



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ÉRIKA FERNANDES TRITANY

CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E HOSPITAIS COMUNITÁRIOS:
uma revisão integrativa

Rio de Janeiro

2019

ÉRIKA FERNANDES TRITANY

CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E HOSPITAIS COMUNITÁRIOS:
uma revisão integrativa

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

ÉRIKA FERNANDES TRITANY

CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E HOSPITAIS COMUNITÁRIOS:

uma revisão integrativa

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 19 de setembro de 2019.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)

IESC/UFRJ

Me. Roberto José Gervasio Unger

IESC/UFRJ

Dr. Túlio Batista Franco

Universidade Federal Fluminense - UFF

A meus pais,
Pela incrível combinação entre sonho e garra.

AGRADECIMENTOS

É preciso ousadia para enfrentar a vida. É preciso coragem para escolher os caminhos e perseverança para permanecer na caminhada. E, nesse percurso, eu escolhi observar os fluxos, colher algumas flores, catar algumas pedras, abraçar forte e manter as vistas no horizonte. Mas, na curva do tempo, as flores murcham, as pedras eu devolvo e tudo, tudo se transforma. É preciso coragem e perseverança para se manter caminhando.

Nos momentos de alívio e de sufoco eu agradeço àqueles que, comigo, compartilham a caminhada e me ajudam a cada passo.

À Breno, meu amor e parceiro para tudo; à Elaine, mamy rainha, minha fortaleza e meu jardim de flores; à Cláudio, meu pai, meu amigo e protetor; ao Rafa e ao Gui, meus irmãos, meus amigos e parceiros. Minha gratidão por me acompanharem em todas as etapas da vida.

Ao professor Paulo, por compartilhar comigo mais essa *ráfaga*, de muitas que ainda virão.

RESUMO

TRITANY, Érika Fernandes. **Cuidados intermediários e hospitais comunitários**: uma revisão integrativa. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Mudanças epidemiológicas resultantes do envelhecimento populacional motivou uma série de transformações nos sistemas de saúde mundiais. Nesse sentido, a partir da década de 1990, a Inglaterra começa a discutir a adoção de um modelo de cuidado em saúde chamado *Intermediate Care*, o qual promoveu o desenvolvimento de serviços de atenção intermediária em diversos países. O **objetivo** deste trabalho é congregar e analisar a literatura nacional e internacional produzida acerca dos Cuidados Intermediários, com ênfase nos serviços de Hospitais Comunitários. Para tanto, como **metodologia**, realizou-se uma revisão integrativa da literatura a partir da criação de 14 chaves de busca que combinou, com o operador booleano AND, seis descritores e palavras chave: “*Intermediate Care*”, “*Community Hospitals*”, “*Intermediate Care Facilities*”, “*Long-Term Care*”, “*Hospitals Chronic Disease*” e “*Rehabilitation Services*”. Os descritores foram combinados nos idiomas português, inglês, espanhol e italiano pela utilização do operador booleano OR. A busca foi realizada nas bases de dados Portal Regional da BVS, Pubmed e BDTD. Foi utilizado filtro nas bases de dados para obtenção de “documentos disponíveis”, em consonância com o acordo *Budapest Open Access Initiative*; e não foram limitados ano de publicação ou idioma. Dos documentos incluídos para síntese qualitativa, foram extraídas as informações: autor, ano de publicação, país, idioma, desenho de estudo, formato do documento, objetivo e principais resultados. Além disso, foi realizada síntese qualitativa dos documentos com vistas a contrapor resultados e argumentos dos autores para compor a discussão deste trabalho. **Resultados**: Nas três bases, a utilização das chaves de busca gerou 72.354 documentos. Com a aplicação do filtro “documentos disponíveis”, este número foi reduzido para 34.027, para os quais procedeu-se a leitura dos títulos. Após a leitura dos títulos, foram incluídos para a próxima etapa 203 documentos, os quais foram lidos os resumos, sendo incluídos 134, dos quais 73 foram excluídos por se tratarem de duplicidades; resultando em 61 documentos incluídos para leitura na íntegra. Após a leitura na íntegra foram incluídos 30 documentos para síntese qualitativa e composição desta revisão. 17 documentos eram provenientes do Reino Unido; 6, da Noruega; 4, da Espanha; 1, da Dinamarca; 1 australiano e 1 italiano. O idioma predominante foi o inglês (n=27), havendo também 2 em espanhol e 1 na língua norueguesa. Em relação ao desenho de estudo, houve uma boa distribuição: 2 estudos de caso; 5 seccionais; 4 ensaios clínicos randomizados; 5 estudos qualitativos; 5 coortes; 2 revisões narrativas; 1 ensaio clínico quase experimental; além de 2 protocolos de pesquisa e 4 comentários. A maioria dos documentos estava publicada em formato de artigo original completo (n=22), mas 8 tratavam-se de relatos breves. **Conclusões**: Persistem ainda lacunas na literatura sobre cuidados intermediários e dúvidas entre os governos sobre a melhor forma de prover esses serviços. Os resultados das pesquisas auxiliam os tomadores de decisão na implementação de políticas públicas de reorganização dos serviços de saúde, entretanto, as lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas. Estimula-se que mais estudos sejam realizados sobre a temática com vistas a fornecer melhor aparato teórico e técnico para tomada de decisão em saúde.

