

Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde

Continuous care: a failure in the mesh of health services

Cuidados continuados: un fallo en la red de servicios de salud

Ariane Polisaitis¹
Ana Maria Malik²

RESUMO: O rápido crescimento da população idosa portadora de doenças crônicas e degenerativas e a pressão por redução de custos nos hospitais por parte das fontes pagadoras públicas e privada têm demandado serviços de longo prazo por serem mais adequados para a população e menos onerosos. Com o envelhecimento populacional as necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. O objetivo deste artigo, após revisão bibliográfica sobre realidades de sistemas de saúde de países desenvolvidos e levantamento de dados nacionais, é propor uma reflexão sobre as mudanças no padrão saúde e doenças, necessidades de cuidados diferenciados e eficiência do sistema de saúde por meio da reorganização em redes de serviços que incluam cuidados continuados. A transformação do sistema de saúde deve estar nas agendas de instâncias superiores do governo, pois faltam políticas públicas de saúde que norteiem como iremos acompanhar os longevos, as doenças crônicas e a estruturação e implementação de redes para continuidade de cuidados. O Brasil tem um grande potencial para evoluir em um sistema de saúde que integre os cuidados continuados, incluindo aquele voltado para problemas agudos e pós agudos configurando, assim, uma rede de cuidados.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Doenças Crônicas. Cuidados Continuados. Rede assistencial

ABSTRACT: The fast growth of the elderly population with chronic and degenerative diseases and pressures towards cost reduction, in public and private systems have required the use of long-term services considering they are more adequate for population needs and less expensive. Health requirements for an aging population tend to become more chronic and complex. Health systems

1 Mestre em Gestão para Competitividade FGV EAESP > arianeguilha@yahoo.com.br

2 Professora da FGV EAESP > ana.malik@fgv.br

need to be aligned with population demands, which will increasingly require changes in clinical care and social approaches. The purpose of this article, after a bibliographic search regarding health systems in developed countries and data collection regarding present Brazilian reality, is to propose a model for continuous care for the elderly and chronically ill in the form of a continuum of care. Brazil has a great potential to build up a health system that integrates care, including acute and post acute thus enabling the configuration of network of care.

Keywords: Population Aging. Chronic Diseases. Continuing healthcare. Network of care.

RESUMEN: El rápido crecimiento de la población anciana portadora de enfermedades crónicas y degenerativas y la presión por reducción de costos en los hospitales por parte de fuentes pagadoras públicas y privadas han demandado servicios de largo plazo, más adecuados y menos costosos. Con el envejecimiento de la población las necesidades de salud tienden a ser más crónicas y complejas. Es necesario alinear los sistemas de salud a las necesidades de las poblaciones que, cada vez más, exigirán cambio en el enfoque de los cuidados clínicos y asistenciales. El objetivo de este artículo, tras una revisión bibliográfica sobre realidades de sistemas de salud de países desarrollados y conocimiento de datos brasileños, es proponer una reflexión sobre los cambios en el estándar de salud y enfermedades, necesidades de atención diferenciada y eficiencia del sistema de salud a través de la reorganización en redes de servicios para cuidados continuados. La transformación del sistema de salud debe estar en las agendas de instancias superiores del gobierno, pues faltan políticas públicas de salud que norteen el seguimiento de los longevos, las enfermedades crónicas y la estructuración e implementación de redes para la continuidad de cuidados. Brasil tiene un gran potencial para evolucionar a un sistema continuado de atención a la salud que integre también los cuidados agudos y pos agudos, construyendo una red de cuidados.

Palabras clave: Envejecimiento poblacional. Enfermedades crónicas. Cuidados continuados. Red de cuidados.

REDE DE SERVIÇOS: DO CUIDADO AOS PACIENTES AGUDOS ÀS NECESSIDADES AINDA NÃO ATENDIDAS DOS PACIENTES CRÔNICOS.

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações acarretam, nacional e internacionalmente, entre outras causas, novas necessidades e crescimento das despesas com tratamento médico e hospitalar. O custo de internações e o tempo médio de permanência nos hospitais são expressivamente mais elevados para pacientes com doenças crônicas e degenerativas, que acometem mais os idosos¹. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por 72% das causas de morte, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.² As doenças agudas, por sua vez, são aquelas de curso mais ou menos longo e pouco previsível, podendo ser controladas de modo reativo e episódico. São consideradas condições agudas doenças inflamatórias e infecciosas,

apendicites, amigdalites, traumas e condições gerais, que se manifestam de forma aguda, como uma dor torácica, dor generalizada e febre. Muitas dessas podem evoluir para condições crônicas.² Estudos demonstram que o Brasil vive uma situação de tripla carga de doenças, que se define pela manifestação de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, com predominância de doenças crônicas e seus fatores de riscos, e o crescimento de causas externas.³

O modelo de gestão para atendimento das pessoas comprometidas por doenças crônicas exige profissionais especializados e continuidade do cuidado. No modelo de assistência vigente, o hospital está no centro do sistema e o médico é o principal tomador de decisão. O formato é, portanto, hospitalocêntrico, com ênfase em atividades curativas, orientado para a atenção às condições agudas, apresenta custos elevados e demanda por investimentos em equipamentos caros.⁴ Consequência disso, a assistência é fragmentada e reativa.

