho depende de suas condições de saúde, estas vinculadas à idade e à instrução.

As enfermidades e o envelhecimento podem fazer com que a autoestima diminua e do mesmo modo, as pessoas idosas que necessitam de cuidados podem ver diminuídas suas possibilidades de se decidir e de organizar sua vida por si mesma, o que afeta seus sentimentos de autoestima (BORN, 2008).

Entre os entrevistados, foi possível constatar nas afirmações desses autores, a necessidade de permanecerem ativos, para se sentirem mais valorizados. Surgiram manifestações, que revelaram a necessidade de como ocupar o tempo, apontadas

por Maslow (1954), percebida como forma de se sentirem vivos, mais valorizados e autônomos, ampliando a autoestima.

Antes de dar o AVE eu estava trabalhando, mas já estava no INSS. Tinha operado por causa da catarata, e bem no mês que operei me deu o AVE. Tava em casa. Me sinto valorizado. É muito importante o meu trabalho (ENTREVISTADO 03, junho de 2017).

Quando deu o derrame nunca mais trabalhei. Sinto-me desvalorizado, tanto que gostaria de trabalhar ainda do jeito que trabalhava. Mas não tem condições, não tem condições. Gostaria de ser valorizado pelas pessoas (ENTREVISTADO 4, maio de 2017).

Wajman *et al.* (2004) verificaram que os trabalhadores detentores das maiores taxas de atividade são aqueles mais dependentes da atividade econômica para sobreviver. Pôde-se verificar que para alguns idosos que se mantém ativos e dependem desses rendimentos para sobreviver, as limitações dadas pela perda das condições de saúde abalam muito mais sua autoestima.

Eu estava trabalhando em casa. Não tinha carteira registrada. Eu estava parado, mas pagava INSS. Tem 30 e poucos anos que pago. Eu gosto do meu trabalho, sabe? Porque vai ficar minha imagem. Eu sou especialista em granito. Só que acontece que não acho serviço. Meu apelido é maquita. Você sabe que as pessoas falam assim: “você vai se dar bem, porque você pega todo os serviços”. Eu falo: “não, eu faço reboco, parte elétrica só”, o famoso eletricista. Eu tenho fotos do próprio serviço. Os donos das construção tiraram as foto. Eu trabalhei na base aérea (ENTREVISTADO 10, junho de 2017).

Eu sinto necessidade de ser valorizada profissionalmente. Ficar dependendo do dinheiro do marido é muito ruim né? Porque ele pergunta o que você vai fazer [...] para que você quer. Quando eu tinha, era bom (ENTREVISTADO 1, maio de 2017).

As ocupações por conta-própria e/ou ocupações sem carteira de trabalho assinada, elencadas como informais, segundo Camarano (2001) costumam ser as mais predominantes entre os idosos brasileiros. Embora os idosos estejam mal posicionados na escala socioeconômica, à medida que envelhecem apenas os mais bem qualificados ou não envolvidos em atividade manuais registram as melhores chances de permanecerem economicamente ativos. Essa situação também foi verificada nessa pesquisa.

Eu gosto de fazer crochê. Fazia bastante, mas agora não faço porque ainda não consigo mexer a mão direito. Trabalho com vendas. Vendo produtos da Natura, Avon. Eu fazia entrega na casa delas, mas agora as freguesas é

quem vão na minha casa comprar. Continuam comprando. Eu tenho bastante produtos a pronto entrega. Agora, minha filha é quem me ajuda. Eu vendo e ela faz os pedidos. Não sou consultora. Eu só vendo para outras mulheres. Elas passam em casa e pegam o pedido. Elas me ajudam fazer as contas. Eu entrego certinho. Eu vendo remédio, gel, curatudo. Eu já sei quando está acabando os produtos das freguesas e eu já peço antes de acabar. Eu já sei quando está acabando o shampoo o desodorante delas. Aí, logo em seguida, elas vão lá em casa pedir. Sempre trabalhei com vendas (ENTREVISTADO 16, junho de 2017).

Pôde-se constatar no caso dos idosos estudados que a atividade laboral constitui, de fato, um importante determinante do envelhecimento saudável, não só em função da valorização pessoal, mas também para complementar os rendimentos de suas famílias e garantir seu bem-estar.

#### e) Educação em Saúde no preparo da família que recebe o idoso

O sucesso da recuperação do idoso no domicílio depende de pessoas preparadas para prestar-lhes os cuidados. Cabe à equipe multiprofissional avaliar criteriosamente essas pessoas, antes de conceder alta hospitalar ao idoso. Paralelamente, é preciso capacitar pessoas que vão exercer a função de seus cuidadores. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade ética no processo educativo do paciente, apontando cuidadosamente o que ele precisa saber (REIS; COBUCCI, 2011). Para isso, precisa encontrar o momento em que estes estarão prontos para aprender, assim como utilizar intervenções que assegurem a continuidade do autocuidado.

A educação em saúde, segundo Vasconcelos (2007), constitui um campo de práticas do setor saúde, que tem se preocupado mais diretamente com a criação de vínculo entre a ação assistencial, assim como o pensar e fazer cotidiano da população. Ela facilita, então, as relações entre profissional de saúde e o paciente, comprometendo-os um com o outro na busca da melhoria das condições do tratamento, num processo dialógico. Esse processo educativo em saúde parte especialmente do profissional enfermeiro. Por meio de orientações e conversas sem preconceitos, dialogadas, se vai abrindo espaço para que os familiares expressem seu conhecimento e possam trocar com aqueles do enfermeiro. É importante a adoção de uma linguagem simples, porém não infantizadora e nem carregada de preconceitos, para favorecer um diálogo circular e dinâmico, sendo essencial que as

pessoas falem de suas sensações e percepções (TEIXEIRA, VELOSO, 2006, p. 117). Esse diálogo deve facilitar a reflexão participativa da realidade com vistas a esclarecer possíveis distorções relacionadas ao momento vivenciado. Também se volta para facilitar o próprio tratamento, possibilitando uma melhor efetividade no trabalho assistencial (CAMPOS; CARDOSO; MOREIRA 2006). Acredita-se que o profissional não apenas promova a saúde dentro de instituições, mas também procura desmistificar as crenças errôneas que os indivíduos possam trazer.

Pode-se observar nas falas dos pacientes ou familiares que receberam orientações, de que estavam conscientes dessas práticas e de que esse preparo transmitia-lhes maior segurança. Tratava-se, nesse caso, de pacientes que ainda tinham necessidade de continuar realizando alguns procedimentos no domicílio, tais como curativo e aspiração em traqueostomia, curativo em úlcera venosa. Mas também se pode apreciar expressão de segurança do paciente idoso que não precisou realizar procedimentos técnicos em sua recuperação em casa.

Curativo, quem faz é no posto, mas nos finais de semana e quando precisa minha filha é que faz. A minha filha foi treinada. A enfermeira ensinou, ela supervisou e acompanhou alguns curativos. Mas minha filha também já fazia em casa, antes de ficar no CCI (ENTREVISTADA 16, junho de 2017).

Nós recebemos treinamento aqui no hospital. Eu e minha irmã, participávamos das reuniões de cuidadores (ENTREVISTADO 12, junho de 2017)

A (nome da filha) recebeu treinamento, curativo, de medicação tudo. Não estou tomando mais insulina (ENTREVISTADO 06, fevereiro de 2017)

Não tinha nenhuma feridinha, vim para casa seguro. Não precisou fazer procedimentos técnicos (ENTREVISTADO 13, fevereiro de 2017).

Desta forma, é indispensável que as orientações sejam feitas para os familiares ou cuidadores presentes, para que participem do processo de recuperação do doente. A alta hospitalar gera para a família um sentimento ambíguo. Ao mesmo tempo em que se sente feliz e aliviada por ver seu ente voltando para casa, sente medo e insegurança de cuidar do mesmo. Isso ocorre, muitas vezes pela mudança no estilo de vida que a própria doença impõe à família. Saber como o doente e os familiares percebem a alta fornece subsídios ao enfermeiro para um preparo adequado desses pacientes. Vale apena destacar que os cuidadores formais e

informais treinados durante a internação no CCI, permanecem responsáveis pelos os cuidados no domicílio.

f) Participação dos familiares nos cuidados com o idoso no domicílio

O surgimento de doenças que levam o idoso a uma ou mais condições crônicas, segundo Olneye Richards (1996), requer uma assistência muito mais intensiva por parte da família. Pode-se chegar a determinadas situações capazes de abalar a dinâmica familiar. Isso ocorre mais especialmente quando a situação suscita modificação drástica na rotina do lar, aumento de gastos com medicamentos, alimentação e outras necessidades.

As condições de moradia e de saneamento básico encontram-se intimamente relacionadas com a qualidade de vida, tornando-se importante a avaliação desses aspectos numa população. Estudos realizados na comunidade de Jordanópolis (São Paulo), segundo Aranha (2006), permitiram identificar percentagens elevadas de indivíduos sem escolaridade, com casas sem esgotamento sanitário. Das casas abordadas, 87,3% possuíam pelo menos um indivíduo com algum tipo de doença, sendo a maioria crônica ou de causa respiratória. A primeira foi mais frequente nos indivíduos mais velhos e a segunda, nas crianças. Além disso, foi detectada uma correlação entre o baixo nível de escolaridade dos pais e a má qualidade dos domicílios com a presença de indivíduos doentes. Pôde-se inferir que quanto piores as condições do ambiente, maior a vulnerabilidade a diversas patologias (ARANHA, 2006).

A família é vista como a fonte de apoio informal mais direta para a população idosa. Em muitos países, aparece como a única alternativa de apoio. Isso tem se verificado tanto pela co-residência como pela transferência de bens e recursos financeiros. Os seus membros se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de “conflito cooperativo” onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais. Daí surge uma gama variada de arranjos familiares (CAMARANO *et al.*, 2004).

Essa forma de assistência é geralmente prestada por filhos, irmãos, cônjuges e até netos. Na maioria das vezes, eles não foram capacitados para cuidar do doente crônico que se encontra acamado ou totalmente dependente. A insegurança com relação ao cuidado e a inquietação decorrente da expectativa de como o idoso deve

evoluir, aliadas ao cansaço físico e mental, produzem um clima de tensão entre os componentes familiares. Isso pode prejudicar a convivência do grupo.

Nos cuidados com o idoso, de acordo com Montezuma, Freitas e Monteiro (2008), a família aparece como uma importante rede social de apoio. Cada uma organiza seu próprio sistema de cuidados, nas ações cotidianas, com base em saberes e crenças construídos a respeito da saúde e doença, assim como em consonância à sua situação econômica. Desse modo, os cuidados da pessoa idosa ocorrem com base no significado da família e também da velhice construído por cada uma delas (BRASIL, 2006d).

Para que os cuidados sejam bem desempenhados nos domicílios, o preparo e a escolha adequada do cuidador são fundamentais, e isso requer boa estrutura familiar. Atualmente, o número de idosos cuidando de idosos é crescente, sendo que muitas vezes os próprios cuidadores apresentam doenças potencialmente incapacitantes (FERREIRA;BANSI; PASCHOAL, 2014).

A Saúde da Família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo, em interação com o ambiente. A família representa um fator significativo no ambiente vivido, bem como na rede social mantida pelo idoso (ANGELO; BOUSSO, 2001). Para o Ministério da Saúde:

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001,p. 5).

O Cuidador Informal, via de regra, é um membro familiar, esposa (o), filha(o), irmã (o), nora, geralmente do sexo feminino. Segundo Born (2008), ele é escolhido entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Mas pode ser incluído neste grupo uma amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa idosa, sem receber pagamento, como voluntária.