Palavras Chave: Cuidados intermediários. Hospitais comunitários. Serviços de cuidados intermediários.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da informação com as diferentes fases da revisão.	30
Figura 2 - O "Círculo Vicioso"	43
Figura 3 - Total de dias de cuidados durante 1 ano	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultado do levantamento bibliográfico e documentos incluídos pela leitura do título	29
Quadro 2 - Artigos selecionados para compor a revisão – extração dos dados	31
Quadro 3 - Resumo das Bases de Evidências dos Ensaios Clínicos Randomizados para Cuidados Intermediários	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDTD	Banco de Dissertações e Teses
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CI	Cuidados Intermediários
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GP	<i>General Practitioner</i>
HaH	<i>hospital at home</i>
HC	Hospitais Comunitários
HIV-AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ILPI	Instituição de Longa Permanência
NHS	<i>National Health Service</i>
NHSBN	<i>NHS Benchmarking Network</i>
NLU	<i>Nursing Led Units</i>
NSF	<i>National Service Framework</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PREM	<i>patient reported experience measures</i>
PUBMED	<i>US National Library of Medicine</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Atenção à Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 PERGUNTA DE PESQUISA.....	21
3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	21
3.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA	22
3.4 SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS	25
3.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	26
4 RESULTADOS	28
4.1 EXTRAÇÃO DE DADOS	30
5 DISCUSSÃO	42
5.1 ALTA DEMANDA POR LEITOS E RECURSOS HOSPITALARES	42
5.2 OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA INGLATERRA	43
5.3 AUDITORIA NACIONAL DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DO NHS – INGLATERRA.....	47
5.4 PROCESSO DE TRABALHO, GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA INSTITUIÇÃO DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	49
5.5 O HOSPITAL COMUNITÁRIO	50
5.6 HOSPITAIS COMUNITÁRIOS NA ITÁLIA	51
5.7 A TOMADA DE DECISÃO SOBRE ADMISSÕES EM HOSPITAIS COMUNITÁRIOS	54
5.8 RESULTADOS PROMISSORES PARA CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS.....	58
5.9 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS.....	61
5.10 ENVOLVIMENTO DOS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS COM CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E A COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL	63
5.11 EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES COM CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA DINAMARCA.....	66
5.12 CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA ESPANHA	70
5.13 CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA NORUEGA.....	71

5.14 DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO COM OS CUIDADOS AGUDOS	78
5.15 AVALIAÇÃO DE CUSTOS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	79
5.16 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CI: QUESTÕES POUCO ABORDADAS E SEU IMPACTO NOS SERVIÇOS	83
5.17 BARREIRAS AOS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
ANEXO	98
ANEXO A - DOCUMENTOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA COM OS RESPECTIVOS MOTIVOS DE EXCLUSÃO	99