Os principais modelos de cuidados vigentes desde o século XX, ou seja, a assistência direta centrada no profissional médico e no hospital, foram concebidos para lidar antes de tudo com doenças agudas e infecciosas, numa época em que havia menos vacinas e terapêutica medicamentosa menos eficaz. Logo, seus resultados não são obtidos a partir da manutenção do bem-estar das pessoas com enfermidades crônicas. Pelo contrário, seu desempenho é medido por taxas de rotatividade de leitos e por altas concedidas. Exemplo clássico do modelo são os planos de saúde existentes no Brasil. A maioria de lesão, na verdade, planos de “doença”, pois não oferecem cobertura para continuidade do cuidado, monitoramento e adesão à terapia prescrita. Um seguro saúde pagará pela amputação de um membro gangrenado por causa de diabetes, mas normalmente não desembolsará um centavo pela conscientização do paciente quanto à importância de observar o tratamento, a fim de reduzir a probabilidade de um evento maior, nem estimulará que a equipe profissional faça exames vasculares detalhados durante o seguimento do paciente para o qual, frequentemente haverá limite no número de consultas autorizado.⁵

O aumento do número de pessoas portadoras de condições crônicas e de outros problemas que afetam o sistema de saúde só reforça a necessidade de se reestruturar o sistema de assistência, para um modelo que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde.³ A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que, para formar uma rede de atenção, é necessário estruturar medidas de integração, compondo um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população, disponibilizando espaços de articulação entre vários serviços, assistência à saúde continuada ao longo do tempo, integração vertical de diferentes níveis de atenção, vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão do trabalho intersetorial.⁶ Por meio dessa integração é possível ofertar serviços de promoção, preventivos e curativos, de acordo com as necessidades da população.

Com o envelhecimento populacional as necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde⁶ as perspectivas para o futuro próximo são de redução da queda da mortalidade nas idades avançadas e aumento do

número de idosos com fragilidades físicas e/ou mentais que demandarão cuidados continuados. Neste contexto se faz necessária uma rede de serviços para continuidade dos cuidados, um modelo que contemple os períodos de convalescença e recuperação, otimizando a capacidade funcional do paciente, preparando-o para cuidados de longo prazo¹ e, conseqüentemente, minimizando desfechos inapropriados, que resultem em internações desnecessárias, reinternações hospitalares e cuidados, e outros tipos de intervenção de utilidade discutível (procedimentos, medicamentos e exames).

O objetivo deste artigo é, a partir da análise de sistemas de saúde de países que já avançaram neste tipo de cuidado, propor uma reflexão sobre as mudanças no padrão saúde e doenças e necessidades de cuidados diferenciados. Em função disso, discutir a reorganização do sistema assistencial brasileiro com vista ao aumento da sua eficiência e eficácia utilizando redes de serviços para cuidados continuados, desde a promoção de saúde até o cuidado pós agudo.

NEM TODO PACIENTE CRÔNICO É IDOSO, NEM TODO IDOSO TEM PROBLEMAS CRÔNICOS

No Brasil vem ocorrendo uma transição epidemiológica, com mudanças no padrão de saúde e doenças. Essa transição se refere às modificações, no longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida e se modifica o perfil de saúde da população. Ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as condições crônicas e suas complicações, que implicam na utilização dos serviços de saúde e obrigam a readequação dos programas de atenção à saúde para atender melhor a população.⁷

A população idosa é mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando em sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, conseqüentemente acarretando situações de dependência e necessidade de cuidados. No entanto, considerando as características individuais, os determinantes sociais da doença e da saúde e as condições de vida e de assistência é possível atingir a chamada terceira idade sem condições crônicas. Pessoas com mais de 65 anos representarão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. Observa-se que esse fenômeno é mais expressivo entre as mulheres, decorrente da maior mortalidade no sexo masculino. Atualmente a estimativa de vida da população masculina é de 73 anos em média e, da população feminina, de 79 anos.⁸

É previsível que o aumento do envelhecimento populacional demande um sistema de cuidados diferenciados que contribuam para a melhora da integridade física e mental. Camarano e Kanso (2010) projetaram que o número de idosos brasileiros com necessidade por cuidados prolongados poderá crescer de 30 a 50% entre 2010 e 2020 dependendo das suas condições de autonomia.⁹

Os cuidados continuados são, como o nome afirma, aqueles prestados de maneira contínua. Os serviços voltados a cuidados continuados incluem uma ampla gama de serviços de saúde e cuidados pessoais. Atendem às necessidades de idosos frágeis e outros adultos, cuja capacidade para o autocuidado é limitada por causa de doença crônica, do declínio físico, cognitivo ou mental, ou de outras condições relacionadas ao período de convalescência.¹⁰ A proposta do modelo tem por objetivo diminuir internações e reinternações hospitalares, além de procedimentos desnecessários que podem ser evitados com o gerenciamento do quadro clínico e o engajamento do paciente em seu cuidado. Consequentemente ocorreria melhor utilização dos recursos investidos na saúde, evitando procedimentos pouco eficientes e pouco eficazes e cujos resultados podem ser avaliados por meio da mensuração dos desfechos clínicos.

TRATAMENTO DE PACIENTE CRÔNICOS NO BRASIL E EM OUTRAS REALIDADES

No Brasil não existia, até 2018, uma legislação que regulamentasse e especificasse a modalidade de atendimento a pacientes crônicos, a elegibilidade dos pacientes conforme a complexidade do cuidado necessário, o tipo de assistência a ser prestada e quais os estabelecimentos responsáveis pelo cuidado e por sua continuidade.