A família continua ser de extrema importância para nutrir afetos e proteção aos idosos. Em realidade, segundo Triadó e Vilar (2007), os vínculos que os idosos estabelecem no decorrer da vida ocorrem, principalmente em relação ao grupo familiar, mas também em relação a amigos e à coletividade em que vivem. Essas relações propiciam uma sensação de pertencimento. E esse sentimento de pertença

a um grupo, seja familiar ou de amizade, vizinhança, tem sido reconhecido como aspecto fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. Essas redes de apoio ajudam os idosos a um envelhecimento mais saudável, assegurando-lhe maior autonomia, independência, bem-estar e saúde.

No caso dos entrevistados, os integrantes da família se consideram responsáveis pelos cuidados de seus idosos e estes também esperam dela o maior apoio. Quando possível, os cuidadores são o esposo ou esposa, ou ainda os filhos, irmãos e mesmo outros parentes mais próximos. As primeiras falas que seguem, ilustram o papel do esposo/ esposa como cuidadores e treinados para esse fim, ao qual a família vem dar apoio, quando as situações assim o requerem:

A pessoa mais importante pra mim, hoje, é meu marido. Está 24 horas comigo. Tem a participação de toda a família nos cuidados. Se precisa de remédio, meus filhos ajudam a comprar. Se precisar levar no médico, eles levam. Meu marido e minha filha, ela vem todos os dias. Para mim é muito importante o apoio deles. São muito carinhosos. São minha vida (ENTREVISTADO 06, março de 2017)

Minha ex mulher, filho e filha é quem está me dando mais apoio. Ela já está grande e casada, minha filha. A família está revezando para cuidar de mim (ENTREVISTADO 15, junho de 2017)

Na ausência do esposo/ esposa, os filhos assumiram os cuidados rotineiros e num deles, a enteada. No caso das famílias consanguíneas, verificou-se que os filhos também contam com apoio das netas ou de outro parente próximo, em situações extras. O cuidador externo só tem sido contratado em situações esporádicas.

A minha filha. (nome da filha) faz tudo por mim. Ela tem sido a pessoa mais importante. Quando eu fiquei internada, ficava com uma cuidadora. Minha filha ficava no final de semana e me visitava todos os dias (ENTREVISTADA 01, junho de 2017).

A (nome da filha) dá mais apoio. Só tenho ela. Sempre conseguiu. Meu irmão também sempre vem aqui e me leva no médico. Quando (nome da filha) viaja fica uma dona comigo. Meu irmão que paga ela para ela ficar aqui comigo (ENTREVISTADO 07, março de 2017).

Eu minha irmã que cuidamos dela no dia a dia (refere-se à mãe). Agora minhas filhas e as filhas da minha irmã correm atrás de outras coisas, como remédios, fraldas, essas coisas. São nossas filhas, porque nós não deixamos ela sozinha nenhum segundo. (ENTREVISTADO 14, junho de 2017).

Minha filha é quem tem me dado mais apoio. Ela me dá café de manhã, me dá banho, me dá os remédios, passa um pano na casa,

me dá um almoço. Ela me ajuda nas visitas, porque tenho muito visitas. Eu não estou comendo direito. Uma vizinha faz comida, me leva. A outra faz também, mas não consigo comer direito não. Não foi necessário pagar cuidador. Minha filha e meu marido cuidam de mim (ENTREVISTADO 09, junho de 2017).

Eu tive que pagar um vizinho para cuidar de mim no hospital, mas aqui em casa não precisou. Minha irmã cuida de mim (ENTREVISTADO, 02, junho de 2017).

O cuidado adequado com o idoso pela rede familiar exige que ela seja devidamente informada em como realizar de forma adequada esse papel. Esses cuidadores não necessitam apenas do suporte material e técnicos por parte da equipe da Rede CCI preparada para esse fim, mas também de um suporte emocional. Foi possível verificar a importância do treinamento dos cuidadores exercida pela equipe do Hospital São Julião.

Minha esposa recebeu treinamento para tirar da cama e colocar na cadeira, trocar fralda, dar banho, tudo. No começo foi difícil para mim viu? cada história! (ENTREVISTADO 04, fevereiro de 2017).

A (nome da filha) recebeu treinamento curativo, de medicação, tudo. Não estou tomando mais insulina. Parei, mas já marquei consulta no posto (ENTREVISTADO 02, fevereiro de 2017).

A (nome da filha) foi treinada lá no hospital e cuida direitinho, muito bem! (ENTREVISTADO 13, fevereiro de 2017).

A minha filha foi treinada. A enfermeira ensinou, ela supervisou e acompanhou alguns curativos (ENTREVISTADO 08, junho de 2017).

A pessoa mais importante para mim nesse momento, são vocês. Eu tiro o chapéu para vocês. Aqui em Campo Grande não tem hospital melhor que vocês. Vocês cuidam com amor, carinho (ENTREVISTADO 09, junho de 2017).

Conclui-se que no contexto sociocultural do território correspondente ao município de Campo Grande, a família se atribui o papel honroso de cuidar de seus idosos, mas nem sempre está disponível ou bem informada para poder exercer esse papel, como também não conta com recursos financeiros que a habilite a realizar todas as funções e adequações requeridas. Ela não só necessita do apoio das redes institucionais da sociedade, como do apoio material.

Por meio das percepções dos idosos entrevistados, foi possível constatar que a família exerce papel fundamental na sua reintegração ao domicílio e à vida social e, portanto, ao seu bem-estar. Também ajudou a verificar que os idosos são objeto do

cuidado dos elementos familiares mais próximos e que entre eles predominam os cuidadores do sexo feminino.

g) Prática de promoção do autocuidado na autonomia do idoso

O grupo populacional idoso é, em geral, considerado um grupo vulnerável, alvo, portanto, de políticas públicas específicas. Isso se deve ao fato de se reconhecer que ele não participa do processo produtivo e, consequentemente, não tem renda e apresenta incapacidades físicas e mentais causadas pela idade, ou seja, acredita-se que é um grupo que tem a sua autonomia comprometida pela falta de renda e/ou de saúde (CAMARANO *et al.*, 2004).

As doenças e agravos não transmissíveis podem afetar a funcionalidade dos idosos, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2006b). Portanto, manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental a ser alcançada.

A prática de promoção do autocuidado na autonomia do idoso apoia-se na teoria sobre o déficit autocuidado, desenvolvida na enfermagem por Dorothea Orem, desde a década de 70 do século passado e, que veio sendo aperfeiçoada ao longo desse tempo. Por essa abordagem, o autocuidado consiste em atividades que o indivíduo tenha plena sabedoria para desenvolvê-las e executá-las em benefício próprio, visando a manutenção do bem-estar, da saúde e da vida. A prática do autocuidado envolve interação do profissional de saúde com o paciente, num diálogo que permita a detecção de problemas e possíveis intervenções. É fundamental a participação do paciente na formulação do plano de intervenções. O profissional de saúde irá guiá-lo na prática dos cuidados, num processo em que o paciente conquiste mais independência (SAMPAIO *et al.*, 2008).

A capacidade de o idoso desempenhar determinadas atividades requeridas no dia a dia, para cuidar de si mesmo e de seu entorno, segundo Duarte, Andrade e Lebrão (2007), é vista como sua capacidade funcional, ou funcionalidade. Avaliam-se, nesse caso, as capacidades para exercer atividades consideradas básicas, como aquelas de alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se. Mas também se avalia a capacidade para exercer atividades instrumentais, que indicam a capacidade do idoso

em levar uma vida independente na coletividade em que vive. Entre elas se incluem a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar de casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos. A limitação ou a não realização dessas atividades indica um quadro de incapacidade funcional do idoso.

A direção do fluxo de apoio intergeracional parece ser mais expressiva vindo das gerações mais velhas para as mais novas ao longo de grande parte do ciclo de vida dos indivíduos. Em geral, os pais idosos começam a demandar ajuda dos filhos apenas a partir dos 75 anos (De VAUS, 1997).

Com relação às práticas rotineiras consideradas básicas, conforme reveladas especialmente pelos idosos que ainda deambulam com apoio e são cadeirantes, grande parte depende do cuidador para ajudar a exercê-las.

Tomo banho sozinho, alimento sozinho, coloco a roupa sozinho, utilizo o vaso sanitário, tudo de boa, só não cozinho ainda (ENTREVISTADO 07, junho de 2017).

Eu como sozinha, tomo banho sozinha, mas para me vestir, minha filha tem que me ajudar. Não consigo vestir nem a calcinha, nem tirar a blusa (ENTREVISTADO 03, junho de 2017).

Consigo comer sozinho, banhar sozinho não. Consigo lavar o cabelo, escovar os dentes. Minha família precisa colocar minhas roupas. Já faço as necessidades em vaso sanitário. Não utilizo fralda, mas alguém precisa me ajudar. Não consigo sair da cadeira de rodas sozinho, também preciso de ajuda. (ENTREVISTADO 05, junho de 2017).

Eu tomo banho sozinho mesmo, e visto minha roupa as vezes errado. Aí, (nome da cuidadora) confere e pede para vestir do outro lado. Aí eu consigo, Às vezes sem ajuda fica difícil. Eu usava fralda, mas está muito caro, não temos condições para comprar e usar direto. Quando eu sinto vontade, vou no banheiro mais perto. Tem um lá fora e um aqui dentro. O que tiver mais perto eu vou (ENTREVISTADO 13, fevereiro de 2017)

Também se manifestaram idosos que perderam a funcionalidade no exercício das atividades básicas e dependem totalmente dos cuidadores.

Não consigo comer mais nenhuma refeição sozinho. A minha mão treme. Minha esposa que me dá todas as refeições. Não consigo mais assinar nada. Sento nessa cadeira aí e ele me dá sentado. Banho, meu filho que dá. O meu braço está tudo duro, não consigo (ENTREVISTADO 14, fevereiro de 2017)

Nós que damos o banho nela. Trocamos, vestimos. Ela faz uso de fraldas. Ela não consegue realizar transferência de cama à cadeira. A alimentação é por via SNE. Nós precisamos fazer tudo por ela (ENTREVISTADO 09, de junho de 2017)

Me vestir e dar banho, é minha filha que dá, porque não consigo mexer o braço (ENTREVISTADO 11, junho de 2017)

Com relação à funcionalidade no exercício das atividades instrumentais, que denotam maior independência do idoso, elas se mostraram bem mais reduzidas entre os entrevistados. Os trabalhos domésticos e o preparo das refeições já não eram mais praticados por 19% deles. Outras atividades instrumentais da vida diária como fazer compras e o uso do telefone, um equipamento que dá suporte à comunicação do idoso com a área externa ao domicílio, deixaram de ser plenamente realizadas por grande parte deles. Dentre os entrevistados 31,5% não conseguem mais fazer compras e cuidar das finanças junto aos bancos sozinhos, por meio do telefone.

Eu faço sim comida. Eu cozinho minhas verduras, lavo louça. Só não limpo casa, por causa da vassoura. Tomo banho sozinha. Eu sento para tomar banho. Eu sempre tomei banho na cadeira, mas antes de ficar internada eu não tomava banho sozinha não. A (nome da filha) dava banho em mim, por causa da canseira. Agora me visto sozinha, faço tudo sozinha (ENTREVISTADO 02, fevereiro de 2017).

Mexo no celular, vou ao supermercado. Eu que cuido do meu dinheiro. Faço tudo, mas ainda não consigo preparar as refeições e serviço de casa (ENTREVISTADO 10, junho de 2017).

Eu consigo falar no telefone, mas alguém tem que discar para mim. Eu falo com meus filhos, uma amiga da minha esposa. Com amigos

que mora em Porto Murtinho, de jeito nenhum. Não consigo ir no banco. Meu filho que fica com meu cartão (ENTREVISTADO 14, fevereiro de 2017).