1 INTRODUÇÃO

Breves considerações sobre as Redes de Atenção à Saúde no cuidado às condições crônicas

O cenário epidemiológico brasileiro observado nas últimas décadas aponta para a necessidade de se repensar modelos de atenção à saúde e apostas organizativas dos serviços de saúde (WHO, 2003). Crescente envelhecimento populacional e predomínio da incidência e prevalência de doenças crônicas evidenciam-se paralelamente aos, ainda frequentes, altos níveis de doenças infectocontagiosas e forte contribuição das causas externas (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016). O perfil de morbimortalidade brasileiro é, portanto, caracterizado por tripla carga de doenças, o que revela níveis de desenvolvimento econômico e social do país sem, no entanto, abandonar uma perspectiva histórica e política de vulnerabilidade social e iniquidades em saúde.

No que tange a organização dos sistemas de saúde é conveniente pensar numa divisão entre condições agudas - passíveis de serem respondidas por ações pontuais e reativas - e condições crônicas, que exigem ação continuada, proativa e um sistema integrado (MENDES, 2010). Nesse sentido, A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “Condições Crônicas” como aquelas que requerem cuidados continuados por longo período de tempo; abrangendo, assim, todas as doenças crônicas, condições relacionadas à ciclos de vida, deficiências físicas permanentes, distúrbios mentais de longo prazo e algumas doenças transmissíveis de curso longo que, a partir de avanços históricos do gerenciamento biomédico e comportamental, apresentam, atualmente, maiores condições de prevenção e controle, como HIV-AIDS por exemplo (WHO, 2003).

As condições crônicas apresentam particularidades que impactam na complexidade do cuidado em saúde. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas; elevada carga de doença, agravada pelo envelhecimento populacional, e prevalência de múltiplas comorbidades nos indivíduos (OPS; OMS, 2009). Estas condições apresentam progressão longa ou indefinida, ocorrendo períodos de agudização, e podem gerar incapacidades. (BRASIL, 2013). Tais questões impactam em um maior perfil de utilização dos serviços (MALTA *et al.*, 2017), aumento dos custos em saúde (ABEGUNDE *et al.*, 2007) e necessidade de adoção de uma abordagem complexa do cuidado pautada numa concepção de saúde ampliada (BRASIL, 2013b; OUVENEY; NORONHA, 2013; WHO, 2003).

A complexidade da abordagem de cuidado às condições crônicas evidencia-se pela necessidade da prestação de cuidados permanentes e continuados que requerem a utilização

de intervenções baseadas no uso de tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2006) desenvolvidas em diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde e associadas a mudanças de estilo de vida e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2013b; GRABOIS, 2009; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; WHO, 2003). Desse modo, a vigência de modelos de atenção em saúde e práticas de saúde que reproduzem o modelo médico hegemônico, focalizados mais na enfermidade e na predominância de eventos agudos e episódicos do que na saúde, que não visam atender às necessidades em saúde da população e ao princípio da integralidade do cuidado, compromete o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (PAIM, 2018; WHO, 2003) e fortalece a importância de mudança no paradigma do cuidado em saúde.

A integralidade, nesse sentido, aparece não apenas como uma diretriz constitucional do SUS, mas como bandeira de luta, parte de uma imagem objetivo voltada ao sistema de saúde, que carrega diversas dimensões e sentidos e se relaciona com ideais de justiça e solidariedade social (MATTOS, 2001). Orientar a organização dos serviços, o trabalho em saúde, e a formulação e implementação de políticas pelo princípio da integralidade significa romper com uma lógica meramente produtivista, de reducionismos e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001). Assim, a integralidade seria a expressão das necessidades em saúde apreendidas através das relações subjetivas entre sujeitos implicados e vinculados por noções de confiança, apoio, acordos e fortalecimento da autonomia dos cidadãos.