Os modelos de redes de atenção à saúde são recentes no Brasil. Segundo Eugênio Vilaça³, não há experiências em escala e nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde em países desenvolvidos indicam que estas podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na definição da American Geriatrics Society, os cuidados continuados são um conjunto de ações desenhadas para garantir a gestão e a continuidade da assistência aos pacientes que precisam ser transferidos de hospitais de agudos. Essa transferência é definida pelo termo transição de cuidados, que representa a transferência do paciente entre serviços de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados por meio de um plano de tratamento individualizado, desenvolvido por profissionais especializados em coordenação do cuidado.¹¹

Há países em que o serviço de cuidados continuados é regulamentado e está inserido no sistema de saúde, formando uma rede integrada. Neste artigo foi feita a opção por trabalhar com 2 modelos latinos e dois anglo saxões, considerados como exemplos na área, conforme quadro abaixo.

Quadro 1- Rede Integrada de Cuidados Continuados.

Pais	Serviços de cuidados continuados	Atendimento	Estrutura do serviço	Fonte
Portugal	Cuidados Continuados Integrados	Doentes crónicos e idosos	Unidades de internação para pacientes convalescentes	Carvalho MB, 2014
			Unidades de cuidados paliativos	
			Unidades ambulatoriais para atendimento dia	
Espanha	Cuidados Integrais	Doentes crónicos e idosos	Ambulatórios de geriatria	Garijo PS. Mata MC, 2001
			Unidades de cuidados paliativos	
			Unidades de distúrbios cognitivos	
			Unidades médicas especializadas	
Inglaterra	Cuidados de Saúde Continuados	Adultos e idosos com incapacidade física ou doenças crônicas	Hospitais para cuidados subagudos, pós-agudos ou intermediários	Moos S, 2018
			Residência do paciente	
			Casa de repouso	
			Clínicas especializadas	
Estados Unidos	Cuidados Pós-Agudos	Doentes crónicos e idosos	Hospitais de transição de cuidados	Burke RE, 2017
			Ambulatórios especializados	
			Centros especializados de enfermagem	
			Centros resolutivos integrados	
			Redes facilitadoras	

Fonte: Revisão bibliográfica

Portugal

O Serviço Nacional de Saúde português representa um dos pilares fundamentais do estado de bem-estar social e contribui para o desenvolvimento social. Um de seus resultados foi a mudança do indicador de aumento de anos de sobrevida de doentes crónicos e de pessoas com 65 anos ou mais.¹²

A construção da política de cuidados continuados integrados em Portugal teve início em 1994, com o Programa Apoio Integrado aos Idosos, que tinha como objetivo melhorar os cuidados já existentes e desenvolver modelos inovadores. Em 1996 o Ministério da Saúde e da Segurança Social percebeu a necessidade de criar uma rede de cuidados continuados (Despacho n. 204, de 3 de setembro de 1996). Em 2003 surgiu a primeira lei que instituía a implementação da primeira rede de cuidados continuados integrados (Decreto-lei n. 281, de 2003), que integrava as áreas social e da saúde, integrando todo o sistema para a prestação de cuidados continuados. Neste período foram criadas unidades de internamento, de recuperação global e móveis domiciliárias.¹³ A partir do ano de 2006, com a vigência da Lei n. 101, os cuidados continuados foram assumidos como direitos e integrados na política e no sistema de saúde.

Os cuidados continuados foram implantados por meio de um programa em nível nacional, com coordenação central e regional, que dispõe de cuidados de reabilitação, de média e de longa duração. O programa foi estruturado com unidades de cuidados de internamento para pacientes convalescentes, de longa duração, de média duração e de cuidados paliativos; unidades de ambulatórios para atendimento dia; equipes de gestão das altas hospitalares; unidades específicas para cuidados paliativos e unidades com equipes para atendimentos domiciliares. A maioria dos

pacientes encaminhados para a rede de cuidados continuados está na faixa etária de 65 anos e é portadora de doenças crônicas.

Nesse país o Serviço Social tem um papel fundamental nas políticas de saúde e de cuidados continuados integrados, pois por meio do plano de intervenção social, o serviço participa ativamente no planejamento da alta hospitalar do paciente, no direcionamento para unidades de cuidados continuados, e na integração dos pacientes no retorno à comunidade.¹² Embora a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) se destine a cidadãos de todas as idades, a maioria dos utilizadores da rede é composta de idosos com mais de 65 anos de idade. A crescente dependência de uma população progressivamente mais idosa e o aumento da incidência de doenças crônicas têm levado a uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a RNCCI. Simultaneamente, a indisponibilidade por parte das famílias de compatibilizar estas novas necessidades nas suas estruturas familiares e de prestar o apoio social necessário para esta população, levou à expansão dos cuidados continuados, cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crônicos e pessoas em situação de dependência.¹²

A Rede de Cuidados Continuados disponibiliza um relatório anual que apresenta vários indicadores, como: total de leitos e locais de atendimento dos cuidados continuados, tempo para identificação do provedor e internação por equipes de coordenação, número de pacientes encaminhados para a RNCCI, características demográficas e sociais dos pacientes, e taxa de ocupação. Também são mensurados indicadores sobre a qualidade do cuidado: autonomia física do paciente, prevalência e incidência de lesão por pressão, quedas e taxa de mortalidade.¹³

Espanha

A Espanha dispõe de redes de serviços para cuidados integrais, compostas por ambulatorios de geriatria, cuidados paliativos, distúrbios cognitivos, unidades médicas especializadas, e hospitais para cuidados subagudos, pós-agudos ou intermediários. Desde 1996 os critérios para organização de serviços de atenção à saúde de idosos e doentes crônicos na Espanha tem como objetivo cuidar de pacientes com déficit funcional recente, que sejam potencialmente reversíveis e que, após a fase aguda da doença, ainda necessitem de cuidados médicos, de enfermagem e, sobretudo, reabilitadores, que não podem ser realizados em domicílio. O foco do cuidado é restaurar a saúde, melhorar a independência e autonomia do paciente. O acompanhamento dos pacientes é realizado por avaliações multidisciplinares, que se desdobram em um plano de intervenção global e rastreamento especializado das condições de saúde físicas, cognitivas e sociais. A avaliação resulta em um relatório final obrigatório, compartilhado com o médico responsável pelo paciente.