Mas ainda foi constatado caso em que o idoso não chegou a desenvolver adequadamente o exercício do autocuidado em benefício próprio e que coloca a família em situação difícil para lhe oferecer apoio, especialmente quando existem intervenções externas.

Relato da (filha) minhas desavenças e atritos com minha mãe, ela faz uso de medicações desnecessárias e a farmácia vende indiscriminadamente. Só ela ligar, eles levam para ela. Um dia, eu cheguei na casa da minha mãe, ela estava brigando feio com meu pai, porque ela queria dinheiro. Ele deu. Ela pediu para uma amiga dela comprar rapadura com coco e mamão. Mas ela não pode, porque ela tem diabetes, por isso que nós brigamos. A diabetes ainda não está controlada (ENTREVISTADA 16, junho de 2017).

As respostas dos entrevistados permitiram avaliar que quando o idoso, por diversos motivos, não conseguiu se habilitar adequadamente para o autocuidado, seu nível de dependência representa um ônus maior para as atividades exercidas pelos cuidadores e de modo geral, para toda família.

#### h) Mobilidade no âmbito da casa

Cuidar do idoso em casa exige das famílias a opção de instalá-lo de forma adequada, propiciando-lhe maior autonomia para se locomover e evitar acidentes. As limitações físicas naturais do idoso reduzem sua autonomia para realizar movimentos de forma independente (NANDA, 2009, p.60).

Mas essas alterações fisiológicas naturais podem atingir condições crônicas e nesse caso, ocasionar dependência física, acompanhada de alterações emocionais e sociais (LACOURT, 2006). Para o idoso com perda de autonomia por limitações físicas, o ambiente propício é aquele que oferece segurança, facilita a interação social, favorece a adaptação a tais mudanças, sendo familiar para o idoso (JACOB, 2006). E o ambiente familiar é o mais adequado.

No entanto, conforme alerta Cavalcanti (2012) ele precisa ser ajustado para orientar e garantir a mobilidade do idoso, mediante espaços devidamente dimensionados e adaptados para que ele possa realizar adequadamente suas tarefas.

A moradia do idoso precisa contar com uma estrutura mais adaptada, que lhe possibilite circulação e o uso das dependências e objetos com maior autonomia e menor possibilidade de acidentes. É o caso da instalação de pisos antiderrapantes, barras e corrimão, rampas, maçanetas de fácil abertura, retirada de tapetes e móveis com quina, manutenção de cômodos bem iluminados, entre outros. Algumas adaptações são recomendadas pelo Ministério da Saúde (2011) tais como o uso de dispositivos de apoio para a marcha (bengala, andador), evitar camas muito altas, retirar tapetes soltos, cordões e fios do assoalho, substituir ou consertar móveis instáveis, instalar corrimãos nas escadas e faixas nas bordas dos degraus, providenciar iluminação adequada para a noite, instalar vaso sanitário mais alto, barras de apoio próximo ao chuveiro e ao vaso sanitário, capachos e tapetes antiderrapantes, consertar calçadas e degraus quebrados, instalar iluminação adequada nas calçadas, portas e escadas. Mas existem ações que dependem mais de orientação do que de adaptações, como a disposição dos móveis e espaços da casa, ou atitudes simples, como ampliar a iluminação, entre outras. Esses cuidados permitem o usufruto do ambiente domiciliar com maior autonomia, independência e de maneira saudável e ativa.

Dentre os idosos entrevistados, a metade teve suas limitações físicas reduzidas, ao retornar em casa. Pouco mais de um terço deles permaneceu na condição de cadeirante e o restante continuou deambulando, mas somente com apoio. Isso explica em parte, porque em 56,5% das residências visitadas constatou-se a despreocupação das famílias em providenciar adaptações físicas na casa. Isso pôde ser constatado na fala dos próprios idosos:

Não foi necessário fazer adaptações ou barreiras arquitetônicas no domicilio. Ainda estou de cadeiras de rodas (ENTREVISTADO 12, junho 2017).

Eu ando tranquilo em casa. Não precisou mexer e fazer adaptações em casa para eu voltar (ENTREVISTADO 09, junho de 2017)

Não precisou fazer adaptações. Quando voltei do Hospital São Julião, já estava andando. É porque fiz fisioterapia lá. Andava devagar, mas andava (ENTREVISTADO 02, março de 2017)

Não precisou fazer nenhuma adaptação. Até degrau que tinha, que eu não subia, comecei a subir. Parece que eu esqueci. Parece uma coisa. Comecei a subir na cozinha que é mais alto. A casa também não precisou fazer nenhuma adaptação (ENTREVISTADO 02, março de 2017)

Entre as adaptações realizadas para as famílias dos cadeirantes e aqueles que tiveram a capacidade de locomoção reduzida, as únicas relatadas foram as rampas no piso e as barras de apoio nos banheiros.

Não precisou fazer adaptação dentro da casa, mas foi necessário fazer uma rampa na porta na entrada (ENTREVISTADA 07, junho de 2017).

Eu, com ajuda, eu ando, de um lado para o outro. Quando ela não quer andar comigo, ando na cadeira. Precisou fazer adaptações. Fizemos rampa, nas portas de entrada e a porta da cozinha. No banheiro também fizemos adaptações (ENTREVISTADO 15, junho de 2017).

Foi observado caso em que, mesmo sem ser cadeirante, o idoso passou a depender do apoio dos elementos mais próximos da família para se locomover e percebe que perdeu a autonomia para realizar pequenas tarefas das quais se ocupava antes.

Eu ando, minha filha me dá a mão, meu marido me dá a mão e eu vou ao banheiro, vou no quarto. Na cozinha tenho medo de ficar perto do fogão, porque já caí. Fui tentar fazer um mingau e cai. Levantei sozinha. Não estou fazendo um arroz, nem um café nenhuma refeição (ENTREVISTADO 16, junho de 2017)

Portanto, observa-se que o apoio da família tem sido importante para o idoso em sua reintegração à sua residência, mas as adaptações físicas do ambiente com as quais se preocupam, mesmo os idosos, ainda se restringem a rampas para minimizar desníveis no piso e barras de apoio no banheiro.

#### e) Mobilidade fora do domicílio e o transporte coletivo

A mobilidade do idoso fora do domicílio pode ser avaliada numa perspectiva funcional, ou seja, em termos de limitações físicas para se mover livremente (FALCÃO *et al.*, 2004). Nesse caso, ela pode variar entre indivíduos em condições semelhantes e, em um mesmo indivíduo, em épocas diferentes.

Conforme lembra Fernandes (2000), na falta de um planejamento urbano adequado, considerando-se as limitações físicas naturais dos idosos, as condições de mobilidade fora do domicílio podem ficar reduzidas para eles. Eles podem se deparar com bloqueios físicos, em função de calçadas esburacadas, ausência de

calçamentos, desníveis e degraus altos, pedras soltas. A falta de sinalização e travessias inadequadas das vias de circulação também contribui podem contribuir para reduzir a mobilidade. Esses obstáculos aumentam o risco de quedas e dificulta a prática das atividades cotidianas fora de do domicílio e a frequência às unidades de reabilitação.

Os deslocamentos motorizados são demandados pelo idoso, quando os serviços buscados se apresentam distantes de sua moradia. No caso do transporte coletivo urbano, as facilidades oferecidas por lei para o acesso do idoso em Campo Grande, têm sido a gratuidade do seu uso por pessoas com idade superior a 65 anos, a reserva de 10% para assentos prioritários e o embarque com prioridade para os idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2012b). No entanto, estas facilidades não garantem a superação das limitações físicas dos idosos para se deslocarem. Eles dependem das condições oferecidas de acesso ao ônibus, das características do ponto de ônibus (cobertura, banco para se sentar, condições para chegar ao ônibus), do tempo de espera, das características do veículo (altura dos degraus, número de portas, largura do corredor) e do trajeto de viagem (lotação, segurança, velocidade, comportamento e habilidade dos operadores, situação das vias). Quando não se oferecem as facilidades apropriadas aos idosos, estes acabam ficando excluídos socialmente do transporte coletivo (FERNANDES, 2000).

O transporte coletivo oferecido nos bairros vividos pelos idosos entrevistados não tem sido visto por eles como uma opção de locomoção:

Quando preciso ir em lugares mais longe, meu filho me leva lá tem ônibus, mas é muito difícil ir (ENTREVISTADO 15, junho de 2017).

Eu não tenho carro, não ando de ônibus. Não tenho paciência de esperar ônibus. Andava de bicicleta. Tenho duas. Agora, quando preciso ir para lugares mais distantes, minha irmã me leva de carro (ENTREVISTADO 10, junho de 2017)

Eu não pego ônibus. Eu tenho passe livre, mas não gosto. Quando preciso sair, minha filha me leva de carro (ENTREVISTADO 09, junho de 2017).

Meu filho tem carro. Meus irmãos também têm carro. No último caso, pego um taxi, mas eu nunca pego taxi. Ônibus, graças a Deus nunca peguei, porque não tem condições de cadeiras de rodas. Pra subir no ônibus não tem a menor condição (ENTREVISTADO 1, fevereiro de 2017).

O transporte utilizado para os idosos entrevistados se locomoverem até o centro, hospital e outros serviços mais distantes da moradia, tem sido, de fato, o automóvel particular. Somente 19% dos idosos entrevistados contam com veículo próprio, 37,5% utilizam-se do automóvel de parentes, especialmente de filhos e irmãos, enquanto 31,5% pedem ajuda de amigos que contam com automóvel. Os 2% restantes fazem uso do táxi. Mas todos foram unâimes em afirmar que não podem depender dos serviços do ônibus para se locomover na cidade, pois eles, este não oferece as condições de acessibilidade exigidas para quem se encontra na condição de idoso, especialmente no caso do cadeirante.

Esses resultados foram semelhantes aos relatados por Silva, Santos e Bonilha (2014) relativo ao deslocamento de idosos de baixa condição financeira que se dirigiam às clínicas de fisioterapia para reabilitação. Também Diogo (2000) relatou resultados similares, em relação ao comprometimento da reabilitação do idoso, diante das dificuldades de transporte. Como a grande parte da população idosa com incapacidade funcional e com necessidade que se utiliza da rede pública de saúde, enfrenta essa dificuldade de transporte coletivo, pode-se afirmar que um grande número delas, permanece sem acesso aos serviços de reabilitação.

Portanto, o transporte coletivo apresenta-se como uma das falhas estruturais na promoção da saúde do idoso em Campo Grande, que foi socialmente excluído do direito de uso desse serviço. Além das limitações de acessibilidade pelo ônibus, inexiste transporte sanitário disponibilizado pelo Município para o deslocamento desses usuários.

#### g) Participação dos profissionais de saúde

O cuidado no domicílio que proporciona o convívio familiar, de acordo com o Ministério da Saúde, diminui o tempo de internação hospitalar e reduz as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares. Por isso, se atribuiu à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade pelo provimento de cuidados aos idosos, visto que essas equipes têm acesso aos domicílios onde estão presentes os idosos e seus cuidadores (BRASIL, 2006b).

Como foi apresentado nos fluxos da Rede dos CCI, após passagem pelo Hospital São Julião, o paciente idoso é encaminhado para o domicílio, quando deve

ficar sob o apoio dos serviços da Atenção Básica, sob a responsabilidade do Município. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É a equipe de profissionais da unidade de Atenção Básica quem deve se responsabilizar pelo apoio à família, no modelo dos Cuidados Continuados Integrados, no processo de reintegração do idoso ao seu domicílio. No entanto, não se observa na fala dos entrevistados que esse suporte esteja ocorrendo em total conformidade com o previsto nos CCI. De um lado, observa-se que as visitas rotineiras não foram confirmadas pelos pesquisados.