Os pacientes admitidos na rede de cuidados integrais apresentam insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, lesão por pressão e desnutrição, além de lesões por trauma que exigem cuidados de enfermagem. Estudos apontam que 90% dos pacientes idosos crônicos atendidos na rede de cuidados integrais requeriam cuidados médicos e de enfermagem complexos durante a

fase aguda da doença. Para isso utilizaram as unidades geriátricas destinadas ao atendimento de pacientes em período de convalescença ou recuperação funcional.¹⁴ A equipe multidisciplinar da rede de cuidados integrais é composta por médicos geriatras e reabilitadores, psiquiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistente social. O atendimento ocorre por meio de protocolos específicos, monitoramento da evolução clínica, educação do paciente e de cuidadores. A média de dias de internação no serviço é dois meses. São monitorados os indicadores qualitativos da assistência: taxa de úlceras por pressão, quedas, infecções, delirium, incontinência urinária e fecal e redução da mortalidade.

Ao comparar os indicadores do serviço de cuidados integrais, com unidades convencionais de serviços de saúde, identificou-se que idosos crônicos atendidos em unidades de recuperação funcional diminuíram significativamente o declínio funcional, a institucionalização em lares para idosos e a mortalidade.¹⁴

Inglaterra

Os cuidados continuados de saúde na Inglaterra estão inseridos num pacote de cuidados organizado e financiado, desde 01 de outubro de 2007, exclusivamente pelo National Health Service (NHS), para indivíduos que não necessitam de cuidados hospitalares. O cuidado poderá ocorrer na própria casa do paciente ou em uma casa de repouso onde o paciente resida. Se o paciente for considerado elegível para atendimento do serviço, isto significa que o NHS pagará pelos cuidados prestados (o atendimento realizado por uma enfermeira, pela família ou por um terapeuta especialista). As necessidades de assistência social, como cuidados pessoais e tarefas domésticas (auxílio com o banho, vestir-se, preparar alimentos e fazer compras) também têm cobertura do NHS. Em uma casa de repouso o NHS pagará os custos da estadia, alimentação, medicamentos, cuidados de enfermagem e reabilitação, diretamente para o estabelecimento.¹⁵ São elegíveis para o serviço pessoas com mais de 18 anos de idade, que sofreram acidentes, que apresentem incapacidade física ou doenças crônicas em fase de agudização, avaliadas por uma equipe multiprofissional, e que tiveram suas necessidades para os cuidados continuados identificadas na avaliação global. O prazo de retorno da avaliação ocorrerá em até 28 dias. Caso o paciente esteja em fase terminal (Paliativo) o retorno é imediato. Pacientes não elegíveis para cuidados continuados retornam para seu médico de referência, que deverá avaliar outros tipos de suporte assistencial.¹⁵

A avaliação global do NHS é uma ferramenta nacional obrigatória de apoio à decisão que registra as necessidades do indivíduo em até 12 domínios: comportamento; cognição; necessidades psicológicas e emocionais; comunicação; mobilidade; nutrição; continência; integridade da pele; respiração; medicamentos em uso; estados alterados de consciência; e quaisquer outras necessidades significativas de cuidados. Três meses após a admissão é feita uma reavaliação para identificar os desfechos dos cuidados e informar por escrito se o paciente continuará tendo direito ao pagamento dos seus cuidados pelo NHS. Este serviço estabeleceu que o momento ideal para o

encaminhamento do paciente para cuidados continuados está no planejamento da alta hospitalar. Sendo assim, a avaliação global para verificar a elegibilidade é realizada nesse momento por uma equipe do hospital de agudos treinada e apoiada para a aplicação dos instrumentos de avaliação do NHS Continuing Healthcare.¹⁵ O benefício de realizar o processo desde o planejamento da alta hospitalar pode reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital, direcionar para o pacote de serviços correto e reduzir as reinternações hospitalares.

Estados Unidos

Noventa milhões de cidadãos estadunidenses são portadores de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, artrite e demência. Mais de um terço dos adultos jovens na faixa etária de 18 aos 34 anos, dois terços dos adultos entre 45 e 64 anos e aproximadamente 88% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica. A diabetes, a insuficiência cardíaca congestiva, a aterosclerose coronariana, a asma e a depressão são responsáveis por três quartos dos gastos diretos com a saúde nos Estados Unidos.⁵

Alguns hospitais se reorganizaram em centros resolutivos integrados (institutos) nos quais passaram a dispor de processos para integrar várias disciplinas necessárias para realização do diagnóstico, conduta terapêutica e continuidade dos cuidados para pacientes com doenças crônicas. Outro modelo disruptivo que vem obtendo destaque para gerenciamento das doenças crônicas, é o das redes facilitadoras. O referido modelo é a troca de informações entre os pacientes em redes sociais específicas (do próprio hospital). Um exemplo são as redes de perda de peso que estão voltadas para o desafio de reunir pessoas portadoras de enfermidade crônica de obesidade com o intuito de facilitar que elas se ajudem a atenuar o sintoma comum de suas enfermidades.⁵

O Medicare é um sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos. É destinado às pessoas de idade igual ou maior que 65 anos. Dispõe de serviços de cuidados continuados, oferecendo essa modalidade de atendimento após uma internação hospitalar. Conforme a necessidade do paciente, ele poderá ser encaminhado para hospitais de transição de cuidados, especializados em pacientes complexos que requerem tempo de recuperação prolongado (Ex. pós AVC, doenças cardíacas e infecções). Outras modalidades do serviço incluem: Outpatient Therapy (serviço de reabilitação física, terapia ocupacional e fonoaudiologia em ambulatórios especializados), Inpatient Rehabilitation Facility (reabilitação intensiva para recuperação de uma lesão ou doença) e Skilled Nursing Facility (serviços especializados de enfermagem).¹⁶ A estruturação do serviço de cuidados continuados teve início em 1980, após a realização de várias pesquisas que avaliaram a frequência, motivos e custos das reinternações hospitalares da população idosa beneficiária do Medicare.¹⁷ Outras pesquisas identificaram que os idosos recebiam alta hospitalar com múltiplas demandas de cuidados complexos para a família e cuidadores.¹⁸ Neste contexto, alguns programas começaram a se estruturar com o objetivo de melhorar a assistência após a alta hospitalar, com a identificação dos idosos vulneráveis, estruturação do plano de cuidados, e intervenções de cuidados em casa ou na comunidade.¹⁹

O processo de admissão para cuidados de transição se inicia no hospital, com a visita de um profissional (médico ou enfermeiro) que realizará o levantamento do histórico de saúde, exame físico, avaliação cognitiva, análise dos medicamentos em uso, complexidade de cuidados e avaliação das necessidades para as atividades básicas da vida diária. Se o paciente for elegível para o atendimento, é liberado um pacote de transição de cuidados, que varia entre 60 a 120 dias, a depender da complexidade assistencial. A proposta da assistência é norteadas por um plano de cuidados com metas estabelecidas que tem início no primeiro dia da admissão. Caso os dias liberados ultrapassem o limite estabelecido pelo Medicare, o paciente terá uma coparticipação no pagamento das diárias.

As parcerias estratégicas dos hospitais com as instituições de cuidados pós-agudos tiveram início no ano de 2012, após a Affordable Care Act (ACA - Lei de Cuidados Acessíveis) ter sido sancionada pelo presidente Barack Obama em março de 2010. A ACA estabeleceu o Programa de Redução de Readmissões Hospitalares do Medicare, oferecendo aos hospitais incentivos para reduzir as taxas de readmissão. Punições financeiras são impostas para os hospitais cujas taxas de readmissão de 30 dias para pacientes com infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia são significativamente maiores do que a média nacional.²⁰ Essas taxas são ajustadas de acordo com dados demográficos e fatores de risco do paciente. Em 2015, os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) expandiram esse programa para cobrir outros procedimentos, como artroplastia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), prótese de quadril e joelho. Desde a implementação do Programa, a taxa de readmissão de 30 dias para pacientes do Medicare diminuiu de 20% para 17,8%, para os grupos de Diagnosis Related Group (DRG) estabelecidos.²¹

Em 18 de setembro de 2014, o Congresso americano aprovou a Lei Medicare Post-Acute Care Transformation, que estabelece o compartilhamento das informações padronizadas da avaliação dos pacientes para todo o sistema de saúde. A avaliação clínica padronizada sugerida na Lei considera os seguintes domínios: status funcional; função cognitiva e estado mental; necessidades de serviços especiais, tratamentos e intervenções; condições médicas e comorbidades, e outras necessidades. O objetivo da Lei é tornar os cuidados mais seguros, reduzindo os danos causados na assistência, garantindo que cada pessoa e sua família estejam envolvidas como parceiras dos cuidados, promovendo comunicação eficaz, práticas de prevenção e tratamento mais eficazes para as principais causas de mortalidade, atuando nas comunidades para promover o uso amplo das melhores práticas para possibilitar uma vida saudável, tornar os cuidados de longa duração mais acessíveis para pacientes, famílias, empregadores e governos, desenvolvendo e disseminando novos modelos de prestação de serviços de saúde.¹⁹ Para mensurar a qualidade dos serviços prestados em estabelecimentos de cuidados continuados foram estabelecidos indicadores: taxa de integridade da pele e alterações na integridade desta, alterações no estado funcional e cognitivo, taxa de reconciliação medicamentosa, incidência de quedas com danos, compartilhamento das informações de saúde e as taxas de readmissões hospitalares potencialmente evitáveis.²⁰

Estudo aponta que o sistema de saúde americano passa por um alinhamento de incentivos

financeiros entre os prestadores de cuidados agudos e pós-agudos. Busca-se uma organização dos serviços entre o hospital, os médicos, o prestador de cuidados pós-agudos e o paciente, a fim de incentivar a prestação desses serviços baseada em valor. A proposta abrange programas de cuidados de longa duração e transição baseados em equipes responsáveis pelo cuidado, intervenções de gestão de casos contínuos, engajamento do paciente e da família, protocolos de comunicação entre provedores para compartilhar informações clínicas e sociais por meio de tecnologias interoperacionais de informação em saúde, e investimentos focados na cobertura clínica em ambientes de cuidados pós-agudos (exemplo equipes de telemedicina). As mudanças têm por objetivo incentivar a implementação de abordagens de alto valor para todos os envolvidos.²²

SITUAÇÃO BRASILEIRA: SETOR PÚBLICO E SETOR PRIVADO

Segundo registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES), o Brasil dispõe de 302.524 leitos públicos e 135.481 leitos privados.²³ Conforme padrão internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), o ideal é um dimensionamento de 3 a 5 leitos por mil habitantes. Para essa referência, o Brasil se encontra com uma baixa oferta, 2,3 leitos por mil habitantes.⁶