Nenhum profissional do posto veio me visitar. Falaram que vinham, mas nunca apareceram. Meu filho ia lá pegar luvas, essas coisas. Mais é meu cunhado que ajuda mais, porque ele trabalha no posto e me ajuda mais (ENTREVISTADO 04, fevereiro de 2017).

Não recebi visita da atenção primária. Quando preciso de consulta vou na Coronel Antonino. Consultei no posto do bairro uma vez, mas não gostei a médica. Passou os mesmos remédios que vinha tomando do São Julião (ENTREVISTADO 02 , março de 2017).

Nunca recebi visita do posto de saúde. Eu é que vou lá. Hoje mesmo fui lá marcar para trocar a receita. A receita pode ficar até três meses (ENTREVISTADO 04, fevereiro de 2017)

Por outro lado, o Centro Especializado em Reabilitação (CER), instalado com recursos do Ministério da Saúde, para ser um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constitui-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência física e intelectual de seu território. A finalidade tem sido a de atender as necessidades da pessoa com deficiência, buscando qualificar o cuidado com o paciente ofertado nos serviços de saúde, num processo de inclusão social. Entre os serviços prestados está a disponibilização de equipamentos para dar mais mobilidade a essas pessoas, como cadeiras de rodas motorizadas, cadeiras adaptadas para se tomar banho, entre outros. Nesse caso, foram registrados alguns depoimentos em que o idoso foi contemplado com o apoio do CER, apenas sete idosos não receberam nenhum

(OPME) órteses, próteses e materiais especiais, considerando que não havia indicação.

Recebi a cadeira de rodas quando estava ainda internado, fui um dia para fazer as medidas, e já trouxe a cadeira porque tinha minha medida (ENTREVISTADO 16, junho de 2017).

As cadeiras de rodas eu consegui pelo CER quando ainda estava internada no CCI (ENTREVISTADO 08, de junho de 2017).

Não precisou a comunidade realizar nenhum evento em prol meu tratamento, consegui cadeira de rodas e banho do CER (ENTREVISTADO 15, fevereiro de 2017)

Não precisou a comunidade realizar nenhum evento em prol da minha mãe, estamos conseguindo cuidar, e o que ela precisava também já ganhou do CER, no caso a cadeira de rodas e banho (ENTREVISTADO 12, março de 2017)

Não precisou a comunidade precisou fazer nenhum evento em prol (ENTREVISTADO 03, junho de 2017).

Mas não se pode afirmar que os idosos estejam recebendo integralmente esse atendimento. Apenas 43% informaram estar dando continuidade à reabilitação. Entre os outros 57% que não estão dando a sequência, 22% desistiu de se articular com os profissionais da unidade de Atenção Básica de seu Distrito Sanitário. Além de não serem visitados, grande parte atribui à distância e dificuldade de locomoção os motivos dessa desarticulação.

No começo ia uma fisioterapia em casa, mas não tinha muitas coisas para fazer. Agora faço na clínica CER (ENTREVISTADO 03, junho de 2017)

Fisioterapia faço duas vezes por semana no CER (ENTREVISTADO 07, junho de 2017).

Não fui avaliada para ir no CER. (ENTREVISTADO 05, março de 2017)

Não fiz fisioterapia não. Nunca me chamaram (ENTREVISTADO, 02 março de 2017)

Nunca fez fisioterapia. Ficaram de ligar para a gente e até hoje nada. Mas tive pesquisando. O CER fica lá perto na moreninha. Aí fica difícil pra gente que não tem carro. Teria que ter um lugar mais perto, porque onde eu vou com ele. Tem que estar levando de ônibus ou pagando alguém pra levar. Aí fica mais pesado para gente (ENTREVISTADO 03, fevereiro de 2017).

Nunca fez fisioterapia no CER. Eles ligaram, mas meu filho desistiu porque é muito longe. Meu filho foi lá ver, mas é longe demais. Aí ele disse que iria gastar muita gasolina. Achou melhor nos organizar por

aqui. Daí tem que levar ele no posto, mas é uma dificuldade para mover ele. Para fazer a ficha dele, para fazer a fisioterapia na UCDB também ne?, mas está difícil (ENTREVISTADO 04, fevereiro de 2017).

No projeto Cuidados Continuados Integrados em Campo Grande (MS), as referências são realizadas a partir de relatórios de altas da equipe multiprofissional, destinada aos serviços saúde da atenção primária e ao centro de reabilitação. Inexiste dispositivo de acompanhamento do paciente idoso por essa equipe após a alta recebida do Hospital São Julião. Desse modo, após a alta ela perde o contato com esse paciente. Nessa nova etapa, tanto o idoso como sua família passa a depender do suporte dos cuidados primários e do serviço de reabilitação da equipe profissional da unidade de Atenção Básica.

Através das falas, pode-se observar que nenhum dos idosos recebeu visita médica e da enfermeira, o que contribuiu para uma certa frustração nos pacientes e familiares. Mas receberam a visita do agente comunitário de saúde e também foram contemplados com os serviços de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs) garantindo sua locomoção. Sem mecanismos de acompanhamento após alta, se os pacientes ficam desassistidos em suas necessidades de saúde, as ações anteriores de preparo para a reintegração do idoso no domicílio, desempenhadas pela equipe multiprofissional no Hospital São Julião, podem ficar em parte, perdidas, dificultando a coerência a ser mantida na estrutura e circuito dinâmico da Rede de CCI.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES**

Tendo em vista a questão inicial feita a esta pesquisa, em relação às contribuições e limitações que a implantação da Rede de Cuidados Continuados Integrados, na Rede de Atenção em Saúde do SUS, podem proporcionar à promoção da saúde do idoso na realidade de Campo Grande/MS e, após analisados e interpretados os dados (objetivos e subjetivos) devidamente coletados do objeto de pesquisa selecionado, foi possível chegar a algumas considerações gerais.

Como se pôde verificar no objetivo geral, a pesquisa teve como base os serviços organizados a partir do Hospital São Julião, como Unidade de Convalescença de Média Duração e Reabilitação (UCMDR) ou hospital de retaguarda, para abordar, de um lado, os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde que se integraram a ele na implantação desse Plano Piloto e, de outro lado, para abordar as condições de reintegração do paciente idoso em seu domicílio. Isso se traduz em saber se esse modelo que propõe a integração entre Estado e família pode trazer contribuições efetivas ou ainda enfrenta limitações, no sentido de promover o cuidado com o idoso, de forma continuada e integrada, num circuito coerente de referência e contrarreferência, incluindo seu domicílio.

Em relação à implantação da UCMDR no Hospital São Julião e à integração dessa unidade com os três hospitais do sistema de urgência e emergência, diagnóstico do qual a observação participante foi fundamental, por meio do sistema de regulação própria do SUS e, da capacitação do pessoal para liderar essas mudanças, esse sistema não se mostrou tão difícil de ser inserido e trouxe contribuições relevantes. Elas dizem respeito, principalmente, aos avanços ocorridos por meio da integração entre os diferentes profissionais e setores envolvidos na oferta dos serviços, e na garantia de menor tempo no hospital, assim como maior qualidade dos serviços oferecidos durante a permanência do paciente idoso, especialmente da UMCDR. Por meio do plano terapêutico elaborado e implementado pela equipe multiprofissional e dos ajustes estruturais realizados no hospital São Julião, verificou-se o melhor desempenho na recuperação das condições físicas e na reabilitação do paciente idoso, resultando em maior autonomia para o mesmo poder exercer suas atividades básicas na vida cotidiana do domicílio.

As maiores limitações foram, em parte, as financeiras, estas relacionadas principalmente às adequações físicas estruturais do hospital e à capacitação do pessoal, por se depender em grande parte, de verbas do Estado nas três instâncias (federal, estadual e municipal), especialmente num período de crise econômica conjuntural e de perturbações de ordem política de várias naturezas, sejam em nível municipal, estadual e federal. O Hospital São Julião se viu diante da responsabilidade desse ônus.

De outro lado, a implementação do modelo CCI enfrentou limitações de ordem cultural, pois ele impõe aos profissionais de saúde novas rotinas de trabalho na elaboração e implementação do Plano Terapêutico, além de adequações à estrutura de apoio e uma nova visão em relação ao cuidado com o idoso, incluindo a acolhida da família. Essas mudanças, como se pôde verificar por meio da pesquisa e da vivência direta nessa situação, impactaram a equipe envolvida, seguida de algumas resistências à implantação do modelo. Práticas que obedecem a alguns princípios de humanismo, o envolvimento mais direto com a família do idoso, a instrução do cuidador, pouco usuais pela maioria, causaram estranhamento. Já aos profissionais capacitados anteriormente e que ficaram responsáveis pela introdução dessas mudanças, foram menos impactados. Estes profissionais tiveram maiores oportunidades de entrar em contato com realidades nas quais o modelo havia sido implementado e de refletir com profissionais habilitados o próprio modelo e suas finalidades. Por esse motivo, a iniciativa em se oferecer no mesmo hospital o Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS-CCI), como apoio do Ministério da Educação, como se pôde verificar, é recomendada para capacitar futuros profissionais para atuar nesse modelo. É importante que ocorra no ambiente do hospital, para permitir aos futuros profissionais vivenciarem o novo modelo. Também tem sido uma experiência interessante, a criação do serviço de ambulatório do egresso, para atender pacientes após a reabilitação, pois ajuda a manter elos com o paciente idoso reintegrado ao domicílio.

No tocante à continuidade dos cuidados integrados com o paciente idoso, por ocasião de sua reintegração, de acordo com a realidade percebida por esses usuários da Rede CCI, as principais contribuições oferecidas na prática desse modelo dentro do hospital dizem respeito às relações humanizadas que ali preponderaram. Elas pesaram grandemente, na visão dos idosos, em favor da qualidade da estadia e o preparo pessoal e da família pela equipe de profissionais, para o exercício das

atividades rotineiras no domicílio. Em algumas falas, esse aspecto foi enfatizado, no sentido de contribuição, não só à sua autonomização como e principalmente à sua autoestima.

Em relação à reintegração no domicílio, pode-se afirmar que a composição da família e as relações nela mantidas aparecem como a principal contribuição na manutenção desse modelo de CCI. Ela é quem, de fato, oferece o maior suporte na conquista da autonomia e do envelhecimento saudável no domicílio, na realidade de Campo Grande. As condições afetivas, de valorização do idoso na família, primordialmente pelo esposo e filhos, mas que na ausência se faz complementar por outros parentes de relação mais próxima, são culturais, portanto, uma particularidade da territorialidade de Campo Grande. Elas explicam, inclusive, o fato de ser usual que alguém da família se apresente como cuidador pessoal do idoso. Essas condições contributivas da família têm sido reforçadas pelo forte sentimento de pertença que esses idosos demonstram em relação ao local de moradia e seu entorno, particularmente porque estão residindo no mesmo lugar há muito tempo. Concorrem ainda para isso, a rede social de amigos e as relações de vizinhança. Desse modo, pode-se verificar que os idosos se sentem bem onde vivem e a rede social de relações mantidas com a família, o lugar, os amigos e vizinhos contribuem fortemente para afirmar sua identidade, garantir sua autoestima e bem-estar. É possível que sejam essas fortes contribuições que levam o idoso a estar habituado com o ambiente físico e arquitetônico de sua moradia, um dos motivos do mesmo não valorizar muito as adequações sugeridas para lhes garantir maior autonomia dentro de casa. Nenhum deles se referiu a acidentes no domicílio, como também não aludiu à necessidade de ajustes, mesmo tendo sido orientado para isso.