O relatório da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP-2018), demonstra que a média de permanência nos hospitais filiados foi de 4,27 dias. A taxa de ocupação foi de 76,85%, e o tempo médio de permanência na faixa etária 60 a 74 anos foram de 5,7 dias e para os pacientes acima de 75 anos, 9,3 dias. O sistema privado foi impactado com a redução no número de beneficiários de planos de saúde, representando 47,3 milhões de beneficiários que perderam o plano de saúde nos últimos 3 anos.²⁴ Neste contexto se faz necessária a correta gestão dos leitos disponíveis, pois a maioria dos pacientes não precisam estar internados em leitos de cuidados agudos.

Pesquisa de coorte longitudinal sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo realizada pelo SABE (estudo Saúde, Bem-estar e envelhecimento) e coordenada pela OPAS (Organização Pan Americana de Saúde), teve início em 2000, por meio de um estudo multicêntrico obtido por amostras probabilísticas.²⁵ O estudo traçou o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas residentes em sete centros urbanos da América Latina: Buenos Aires (Argentina); Bridgetown (Barbados); São Paulo (Brasil); Santiago (Chile); Havana (Cuba); Cidade do México (México) e Montevideu (Uruguai). Em São Paulo foram entrevistadas 2.143 pessoas (coorte A, ano 2000), com idade igual ou superior a 60 anos. Em 2006 (coorte B) foi avaliada a faixa etária de 60 a 64 anos. Em 2010 (coorte C) introduziu novas amostras probabilísticas, com o objetivo de avaliar as transformações que ocorreram no processo de envelhecimento entre diferentes gerações. Em 2015/2017 (coorte D), ocorreu a reavaliação de todas as coortes anteriores para verificar as alterações nas condições de vida e saúde, e seus determinantes. Utilizaram-se em todas as coletas um questionário, avaliação antropométrica, testes funcionais aplicados no domicílio, acelerômetro para medir os gastos calóricos, coleta de urina e sangue para avaliação de parâmetros bioquímicos, imunológicos e genéticos.²⁵

Destaca-se no estudo o aumento das doenças crônicas quando comparado aos anos anteriores. No ano de 2000, 53,3% dos idosos relatavam ter hipertensão, em 2017, foram 54,8%. A diabetes evoluiu de 17,9% para 24,6%. As doenças articulares que, no ano de 2000 representavam 31,7%, em 2017 passaram para 32,9% no grupo de idosos entre 60 e 64 anos. O câncer também apresentou uma evolução significativa: em 2000 representava 3,3% e em 2017 o percentual foi de 7,5%. Já as doenças crônicas cardíacas apresentaram declínio considerável: em 2000 foi de 19,5% e em 2017 reduziu para 14,1%. As doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) no ano de 2000 representavam 12,2%, em 2017 caíram para 10,8%.²⁵ Uma hipótese para o declínio de doenças cardíacas e DPOC é a melhora na atenção primária da saúde, mudança no estilo de vida e fatores de riscos.

No que tange às atividades da vida diária, 46% dos idosos entrevistados tinham dificuldade em pelo menos uma atividade da vida diária; 16,3% apresentaram multimorbidades; 10,2% tinham saúde ruim; 15,9% sofreram queda; 17,6% tinham dificuldades para as atividades de vida diária e 12,7% apresentavam dificuldade de administrar sua própria medicação.²⁵

O envelhecimento e as doenças crônicas são uma questão de saúde pública. Faltam políticas de cuidados de longa duração. Um estudo sobre envelhecimento e doenças crônicas, identificou que 660 mil idosos no Brasil estão acamados; 1,7 milhões vivem em instituições geriátricas; 16,5 milhões são independentes para o auto-cuidado; 5,5 milhões apresentam alguma incapacidade (física ou cognitiva) e 13,2 milhões apresentam alguma doença crônica.²⁶ Estes pacientes não estão sendo assistidos na integralidade de suas necessidades, seja pela falta de reconhecimento da sociedade das mudanças demográficas ou pela fragmentação e descolamento do sistema de saúde frente as demandas de saúde da população. O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em sua saúde, que são traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos. Vários elementos clínicos, biológicos e sociais afetam a saúde dos idosos, porém a perda da funcionalidade representa o condicionante mais importante, podendo ocasionar hospitalização, institucionalização e morte, e consequentemente grande impacto social e econômico.²⁷ Alguns serviços de cuidados continuados, ainda que timidamente, já são oferecidos no Brasil com nomenclaturas distintas: Cuidados de Transição (Care Transition), Cuidados de Longa Permanência (Long-term Care), Cuidados Continuados (Continuous Care), Cuidados de Curta Permanência (Short-term Care), e Cuidados Assistidos (Assisted Care) entre outros. O ponto de atenção é que não há um padrão estabelecido para esse tipo de serviços, nem considerando a nomenclatura. A legislação vigente necessita aprofundar-se no contexto das necessidades dos pacientes e no que, de fato, esses serviços podem oferecer e na relação custos/benefícios dos desfechos clínicos.²⁸