As maiores limitações verificadas na prática desse modelo, no processo de reintegração do idoso ao domicílio, deram-se em relação ao seu uso das redes sociais de apoio existentes no entorno. Os Centros Especializados de Reabilitação (CER) foram os mais citados pela procura e uso dos seus serviços pelos idosos que ficaram com limitações físicas, especialmente os cadeirantes. O maior interesse tem sido pelos equipamentos aos quais passam a ter acesso, para ampliar sua mobilidade em casa, especialmente porque todos eles fazem parte de um segmento social de baixo poder aquisitivo. Mas as maiores limitações apresentadas pelos entrevistados foram em relação ao uso do transporte público (ônibus) e às distâncias aos serviços de reabilitação e à manutenção de visitas às unidades de Atenção Básica de seu Distrito

Sanitário. Ainda que uma pequena minoria conte com veículo próprio, a maioria depende da solidariedade de outros elementos da família que não residem com ele, ou de vizinhos, para poder se deslocar até esses serviços. Consequentemente, por se sentir excluído do acesso aos meios de transporte, eles deixam de cumprir os procedimentos que dariam continuidade ao modelo de acesso à Rede de CCI, comprometendo o mesmo e os requisitos previstos para lhes garantir um envelhecimento mais saudável. Outra limitação apresentada em relação ao entorno, no que diz respeito ao desempenho dos idosos em relação a atividades físicas, de lazer e de encontro com a coletividade nesse processo de reintegração, como se pôde apreender, é de natureza cultural e também de dificuldade de locomoção até o local de destino. Por meio dos dados obtidos, foi possível verificar que a infraestrutura física de parques, praças, espaços de convivência de idosos e de outras organizações de apoio social e religioso, não é precária nas periferias de Campo Grande. Ao contrário, ela se faz presente em todos os Distritos Sanitários e vem sofrendo ampliações constantes na cidade. No entanto, não se observou interesse dos idosos por frequentar esses locais e organizações. Aqueles que o fazem, estão ligados a coletividades e práticas religiosas. Portanto, além de políticas públicas de melhoria à acessibilidade do idoso ao transporte coletivo, verificou-se a necessidade de inserir nas políticas do modelo do CCI e de outras políticas públicas, um processo educativo dialogado, que pudesse ampliar o nível de compreensão do idoso a respeito da contribuição desses serviços ao seu envelhecimento ativo.

As necessidades consideradas básicas para o ser humano, de acordo com algumas teorias são de três ordens: fisiológica, de segurança e sociais. Essas necessidades básicas se aliam necessidades secundárias, sejam os de autoestima ou de sentir-se digno, respeitado e auto realização, o de sentir-se mais autônomo, independente e com autocontrole sobre sua vida. Neste sentido a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. Ao se retomar essa concepção, pode-se verificar que promover e proteger a saúde relaciona-se com a prioridade em atender, não só as necessidades básicas, como as necessidades secundárias do ser humano. Portanto, promover saúde é promover o desenvolvimento humano na sua integridade, um dos requisitos fundamentais do desenvolvimento local.

Para isso, a atenção básica precisa atuar de forma resolutiva e acolhedora para as diversas linhas de cuidado executadas nos serviços organizados em rede,

articulados de modo horizontal (integração para integralidade), apoiados pelos mecanismos verticais das pactuações e da regulação. Esse é sem dúvida um grande desafio ligado ao modelo assistencial. A elaboração de um instrumento de avaliação pós-alta, considerando a interface com a atenção primária e secundária também é importante para avaliar a atuação da atenção básica. Para uma melhor e mais resolutiva continuidade dos cuidados à saúde é necessária uma reorganização da rede de atenção no que diz respeito ampliação dos serviços de reabilitação em diferentes regiões do município, bem como implantação do serviço de atenção domiciliar àqueles que não apresentam condições de deslocamento até os serviços de saúde. É fundamental que se analisem elementos como a integralidade do cuidado, a racionalidade econômico-financeira, os sujeitos do cuidado e a articulação com os demais serviços de saúde para que possa garantir a continuidade dos cuidados à saúde.

As condições de saneamento básico e de moradia das famílias de baixa renda tem-se constituído em fatores de risco a muitas doenças, principalmente as de causas respiratórias. As melhorias do padrão de vida dessas populações passam a se constituir, portanto, condições indispensáveis à minimização desses graves problemas de saúde pública. Além desses, são inúmeros os desafios a se enfrentar, principalmente relacionados às questões políticas e de financiamento, ao desenho dos modelos assistenciais, ao incremento tecnológico em saúde, ao trabalho em saúde, à formação profissional e à flexibilidade organizacional.

Enfim, com a experiência da implantação do modelo CCI em Campo Grande-MS, apesar dos desafios citados, tem-se a perspectiva de o mesmo possa inicialmente ser ampliado para outras macrorregiões do Mato Grosso do Sul. Ainda que existam limitações, quando se analisa o quadro de contribuições, conclui-se que o modelo CCI traduz na prática a integralidade da atenção à saúde, contribuindo para alterar o perfil epidemiológico e demográfico do país.

Este estudo, pode ganhar maior dimensão e força de compreensão, quando for complementado por um conjunto de outros estudos dessa natureza, sejam na cidade, região ou país e até mesmo, em nível internacional.

## **REFERÊNCIAS**

- AARH. Associação de Auxílio e Recuperação dos Hansenianos. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Serviço de Proteção Social Especial. Alta complexidade. Campo Grande, MS, 2003.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de Castro; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa (Orgs.). *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).
- ALMEIDA, Sheila Gomes Pereira. *Segredos da alma: a dadiva da assistência de enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.
- ALVARENGA, Amilton Fernandes. *O projeto piloto para implantação dos cuidados continuados integrados*. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande-MS, 2014.
- AMARAL, L.K.S. A elaboração de um plano de alta para idosos institucionalizados em um hospital de retaguarda de Campo Grande -MS. Seminário Estadual sobre envelhecimento humano, 2016, Dourados. Anais do I Seminário Estadual sobre envelhecimento humano. Dourados, 2016. p.16.
- ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- ARAÚJO, A.; PAIVA, B. A visita domiciliar com ênfase na educação em saúde. Revista Eletrônica Saúde: Pesquisa e Reflexões, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.uninove.br/marketing/sites/publicacaofmr/pdf/sau/AOSAU04.pdf>>. Acesso em: 23 de junho de 2016.
- ARANHA, C.S.; ZOLLNER, R.C.A.; CURY, S.F.C.M.; COMPRI, C.P. Condições ambientais como fator de risco para doenças em comunidade carente da zona Sul de São Paulo. Revista APS, v.9, n.1 p. 20-28, junho. 2006.
- ARCA. Arquivo Histórico de Campo Grande. *Apresentação*. 2015. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/arca>>. Acesso em: 4 out. 2016.
- ARRUDA, C.; SILVA, D.M.G.V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem, set-out, 2012, Brasília-DF, 65(5):758-766.
- AVILA, V. F. *Cultura de subdesenvolvimento e desenvolvimento local*. Sobral: Edições UVA, 2005.

- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAM, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas Physis. *Revista de saúde coletiva*, rio de Janeiro, 2012, p.1333-1356.
- BARROS, D.M; Sá M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n. 5, p. 2473- 2482, 2010.
- BÉLAND, F.; HOLLANDER, M. J. Integrated model of care delivery for the elderly: international perspectives. *Gaceta Sanitaria*, v. 25, n. s, p. 138-146, 2011.
- BERKMAN, L.F. *et al.* From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, n. 51, p. 843- 857, 2000.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BORN, T. Cuidar melhor e evitara violência. Manual do cuidador da pessoa idosa. Secretaria Especial de Direitos humanos, Subsecretaria de promoção e defesa dos direitos humanos. Brasília, 2008.
- BRASIL. *Lei nº 8080, 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, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 11 maio 2016.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002*. Institui a norma operacional da assistência a saúde / SUS- NOAS- SUAS 01/02, Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005*. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de março de 2005.
- \_\_\_\_\_. Conselho de Ministros. *Resolução 168/2006*. D.R. I<sup>a</sup> Série. 241 (2006-12-18) 8471-8473 - Cria uma Estrutura de Missão para os CCI, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006*.Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto, Brasília, 2006c.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 2925, de 19 de outubro de 2006*. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): MS; 2006d.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

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

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009*. Dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção. Brasília-DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Decreto nº 7.508/11. Aprimoramento do Pacto pela Saúde*. Comitê gestor para implantação do Decreto 7508 de 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.488*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, outubro, 2011b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.<Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 5 maio 2016.

\_\_\_\_\_. *Portaria 2.809, de 7 de dezembro de 2012b*. 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).

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 3390, de 30 de dezembro de 2013*. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013

CAMARANO, A. A. *O idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Texto para Discussão 830. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. *Cuidados de longa duração no Brasil*: O arcabouço legal e as ações governamentais. Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L.; PASINATO, M.T. Famílias: espaços de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARGO-BORGES, C. *O construcionismo social no contexto da estratégia da saúde da família*: articulando saberes e práticas. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CAMPO GRANDE (município). *Relatório final os vazios urbanos na cidade de Campo Grande*. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Curso de Arquitetura e Urbanismo, setembro, 2016.

CAMPOS, A.S.C.; CARDOSO, M.; MOREIRA, V.L.L. Enfermagem e o Cuidado Humanístico: Proposta de Intervenção para a Mãe do Neonato Sob Fototerapia. *Ciencia y Enfermaria*, Concepción, v. 12, n. 1, p. 73-81, 2006.

CARVALHO, M. I. L. B. *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social*. Lisboa: Coisas de Ler, 2012.

CAVALCANTI, Lana de Souza. *O ensino de geografia na escola*. Campinas, 2012.p.39-59.

CEDRU. Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano. *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal*: Relatório Final. Lisboa: Fundação Aga Khan, 2008. Disponível em <[http://www.akdn.org/publications/2008\\_portugal\\_estudo%20seniores.pdf](http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

CESAR, A. M; SANTOS, B. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n.6 Brasília Nov-dez./dec., 2005

CHAN, P; KENNY, S. R. National Consistency and provincial diversity in delivery of long-term in Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, v. 13, n. 2/3, p. 83-99, 2001 Disponível em: <<http://www.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=6ToJRRKIGhoC&oi=fnd&pg=PA83&dq=National+consistency+and+provincial+diversity+in+delivery+of+longterm+care+in+Canada&ots=AWyq5XRaZA&sig=t-fOITLHvwHtoCJ5TDyyixCR-zA>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CHEADE, M, F, M. et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Revista Cogitare Enfermagem*, p. 592-595, jul/set., 2013.

CHERNICHARO I. M., FREITAS F. D. S., FERREIRA M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 66, n. 4, p. 564-570, julho-agosto, 2013.

CHERNICHARO, I.M.; SILVA, F.D.; FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro-RJ, v. 18, n. 1, p. 156-162, jan-mar, 2014.

COMAS-HERRERA, A. eta l. *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. Editado por Adelina Comas-Herrera and Raphael Wittenberg. PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics, 2003. Disponível em [http://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/healthcare/ltc\\_study\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf). Acessoem: 30 jul.2016

COMISSÃO EUROPEIA. *Cuidados de Longa Duração na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias 2008

COSTA, L.P. *Implantação do projeto do cuidado continuado integrado: atuação e percepção multidisciplinar.* 2016. Dissertação (Mestrado em biotecnologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2016.

De VAUS, D., QU, L. Intergenerational transfers across the life course in Australia. *Bulletin on Ageing*, 2-3, 1997.

DIAS, A.; SANTANA, S. Cuidados integrados um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão [online]*, v. 8, n. 1, p. 12-20, out. /mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbv8n1/v8n1a03.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

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

DOBASHI, Beatriz. Figueiredo. Os caminhos da gestão em saúde em Mato Grosso do Sul: da Reforma sanitária ao COAP. Campo Grande, 2014.