O Ministério da Saúde (MS) dispõe do serviço de Atenção Domiciliar (AD), que é modalidade de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Um dos papéis fundamentais na AD é a desospitalização, que proporciona agilidade no processo da alta hospitalar, com cuidado continuado

no domicílio através das equipes de atenção domiciliar.²⁹

Cabe ressaltar que algumas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) privadas, apesar de apresentarem características de instituição social, e estarem inseridas nas competências do Ministério da Cidadania (MC), ofertam serviços de assistência à saúde e continuidade do cuidado pós internação hospitalar para idosos com doenças crônicas. Em 2018 foi realizado um estudo³⁰ sobre este tipo de instituição que apresentou os seguintes resultados: no Brasil há 1451 ILPIs cadastradas no MDS, sendo 387 no estado de São Paulo. Destas instituições 46,6% são religiosas, 62,4% tem de 31 a 35 leitos e 51,6% dos idosos é do sexo feminino. Os principais motivos para institucionalização são: 56,6% maus tratos, 37% dificuldade da família para cuidar, 32,2% ausência de familiares e 26,7% necessidades de saúde e cuidados da vida diária. Entre as principais demandas de saúde dos idosos institucionalizados estão o controle de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão, AVC e sequela de AVC, problemas respiratórios, cardiovasculares e infecção do trato urinário. Entre 2016 e 2018 97,4% dos idosos residentes tiveram atendimento no SUS. As principais dificuldades relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde foram: acesso a médicos clínicos e especialistas, a exames complementares, a reabilitação, a medicamentos e fraldas. A taxa de ocupação das ILPIs gira em torno de 99,2%. As Instituições em estudo também atendem outros públicos que não são idosos, representando 21% das admissões, sendo que 25,9% destas são por ordem judicial, 17,3% por problemas de saúde mental, 11,1% por deficiência física, 6,2% encaminhadas pelo serviço de assistência social e 6,2% por necessidades de cuidados.³⁰

Estudos avaliaram os desfechos clínicos pós alta hospitalar na população idosa e concluíram que a falta da continuidade de cuidado implica em prejuízos funcionais e/ou cognitivos desses pacientes, levando-os a reinternações, e consequentemente elevando os custos, tanto para as operadoras de saúde, como para o sistema de saúde público.³¹

As redes de serviços de cuidados continuados são uma oportunidade para melhorar a eficiência do sistema de saúde, tanto na rede privada, quanto no sistema público, visto que leitos hospitalares são mais caros e dependem da alta rotatividade de pacientes para otimizar seus recursos instalados.

PARA ONDE DEVERÍAMOS IR? COM QUE DINHEIRO?

Ao analisar a experiência de outros países e comparar com o cenário de saúde brasileiro, que enfrenta o rápido crescimento da população idosa portadora de doenças crônicas e degenerativas e a pressão por redução de custos nos hospitais por parte das fontes pagadoras, refletimos o quanto é necessário estruturar os serviços de cuidados continuados, que são menos onerosos do que o modelo atual.

Estudos apontam que a maioria das readmissões potencialmente evitáveis são causadas por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que podem representar deficiências no atendimento das necessidades de cuidados dos pacientes. A qualidade desse processo de transição depende de informações fidedignas, preparação do paciente, familiares e cuidadores,

apoio ao autocuidado do paciente, e capacitação dos doentes nas metas de saúde estabelecidas.¹⁷

O envelhecimento vem acompanhado de doenças crônicas e incapacidades. Em um país que está envelhecendo de forma acelerada, a ausência de uma melhor articulação entre os players do modelo existente constitui um dos maiores problemas do sistema de saúde.¹ Observamos o aumento da sobrevida da pessoa doente, mas não evitamos nem acompanhamos as complicações incapacitantes das doenças, que comprometem a qualidade de vida e constituem um grave problema econômico e social. Se faz necessária a mudança da cultura do curar, ainda muito presente na área da saúde e enraizada na população brasileira, para a cultura do cuidar.¹

As instituições públicas e privadas de saúde sofrem com a crise econômica e financeira. A realidade é ruim para ambos os setores. De um lado, há uma perda expressiva do número de beneficiários de planos de saúde. De outro, o SUS fica ainda mais sobrecarregado e incapaz de atender à demanda da população. O cenário é desafiador para as autoridades de saúde, especialmente no que diz respeito a organização e implantação de novos modelos, métodos de planejamento, gestão da clínica, financiamento e resultado financeiro.

A transformação do sistema de saúde deve estar nas agendas de instâncias superiores do governo, pois faltam políticas públicas de saúde que norteiem como iremos acompanhar a estruturação e implementação de redes para continuidade de cuidados. Com uma estimativa de 64 milhões de idosos vivendo no país até 2050, o Brasil tem importantes questões de política pública para abordar, a fim de discutir ações que sejam articuladas e considerem a velocidade do envelhecimento da população brasileira e seus impactos na saúde. Cabe ressaltar que é dever do Estado a implantação e a regularização dos serviços de saúde.

Novas estratégias, soluções eficientes e iniciativas para cuidados continuados devem ser discutidas. É recomendável utilizar modelos que sejam referência, como por exemplo, os americanos e europeus, que dispõem há décadas, dos chamados cuidados prolongados, oferecendo atendimento customizado às necessidades dos pacientes. O Brasil tem um grande potencial para evoluir em um sistema de saúde que integre o Pre-Acute Care, o Acute Care e o Post-Acute Care, sendo assim possível a configuração de uma rede de cuidados.¹ A mudança para um sistema integral de cuidados continuados depende das esferas governamentais, do poder público, dos gestores de saúde e da sociedade.

Contribuição dos autores:

Os autores participaram em conjunto da construção científica do manuscrito, considerando as etapas de concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, redação e revisão crítica.