DOMINELLI, L. Serviço Social com idosos. Intervenção orientada para o mercado ou para os serviços universais? In: CARVALHO, M. I. L. B. de. *Serviço Social no envelhecimento* (Coord.). Lisboa: Pactor, 2013.p. 67-80.

DUARTE, Y. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. In: *O mundo da Saúde*, São Paulo, v. 21, p. 226-230, jul./ago. 1997.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista Escola Enfermagem/USP*, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

ERDMANN A.L, SCHLINDWEIN, B.H.; SOUSA F.G.M. A produção do conhecimento: o diálogo entre os diferentes saberes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, 4, p. 560-564, jul-ago, 2006.

EUROPEAN COMMISSION. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG.eu report: long-term care in the European Union. European Comission, 2008. Disponível em: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en>. Acesso em: 18 out., 2016.

ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.

FALCÃO I.V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 4, n. 1, p.95-102, 2004.

FALEIROS, V. P. O que Serviço Social quer dizer? *Serviço social e sociedade*, n. 108, p. 748-761, out./dez., São Paulo, 2011.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v.19, n.3, p. 847-52, 2014.

FECHINI, B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, 20 ed, v.1, art. 7, p.106-194, janeiro-março, 2012.

FEDER, J.; KOMISAR, H. L.; NIEFELD, M. Long-term care in the United States: an overview. *Health Affairs*, v. 19, n. 3, p. 40-56, 2000. 40-56. Disponível em <<http://content.healthaffairs.org/content/19/3/40>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

Fehr, B. *Friendship processes*. London: Sage, 1996.

FELIPPE, M. L.;KUHNEN,A. O apego ao lugar no contexto dos estudos pessoa - ambiente: práticas de pesquisa. *Estudos de Psicologia*, Campinas, p. 609-617, dez., 2012.

FERNANDES, J. C. Urbanismo e envelhecimento: algumas reflexões a partir da cidade de Urbelândia. *Revista Caminhos de Geografia*, v. 1, n. 2, p. 31-49, 2000.

FERREIRA, N. G. *Análise dos padrões de viagens do idoso em relação ao transporte público*.101 f. Dissertação (Mestrado em Transportes) – Universidade de Brasília, UnB, 2012.

FERREIRA,K. C. *Caiçara*: Perfil do bairro com dados sobre aspectos físicos, população, habitação, economia, educação, assistência social, saúde entre outras informações, representados através de tabelas, gráficos, mapas e fotos. Campo Grande, 2014.

FERREIRA, F.P.C.; BANSI, L.O.;PASCHOAL,S.M.P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais . Ver Bras.Geriatr. Gerontol.; Rio de Janeiro, 2014; 17(4): 911-926

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. *Intersetorialidade na rede Unida*. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.22, p. 25-35, 2000.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília , v. 63, n. 1, p. 117-121, fev. 2010.

FILIZOLA CLA, MILIONI DB, PAVARINI SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 491-503, 2008.

FLORIANO, L. A. *et al.* Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente em domicilio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.21, n. 3 Florianópolis, set., 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300008)>. Acesso em: 24 maio 2016.

FREIRE, P. *Educação como prática libertadora*. São Paulo: Civilização Brasileira, 1967.

FREIRE P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 39.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

- FREITAS L. F. C. *Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma Unidade de Atendimento Imediato.* Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) -Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- FURTADO, I. F. V. et al. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n.2. São Paulo, p. 55-69, março, 2012.
- GANZELLA, M.; ZAGO, M.M.F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura Enfermagem Brasil. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 2,2008.
- GARCIA, F.; ROMERO, L. P. de L. *Trabajo social individualizado, metodología de intervención.* Madrid: Ediciones Académicas, 2012.
- GESAWORLD. Relatório do Projeto: Bases para a criação e desenvolvimento de uma Rede de Cuidados Continuados no Estado do Mato Grosso Do Sul: E2. P4 - Modelo de Cuidados Continuados e Estratégias básicas para dar impulso a criação e desenvolvimento do novo modelo [CD-ROM]. São Paulo: Gesaworld; 12 nov 2012.
- GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 645-653, out. /dez., 2006.
- GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas,1994.
- GOMES, D.C.R. *Equipe de saúde: o desafio da integração.* Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 1997.
- GOMES, A. M. A. et al. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. *Revista APS*, v. 14, n. 4, p. 435-446, out/dez, 2011.
- GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública* v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.
- HALL, Stuart. *A Identidade cultural na pós-modernidade.* Rio de Janeiro: DP&A, 1997.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos demográficos 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010.* Elaboração Planurb, 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Estatísticas do Registro Civil.* Rio de Janeiro, v. 40, 2010.
- JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. *Revista Brasileira de Educação Física Esportiva*, v. 20, n. 5, p. 73-77, 2006.
- KRUMHOLZ, H. M. Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *N Engl J Med.*, v. 368, n. 2, p.100-2, Jan, 2013. Disponível em:<<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1212324#t=article>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, v.27 n.1, Brasília, mar., 2012.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010)>. Acesso em: 12 maio 2016.

LASTORIA, Antonio; DOBASHI, Beatriz Figueiredo. *Fortalecimento da gestão regional*. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande, 2014.

LACOURT, M. X.; MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, p. 114-121, 2006.

LE BOURLEGAT, Cleonice Alexandre. *Mato Grosso do Sul e Campo Grande: articulações espaço-temporais*. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional) - UNESP - Presidente Prudente, 2000.

LEÃO, A.; BARROS S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção a possibilidade de inclusão social. *Revista Sociedade*, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.

LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 1, p.80-85, 2000.

LEWANDOWSKI, Bernadete Gomes; BARROS, Eugenio Oliveira Martins. *História do SUS em Mato Grosso do Sul*. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande -MS, 2014.

LINASSI, J. et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Revista Contexto e Saúde*, v. 10, n. 20, 2011.

LOPES, M. et al. *Cuidados continuados integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro*. Análise especializada, no âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010. Disponível em:<[http://www.observeport.org/sites/observaport.org/files/CSC1\\_8.pdf](http://www.observeport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LOPES, M. et al. *Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal: analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora: Universidade Évora, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Outubro, 2010. Disponível em: <<http://1n j5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSC1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

LOTTA, G.S. *Saberes locais, mediação e cidadania*: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.21, supl.1, p.210-222, 2012.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. *Promover a saúde*. Dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina, 2010.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 5, p.1133- 40, 2013.

LUZARDO, A.R.; WALDMAN, B.F. Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scient Health Sci.*, v. 26, n. 1, p. 135-45, 2004.

MACHADO, E.P.; HADDAD, J.G.V.; ZOBOLI, E.L.C.P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 447-452, ago-set, 2010.

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Revista Ciência e Saúde coletiva* [online], v. 19, n. 11, p.4301-4312, 2014. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>>. Acesso: 12 maio 2016.

MARIN, M.J.S, ANGERAMI, E.L.S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 36, n. 1, p.33-41, 2012.

MARQUES I. R., SOUZA A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 63, n. 01, p. 141-144. Janeiro-fevereiro, 2010.

MASLOW, Abraham H. *Motivation and personality*. New York: Har- per, 1954.

MASSARO, Altair; SCARAZATI, Gilberto Luiz; QUEIROZ, Ronaldo Perches. *Reorganização da atenção hospitalar*. Fortalecimento da Gestão Regional. Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado. Campo Grande, 2014.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor . *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, p. 338-346, 2009.

MEIRELLES, B.H.S. Viver saudável em tempos de AIDS: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.) *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, 285 p.

MIOTO, C.R.T. *Cuidados sociais dirigidos á família e segmentos sociais vulneráveis*. In: Capacitação em serviço social e política social; módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais - Brasília: UNB, Centro de educação Aberta, Continuada a distância, 2000.

MONTEZUMA, C. A.;FREITAS, M.C.;MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 395-040, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

MORAES, J. A. A continuidade dos cuidados à saúde das pessoas que participaram do projeto Cuidados Continuados Integrados, 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: UFMS, 2016.

MORAIS, A. S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v.16, n.3, p. 404-9, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a18.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

MORENO JÚNIOR, J.M.P.; ZUCCHI, P.A. *Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo*. RAP. Rio de Janeiro, fev. 2005.

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

NERI. Anita L. *Palavras chave em gerontologia*. Campinas,SP: Alinea , 2008.

NHS CONFEDERATION. NHS continuing healthcare: detailing what NHS organisations need to know and do. Community health services forum, nov. 2012.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da Nanda: Definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

NUNES M. et al. dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 11, p. 188-196, 2008.

OECD. Organization For Economic Co-Operation And Development. *Long-term care for older people*. Paris: The OECD Health Project. Organization for Economic Co-operation and Development, 2005. Disponível em: <[www.euro.centre.org/data/1216815268\\_61772.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2016.

OLIVEIRA, R. A.; JORGE FILHO, I. Bioética clínica: como praticá-la? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 37, n. 3, Rio de Janeiro, p. 245-246, 2010.

OLIVEIRA, A. G. et al. Direitos dos idosos relacionados à sua mobilidade. *Revista dos Transportes Públicos - ANTP*, v. 34, 2012a.

OLIVEIRA, P. et al. *Cidades amigas das pessoas idosas*: alguns dados exploratórios do Conselho de Portalegre. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i – Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre, realizado nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012b.

OLNEY,S.; RICHARDS,C. *Hemiparetic gait following stroke*. Part I: Characteristics. *Gait and Posture*, Amsterdam, v. 4, p.136-148, 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2016.

Organização Mundial da Saúde. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 19-21 de outubro de 2011. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/sdhconference/declaration/>>. Acesso em: 20 maio2016.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, JC. *Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais.* In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. p. 143-182, 2013.

PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* (online) Salvador Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz , 2008.

PASINATO, M.T.M.; KORNIS.G.E.M. *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido.* Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, v. 35, n. 1, 103-109, 2007.

PEREIRA, Pedro Manuel Afonso. *Estudo de caso: Viabilidade Económico – Financeira do Projecto da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Fundação COI.* Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - Universidade de Nova Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.

PERES, E.C.; BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 3, p. 334-340, 2011.

PINHO, J.N. et al. *Passeio terapêutico*, na modalidade oral III CONGRESSO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO - Saberes em ação, outubro de 2016.

PINTO, D. M. et al .Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Revista Texto Contexto Enferm.*, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.

PIROLO SM, FERRAZ CA, GOMES R.A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011.

PLANURB. Instituto Municipal de Planejamento Urbano. *Perfil socioeconômico de Campo Grande*. 23. ed. Campo Grande: PMCG, , 2016.

POMPEO, D. A.; PINTO, M. H. A. Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexão a partir dos relatos dos pacientes. *Acta. Paul. Enferm*, v. 20, n. 3, p. 345-50, 2007.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. PNAI - *Plano Nacional de Ação para a Inclusão* - Relatório de Atualização PNAI 2005 - 2006. Lisboa, 2006.

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

PRUDENTIAL RESEARCH REPORT - *Long-Term Care Cost Study: Including consumer perceptions and cost trends by state and key metropolitan areas.* The Prudential Insurance Company of America, 2010.

- REIS, J. C. *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde.* Lisboa: Nova Veja, 2005.
- REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. *Revista de Enfermagem Integrada*-Ipatinga, Unileste-MG, v.4, n.1, ago., 2011.
- ROCHA, Diego; ALFEU, Carlos. *Confissões para o esquecimento.* Campo Grande: Hospital São Julião, 2006.
- RODRIGUES, S. M. L. *A educação para a saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:* um estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros, 2009. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11489>>. Acesso em: 4 jun. 2016.
- SAAB, Adriana Kieling Flores. *Aspectos psicossociais de uma pessoa atingida pela hanseníase, com alterações visuais:* um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.
- SAMPAIO, F.A.A. et al. *Assistência de enfermagem a pacientes com colostomia:* aplicação da teoria de Orem. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 1, p. 94-100, 2008.
- SAMUDIO, A. K. M.; LOUREIRO, M.D.R.; FERREIRA JUNIOR, M.A. O processo de trabalho da equipe de enfermagem em Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem da UFPE* [online], Recife, v. 10, n. 7, p. 2453-62, jul., 2016.
- SAUER, L.; CAMPELO, E.; CAPILLÉ, M. A. L. Mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande-MS: uma nova reflexão: Campo Grande: Oeste, 2012.
- SESAU. Secretaria Municipal de Saúde Pública disponível: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/SESAU>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- SEVERO, G. C.;GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de pacientes. *Revista Scientia Medica*, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1539>>. Acesso em: 20 maio 2017.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L.The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, v. 38, n.6, p. 705-714, 1991.
- SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.
- SILVA, I.Z.Q.J.O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Revista Interface*, Botucatu, n. 9, p.25-38, 2004/2005.
- SILVA, M. A.; SANTOS, M. L.M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v.18, n. 48, p. 75-86, 2014.

SOUZA, Jaime Luiz Cunha de. Asilo para idosos: o lugar da face rejeitada. *Trilhas*, Belém, v. 4, n. 1, p. 77-86, set. 2003

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.15, n.2, 2007.

SOUZA, L.K. GARCIA, A. Amizade em idosos: um panorama da produção científica recente em periódicos estrangeiros. *Estudos interdisciplinares envelhec.*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 173-190, 2008.

SPULDANOM, J. M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *RBCEH*, Passo fundo, v.6, n.3, p.413-421, set/ dez., 2009.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo de mudança. *Serviço Social e Sociedade*, ano 23, n. 71, set., 2002.

TEIXEIRA, E.R., VELOSO, R.C. O Grupo em Sala de Espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr./jun., 2006.

TENORIO, G.R.; ZAGABRIA, D.B. Um estudo bibliográfico sobre o enfoque da família nas políticas públicas de atenção a criança e adolescente, *Serviço Social em Revista*, v.15, n. 1, 2012.

TESTON, E. F.; OLIVEIRA, A. P.; MARCON, S. S. Necessidades de educação em saúde experiencia das por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado. *Rev. enferm. UERJ*, v.20, n.2, p.720-5, 2012 dez.

TRIADÓ,C; VILLAR,F. *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial, 2007

UMCCI. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – Orientações de Perfis profissionais, presença efectiva e dotações diárias (mínimas), com base nos preços praticados por tipologia. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Disponível em:<<http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Racios.pdf>>. Acesso em:11 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – Políticas e estratégias da qualidade. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, março 2009. Disponível em: <[http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade\\_mar2009.pdf](http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_mar2009.pdf)>. Acesso em:18 maio 2016.

\_\_\_\_\_. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Rede nacional de cuidados continuados integrados: Glossário. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, abril, 2009. Disponível em: <[http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario\\_RNCCI.pdf](http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario_RNCCI.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2016

\_\_\_\_\_. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2010. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, março, 2011. Disponível em: <<http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFin al.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, setembro 2009. Disponível em: <[http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia\\_RNCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2016

\_\_\_\_\_. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Modelo de referenciação de utentes – Rede nacional de cuidados continuados integrados. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, set. 2009. Disponível em: <[http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI\\_Setembro2009\\_corrigido.pdf](http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI_Setembro2009_corrigido.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Reserva de lugar em unidades de internamento da RNCCI. Ofício-Circular n.º 425 (18-07-2008). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Of425de18708-Reservadelugar.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2016.

VASCONCELOS, E. M. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar. Epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. Educação Popular: Instrumentos de Gestão Participativa dos Serviços de Saúde In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília, Editora Ministério da Saúde, 2007.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da estratégia saúde da família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Revista Comunicação, Saúde e Educação*, v. 19, n. 55, p.1089-100, 2015.

VIEGAS,S,M,F.; PENNA,C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe. *Escola Anna Nery*, v. 17 n. 1, Rio de Janeiro, Jan/ Mar, 2013. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019)>. Acesso em: 15 jun. 2017.

VIEIRA, E. M. Avaliação de serviços de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D.C. (Org). *Fundamentos de epidemiologia*. Barueri: Manole, 2005. p. 337-350.

WAJNMAN, S., OLIVEIRA, A. M. H. C.; OLIVEIRA, E. L. Os idosos no mercado de trabalho: Tendências e consequências. In: CAMARANO, A. A. (editor). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Lessons for long-term care policy. The cross-cluster initiative on long-term care. Geneva: World Health Organization, 2002..Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NM7CCL\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NM7CCL_02.1.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2016.

ZAMBERLAM, C.O. *Os novos paradigmas da família contemporânea: uma perspectiva interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

ZANNON, C.M.A.C. Desafios à psicologia na instituição de saúde. In *Revista Psicologia: Ciência Profissão*, n. 13, p. 16-21, 1994.

ZULIM, Marilena Iniesta. *Viver próximo ao hospital e distante da doença: um estudo de caso com ex- portadores do mal de Hansen.* 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2004.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Solicitação de autorização

Campo Grande, 04 de maio de 2016

A

Sra. Beatriz Figueiredo Dobashi  
Diretora do Hospital São Julião

Prezado Senhor,

Sou acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidade. Em virtude do meu projeto de pesquisa intitulado: A prática de Cuidados Continuados Integrados em serviço de atendimento ao idoso no Sistema Único de Saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS, sob a orientação da Dra. Cleonice Alexandre Le Bourlegat, solicito autorização para desenvolver o referido projeto nas dependências do Hospital São Julião.

A pesquisa tem por objetivo principal: Diagnosticar e refletir teoricamente as condições em que vêm se dando a prática em Cuidados Continuados Integrados, implementada a partir de 2013, no hospital de retaguarda do Hospital São Julião e no contexto dos territórios de abrangência do Serviço de Atenção Primária à Saúde de origem das famílias dos pacientes, de modo a verificar possíveis contribuições ou limitações na concretização da maior autonomia e adaptação do idoso no meio familiar e social.

Considerando que são escassos os artigos publicados sobre o tema, espera-se com a pesquisa possa colaborar para o conhecimento sobre o modelo de Cuidados Continuados Integrados. O projeto ainda não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica Dom Bosco porque a autorização das instituições para a realização da pesquisa é um dos documentos necessários para a aprovação.

Os participantes alvo principal consiste nos pacientes idosos internados como usuários dos serviços de atendimento do SUS. O universo dessa população é representado pelo total de internados cadastrados na Unidade de Cuidados Continuados Integrados a escolha da amostra será probabilística e simples

Caso haja algum questionamento, encontro-me à disposição para esclarecer (67) 99297-4903.

Atenciosamente,

---

Edivania Anacleto Pinheiro  
Pesquisadora

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidada (a) a participar do estudo A prática de Cuidados Continuados Integrados em serviço de atendimento ao idoso no sistema único de saúde e nos territórios de reintegração familiar em Campo Grande/MS. O estudo tem como objetivo principal Diagnosticar e refletir teoricamente as condições em que vêm se dando a prática em Cuidados Continuados Integrados, implementada a partir de 2013, no hospital de retaguarda do Hospital São Julião e no contexto dos territórios de abrangência do Serviço de Atenção Primária à Saúde de origem das famílias dos pacientes, de modo a verificar possíveis contribuições ou limitações na concretização da maior autonomia e adaptação do idoso no meio familiar e social e será realizada pela pesquisadora a mestrande Edivania Anacleto Pinheiro , sob a orientação da professora Cleonice Alexandre Le Bourlegat .

Você está sendo convidado a participar desse estudo por estar envolvido no processo de implantação do modelo de atendimento em Cuidados Continuados Integrados. Sua participação é voluntária, ou seja, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar; contudo, ela é muito importante para que os gestores, especialmente a secretaria municipal de saúde possam desenvolver estratégias de melhora continua dos serviços da atenção primária. Se depois de concordar em participar do estudo, você desistir de continuar participando, o seu direito e liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, está garantido, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração para participar do estudo. Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados e o material será armazenado em local seguro.

Para qualquer outra informação, durante o estudo ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações através do telefone: (67) 99297-4903 email: [edivania\\_simoes@hotmail.com](mailto:edivania_simoes@hotmail.com). Para perguntas sobre os direitos como participante no estudo, ligue para o Comitê de Ética em pesquisas com Seres Humanos da UCDB, no telefone: (67) 3312-3723 email: [cep@ucdb.br](mailto:cep@ucdb.br)

A sua participação consistirá em responder uma entrevista semiestruturada relacionadas com seu perfil e com aspectos relacionados ao atendimento na Unidade de Cuidados Continuados, bem como atendimento das unidades de atenção primária após o retorno para o domicílio. Você gastará aproximadamente 1 hora para responder a entrevista. Além disso, a pesquisadora irá observar, durante a visita a questões de adaptação do domicílio, de que maneira esse idoso está inserido no meio familiar.

Você não terá benefícios diretos caso decida participar do estudo, porém, os benefícios indiretos da pesquisa com sua colaboração, são de melhorar os processos da alta da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, contribuindo, assim para melhoria do cuidado assistencial e a promoção da saúde. Já os riscos são mínimos e estão relacionados com o constrangimento que você pode sentir ao responder alguma pergunta da entrevista semiestruturada ou o desconforto de ter algumas atividades da sua rotina sendo observadas pela pesquisadora.

Eu \_\_\_\_\_, fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração. Li o texto acima, compreendi o objetivo do estudo e todas minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendi que posso interromper minha participação quando quiser. Por isso, eu concordo voluntariamente em participar do estudo. Este documento é emitido em duas vias assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Campo Grande, MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora

**APENDICE C - Questionário Sociodemográfico**

1) Idade (anos): .....

2) Escolaridade: .....

5) Estado civil:  solteiro  casado  outros

6) Gênero .....

## APENDICE D - Roteiro da entrevista semiestruturada

<b>FICHA DE IDENTIFICAÇÃO:</b>		<b>Nº da entrevista:</b>
<b>Sexo:</b> ( <input type="checkbox"/> masculino ( <input type="checkbox"/> feminino		Idade:
<b>Estado civil:</b> ( <input type="checkbox"/> casado ( <input type="checkbox"/> solteiro ( <input type="checkbox"/> viúvo ( <input type="checkbox"/> outro:		
<b>Escolaridade:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) analfabeto 2. ( <input type="checkbox"/> ) fundamental incompleto 3. ( <input type="checkbox"/> ) fundamental completo 4. ( <input type="checkbox"/> ) médio incompleto 5. ( <input type="checkbox"/> )médio completo 6. ( <input type="checkbox"/> ) superior incompleto 7. ( <input type="checkbox"/> ) superior completo 8. ( <input type="checkbox"/> ) pós graduação Outros cursos . Especifique		
<b>Faixa de renda familiar:</b> 1. ( <input type="checkbox"/> ) até 3 salários mínimos 2. ( <input type="checkbox"/> ) mais que 3 a 5 salários mínimos 3. ( <input type="checkbox"/> ) mais que 5 a 10 salários mínimos 4. ( <input type="checkbox"/> ) mais de 10 salários mínimos		