REFERÊNCIAS

1. Polisaitis AG. **Como estão inseridas nas políticas de saúde brasileira as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) e as clínicas de retaguarda?** [Trabalho aplicado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – EAESP/FGV; 2018. [acesso em 2018 nov 01]. Disponível em: https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/ta.ariane.polisaitis.vf_.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2018 nov 01] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.
3. Mendes EV. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde 2. ed. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2018 out 28] Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.
4. Mendes EV. Entrevista: **A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde**. Ciênc. saúde coletiva. Vol. 23 (n.2) Rio de Janeiro. Fev 2018 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
5. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. **Inovação na gestão da saúde: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- 6.OMS (Organização Mundial da Saúde). **Relatório Mundial de Envelhecimento em Saúde: Resumo**. United StatesofAmerica: OMS, 2015. [acesso em 2018 out 21] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=45092031383853A30B87B20FC8561F34?sequence=6.
7. Duarte EC,Barreto SM. **Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema**. Epidemiologia Serviços Saúde, v. 21, n. 4, p. 529-532, out./dez. 2012. [acesso em 2018 out 29] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/epidemiologia_servicos_saude_volume21_n4.pdf.
8. São Paulo. Fundação SEADE. **Portal de estatísticas do Estado de São Paulo** [website]. São Paulo: SEADE, 2018. [acesso em 2018 nov 05]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>.
9. Camarano AA,kanso S. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2018.

10. Harris K. **Long-term care services in the United States**: 2013 overview. Vital & Health Statistics, v. 3, n. 37, p. 1-107, dec. 2013. [acesso em 2018 nov 01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26158640>.

11. AGS (**American Geriatrics Society**). AGS portal [website]. New York: AGS, 2018. [acesso em 2018 nov 05]. Disponível em: <https://www.americangeriatrics.org>.

12. Carvalho MB. **Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal**: o planeamento da alta em Serviço Social. Katálisis, v. 17, n. 2, p. 261-271, jul./dez. 2014. [acesso em 2018 nov 05]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200261.

13. Boquinhas JM. **Políticas e sistemas de saúde**. Coimbra: Almedina, 2012.

14. Garijo P S, Mata MC. **Experiencia de la unidad de media estancia dependiente de la unidad geriátrica municipal delayuntamiento de Madrid**. RevEsp Geriatria e Gerontologia. 2001;36(4):211-220. [acesso em 2018 nov 04]. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X0174721X>

15. Moos S. **Continuing healthcare for the elderly**. Community Practitioner; London Vol. 91, Ed. 4, (May 2018): 30-32. [acesso em 2018 nov 04]. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/c50fe8b8c6999c60d64f7cd47f4deb30/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47216>

16. AHA (American Hospital Association). **Maximizing the value of post-acute care** [website]. Chicago: AHA, 2018. [acesso em 2018 nov 05]. Disponível em: <https://www.aha.org/guidesreports/2010-11-30-trendwatch-maximizing-value-post-acute-care>.

17. Coleman EA, Berenson RA. **Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care**. Annals of Internal Medicine, v. 141, n. 7, p. 533- 536, 5 oct. 2004. [acesso em 2018 nov 01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Coleman+EA%2C+Berenson+RA.+Lost+in+transition>.

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

19. Kairalla MC, Berretta JM. **Transição de cuidados**. In: Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. pp. 1233-1236.

20. Estados Unidos da América. **Affordable Care Act (ACA)**. EUA: Healthcare, 2018. [acesso em 2018 nov 03]. Disponível em: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>.

21. Hansen LO. **Intervenções para reduzir a hospitalização de 30 dias**: uma revisão sistemática. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 8, p. 520-528, 2011.
22. Burke RE. **Rise of post-acute care facilities as a discharge destination of US hospitalizations**. *JAMA Internal Medicine*, v. 175, n. 2, p. 295-296, feb. 2017. [acesso em 2018 nov 01]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25437642>.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)** [website]. Brasília, DF: Departamento de Informática do SUS, 2018. [acesso em 2018 nov 06]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.
24. Observatório 2018. **Perfil mercadológico e clínico**. Ed 10, 2018. ISSN 2319-0078 Publicação anual da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). [acesso em 2018 nov 07]. Disponível em: <https://ondemand.anahp.com.br/curso/publicacao-observatorio-2018>
25. Duarte OD. Estudo SABE: **Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo-coorte 2015**. Vigência 01 maio de 2015 – 30 de abril de 2019. [acesso em 2018 out 20]. Disponível em: <https://bv.fapesp.br/pt/auxilios/89845/estudo-sabe-estudo-longitudinal-de-multiplas-coortes-sobre-as-condicoes-de-vida-e-saude-dos-idosos/>
26. Gabriella DM, Antonio CM, Ana AS. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.19 no.3 Rio de Janeiro May/June 2016 [acesso em 2018 nov 01]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
27. Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; maio 2014. [acesso em 2019 março 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria 2.809, de 07 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2012. [acesso em 2018 nov 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html.
29. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro, 2013. [acesso em 2019 março 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

30. **Instituições de Longa Permanência Conveniadas com o MDS**; 2018; São Paulo: Ministério do desenvolvimento Social; 28 de agosto 2018. [acesso em 2018 nov 12]. Disponível em: www.mds.gov.br/webarquivos/.../5_Helena_ILPIs%20apresentação%20MDS3.pptx

31. Mesquita RV, Costa NE, Carvalho HC. **Políticas públicas de saúde para o envelhecimento e a velhice**. In: Freitas EV.; Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. pp. 1614-1621.

Artigo apresentado em: 16.11.2018

Artigo aprovado em: 13.03.2019

Conflito de interesses: os pesquisadores declaram não haver conflito de interesses

Suporte financeiro: não houve