<b>QUESTÕES GERAIS</b>	<b>QUESTÕES ADICIONAIS</b>	<b>QUESTÕES DE ESCLARECIMENTOS</b>
1-Em relação ao território vivido	1.1. Local de nascimento e onde viveu antes	1. Onde nasceu? 2. Cite os lugares onde já morou antes 3. Existe algum lugar desses ao qual você esteja particularmente vinculado? Por que?
	1.2. Local de moradia e vínculo construído com ele	1. Atualmente reside onde?. Há quanto tempo? 2. Que impressão tem desse lugar para viver? Trocaria por outro? Explique a razão. 3. Existem pessoas ou alguma entidade que o ligam particularmente a esse lugar? Explique 4. Existem sentimentos ou acontecimentos que o vinculam a esse local? Quais? 5. É o lugar onde gostaria de permanecer sempre? Explique a razão. 6. Exerce alguma atividade social ou religiosa fora de casa? Explique qual e onde 7. Frequentava ou gostaria de frequentar algum tipo de grupo, associação, clube? Que importância tem ou poderia ter para sua vida? 8. Costuma praticar alguma atividade física ? Se sim, qual tipo e onde. 9.Exerce alguma função específica no âmbito das tarefas domiciliares? Qual? Acha importante essa função para a família? 10.Participa de algum centro de convivência? Que importância tem para sua vida?
	1.3 Relações profissionais	1- Exerce alguma atividade profissional? Explique o que e onde. 2- Realiza atividades manuais ? (Ex. crochê, pintura, costura) 3.Você trabalhava antes do ocorrido? Se sim, chegou a retornar para suas atividades? 4. Sente necessidade de ser valorizado profissionalmente?
	1.4 Relações com a vizinhança	1- Mantém vínculos com os vizinhos? De que tipo? 2- Acredita que pode contar com a solidariedade dos vizinhos e de organizações do bairro se houver necessidade para isso? De quem e de que tipo? 3- Cite organizações no bairro com as quais acredita poder contar se for necessário. Que tipo de apoio acredita que poderiam oferecer para melhorar seu padrão de vida hoje?
	1.5 Ambiente do entorno	1-Cite ambientes do bairro que frequenta, poderia ou gostaria de frequentar (nome do local e o que se faz lá): clube associação igreja parque ou praça pública outro (o que?)

	<b>1.6 Ambiente da casa e prática de acessibilidade</b>	1- O seu deslocamento dentro de casa tem se dado de forma tranquila ou necessita de alguma adaptação ? Cite as adaptações que considera importante nesse sentido. 2. Foi realizada alguma adaptação no domicilio para melhorar sua acessibilidade? Explique onde e como foi
<b>2. Em relação à Mobilidade:</b>	<b>2.1 Prática de mobilidade fora do domicílio</b>	1. Quais têm sido seus trajetos cotidianos fora de casa? 2. Que meios de deslocamento você dispõe, quando esse trajeto é dentro do bairro? 3. Qual é o meio de transporte mais utilizado quando o trajeto é fora do bairro? 4. Por que se utiliza desse meio de transporte? Tem preferência por outro? Qual e por que? 5. No caso do uso pelos idosos do ônibus na cidade,o que considera adequado e inadequado para seu funcionamento?
<b>3. Em relação mapa de redes: o que você pode me dizer sobre sua rede de apoio</b>	<b>3.1 Participação dos familiares nos cuidados</b>	1. Em casa,qual elemento da família mais tem conseguido oferecer-lhe apoio quando necessário? Considera esse apoio importante? Poderia melhorar? Em que sentido? 2. Conta com apoio de algum cuidador de fora da família (formal ou informal) em suas atividades diárias? Considera esse apoio importante? Poderia melhorar? Em que sentido? 3. Quem deles foi treinado para esse tipo de apoio em suas atividades diárias? 4. Neste momento de sua vida quem tem sido as pessoas mais importantes dentro e de fora de casa? 5. De modo geral existe uma participação de toda família na prestação dos cuidados, que possam lhe garantir maior conforto dentro de casa? Explique melhor como isso se dá ou não.
	<b>3.2. Participação dos profissionais de saúde</b>	1. Você está recebendo visita dos profissionais da atenção primária 2. Você já foi avaliado pelo CER para continuidade dos seus atendimentos 3. Você recebe visitas do seu agente de saúde 4. Você conseguiu adquirir materiais e medicamentos para seu tratamento 5. Foi necessário receber a visita da SAS 6. Onde você está dando continuidade aos seus atendimentos
	<b>3.3 Participação da comunidade nos cuidados</b>	1.Foi necessário a comunidade realizar algum evento em prol para o tratamento da sua saúde 2. A comunidade mobilizou de alguma forma para adquirir equipamentos e materiais 3. Está sendo necessário a comunidade ajudar nos cuidados diários
	<b>3.4 Participação dos amigos nos cuidados</b>	1. Você tem muitos amigos 3. Seus amigos permanecem dando apoio necessário 3. O que a amizade significa nesse momento que você está enfrentando 4. Você permanece recebendo visitas 5. Você está participando de algum grupo com seus amigos
	<b>3.5 Relações de trabalho / grupo</b>	1.Você trabalhava antes do ocorrido 2.Você já retornou para suas atividades 3. O que trabalho significa para você 4. Você sente- se sozinho e desvalorizado profissionalmente
<b>4. Em relação a prática da promoção do autocuidado: o que você pode</b>	<b>4.1 Atividades da vida diária</b>	1.Consegue alimentar -se sozinho 2.Consegue banhar e vestir -se 3. Consegue realizar higiene pessoal, está incontinente tanto intestino como bexiga 4.Consegue utilizar o vaso sanitário 5.Consegue realizar transferência

<b>me dizer sobre isso</b>	<b>4.2 Atividades instrumentais da vida diária</b>	1. Consegue utilizar equipamentos de comunicação
		2. Você consegue fazer compras: ir ao supermercado, lojas
		3. Consegue realizar as finanças
		4. Preparação das suas refeições
		5. Consegue realizar trabalhos domésticos
	<b>4.3 Procedimentos técnicos</b>	1. Você consegue realizar seu curativo: higienização das mãos, limpeza e cobertura
		2. Você consegue realizar o autocateterismo
		3. Você sente preparado para realizar aspirações, higiene curativo da traqueostomia
<b>5. Fechamento</b>		1. Existe algum assunto que não tenhamos abordado?
		2. Quais são os desafios futuros para a mobilidade?
		3. Quais são as pessoas mais preparadas para dar o suporte necessário?
		4. Qual foi a importância do atendimento em CCI na sua vida?

## **ANEXO**

Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A PRÁTICA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NOS TERRITÓRIOS DE REINTEGRAÇÃO FAMILIAR EM CAMPO GRANDE/MS

**Pesquisador:** Edivania Anacleto Pinheiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61154216.8.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Católica Dom Bosco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.805.555

Trata-se de uma pesquisa tem natureza quali-quantitativa e exploratória que será realizada no Hospital São Julião. O universo dessa população é representado pelo total de internados cadastrados na Unidade de Convalescença de Média Duração e Reabilitação (UCMDR). Serão utilizadas para a coleta de dados as: a) Fontes secundárias - consulta bibliográfica e documental e estatística a respeito dos ambientes, participantes-alvo e sujeitos da pesquisa a serem estudados, seja em forma impressa e digital. b) Fontes primárias - coleta de dados a ser realizada diretamente nos ambientes de pesquisa junto a seus integrantes.

Em Campo Grande, o projeto piloto que envolve a Rede de Cuidados Continuados Integrados (CCI), vem sendo implementado desde 2013, pela Secretaria Estadual da Saúde.

A Unidade de Convalescença de Média Duração e Reabilitação (UMDR) foi adequada nas instalações do hospital de retaguarda São Julião com 22 leitos, como espaço físico próprio e sob o nome de Aldo Rabino.

As estas unidades articulam-se os hospitais de casos agudos de Campo Grande: Hospital Universitário (HU/UFMS), Associação Beneficente de Campo Grande

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000

**Bairro:** Jardim Seminário

**UFMS:** MS

**Telefone:** (67)3312-3723

**CEP:** 79.117-900

**Município:** CAMPO GRANDE

**E-mail:** [cep@ucdb.br](mailto:cep@ucdb.br)

Continuação do Parecer: 1.805.555

(ABCG), Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial. Esses serviços são requeridos por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crônico, pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

Uma vez superada a fase aguda, essas unidades hospitalares articuladas mantém uma equipe para a gestão das altas (EGAS). O papel da EGAS é identificar e avaliar o perfil dos pacientes, para saber o momento de oferecer alta e poder passar por um momento de internação transitória na UMDR, como também de ir para o domicílio. Os pacientes internados podem ter sido acometidos de patologias agudas, como acidente vascular encefálico (AVE), trauma raquimedular (TRM), traumatismos crânio encefálico(TCE) entre outras. Na fase transitória do paciente na UMDR é feito um tratamento em médio prazo, mediante recursos de reabilitação, cuidados médicos e cuidados de enfermagem, com objetivos de recuperar a independência, voltar para casa e reintegrar-se a comunidade.

Durante a internação, Equipes Especializadas em Cuidados Continuados de Apoio Domiciliar (EECCAD) de natureza multiprofissional (tais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos, odontólogos, nutricionistas, e farmácia) anteriormente capacitados, atuam num envolvimento mais direto com as famílias dos idosos e a interação com as demais organizações de apoio social, na intenção de reforçar as capacidades e competências dessas famílias para lidar com a nova situação do idoso, no processo de sua reinserção familiar e social. Esse processo de reinserção deve ainda se articular com os distritos sócio-sanitários, em seus respectivos territórios de abrangência.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Diagnosticar e refletir teoricamente as condições em que vêm se dando a prática em Cuidados Continuados Integrados, implementada a partir de 2013, no hospital de retaguarda do Hospital São Julião e no contexto dos territórios de abrangência do Serviço de Atenção Primária à Saúde de origem das famílias dos pacientes, de modo a verificar possíveis contribuições ou limitações na concretização da maior autonomia e adaptação do idoso no meio familiar e social.

Continuação do Parecer: 1.805.555

Analisar os avanços e dificuldades na adoção da prática em Cuidados Continuados Integrados no Sistema Único de Saúde e como ela vem sendo preparadas e inseridas no hospital de retaguarda do Hospital São Julião em Campo Grande - MS.

– Verificar como vem se dando a continuidade do cuidado integrado durante o processo de reintegração dos pacientes idosos, no contexto das diferentes territorialidades de origem de suas famílias, relacionada à ampliação dos níveis de funcionalidade e autonomia de natureza biopsicossocial, analisado do ponto de vista do perfil e forma de atuação equipe de profissionais de saúde, do cuidador e das organizações de apoio, assim como do ambiente de moradia, no que tange às relações do idoso em família e em sociedade.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e estão relacionados com o constrangimento ao responder alguma pergunta da entrevista semiestruturada ou o desconforto de ter algumas atividades da rotina sendo observadas pela pesquisadora.

#### Benefícios:

Melhorar os processos da alta da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, contribuindo, assim para melhoria do cuidado assistencial e a promoção da saúde.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, pois visa diagnosticar e refletir teoricamente as condições em que vêm se dando a prática em Cuidados Continuados Integrados, implementada a partir de 2013, no hospital de retaguarda do Hospital São Julião e no contexto dos territórios de abrangência do Serviço de Atenção Primária à Saúde de origem das famílias dos pacientes, de modo a verificar possíveis contribuições ou limitações na concretização da maior autonomia e adaptação do idoso no meio familiar e social.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão em conformidade com o esperado para o tipo de pesquisa pretendida.

Continuação do Parecer: 1.805.555

**Recomendações:**

Fazer correção ortográfica e rever erros de digitação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acompanha o voto do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_801391.pdf	19/10/2016 08:32:54		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/10/2016 08:31:06	Edivania Anacleto Pinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	28/09/2016 16:54:05	Edivania Anacleto Pinheiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/09/2016 16:53:02	Edivania Anacleto Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/09/2016 16:50:45	Edivania Anacleto Pinheiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 03 de Novembro de 2016

---

Márcio Luís Costa  
(Coordenador)