Os esforços para compreender, analisar, e compor estratégias de enfrentamento para questões relativas às necessidades em saúde apontam para os perigos do reducionismo na compreensão do que são as “necessidades em saúde”. É importante considerar que elas não se referem apenas ao atendimento oportuno dos sofrimentos dos sujeitos ou à capacidade técnica e política da gestão em evitar o sofrimento futuro; tampouco são abrangidas por uma única disciplina, dimensão ou metodologia de apreensão e análise da realidade (MATTOS, 2001).

Além disso, Mattos (2001) reforça que a apreensão das necessidades de saúde por profissionais ou serviços não deve suplantam a realidade. A estruturação do trabalho em saúde baseado apenas nesta apreensão pode significar um rompimento com a integralidade na medida em que o cuidado deixa de responder a necessidades que podem não ter sido consideradas no momento de estruturação do serviço. Dessa forma, a integralidade deve ser vista como um modo de organizar o trabalho em saúde sempre aberto à inclusão do atendimento a necessidades não previstas anteriormente caracterizando um processo contínuo de planejamento e organização das práticas de saúde.

Almeida Filho e Paim (2014) ressaltam uma multiplicidade de definições existentes para “Saúde”, sobretudo por esforços emergentes principalmente a partir dos anos 1980 para fundamentar uma concepção e uma prática vinculadas à ideia de saúde. Frente à multiplicidade de conceitos criados, exaltam que a saúde é uma realidade múltipla e complexa, referida através de conceitos, passível de apreensão empírica e análise e observável através de seus efeitos sobre o modo de vida das pessoas.

As várias dimensões do conceito de saúde, por sua vez, perpassam sua questão como um problema filosófico/epistemológico – pelo reconhecimento de saberes pertinentes a questões de vida, funcionalidade, sofrimento, morte e etc.; como uma função orgânica, estado vital individual ou fenômeno natural; como uma medida pela avaliação do estado de saúde das populações, indicadores e análises epidemiológicas; pela mensuração de seu valor, tanto do ponto de vista econômico quanto direito social; e pertinente à *práxis* da saúde como conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014).

Mudanças no paradigma do cuidado em saúde e seus desdobramentos nos serviços vêm se mostrando cada vez mais prováveis no contexto da produção teórica e da *práxis* em saúde. Estratégias como a Humanização da atenção (BRASIL, 2013a), o cuidado centrado na pessoa (WHO, 2003) e, mais recentemente, a atualização da definição de Cuidados Paliativos pelo Grupo de Cuidados Paliativos da OMS, *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* e “*la Caixa*” *Banking Foundation* – o conceito passa a incluir em seu escopo de objetivos e ações não apenas pacientes com condições ameaçadoras da vida e prognóstico limitado, mas também todas as condições crônicas progressivas, apresentando uma abordagem de cuidado multiprofissional que considere as dimensões física, psicológica, social e espiritual da dor (GÓMEZ-BATISTE *et al.*, 2017) – apontam para a insustentabilidade de uma concepção de cuidado em saúde e da organização de serviços centrados na doença, pautados na atenção às emergências e agudizações, em detrimento de seus determinantes e da antecipação dos riscos pela vigilância em saúde e ações de prevenção e promoção da saúde; e reiteram a pauta política de superação da fragmentação dos sistemas de saúde a partir do fortalecimento das Redes Integradas de Atenção à Saúde (RISS).

As RISS consistem em uma rede de organizações que planeja arranjos institucionais e/ou presta serviços de saúde de forma contínua e coordenada a uma população definida; responsabilizando-se pela prestação de contas relacionadas a resultados econômicos e do estado de saúde de sua população (SHORTELL *et al.*, 1993 *apud* OPS, 2008).

A adoção das RISS baseia-se na evidência de proporcionarem melhor desempenho aos sistemas de saúde a partir de melhora na acessibilidade aos serviços; redução da prestação de cuidado inapropriado e da fragmentação da assistência; melhora no arranjo organizacional do sistema e dos projetos terapêuticos, evitando desperdícios e investimento em infraestrutura desnecessária; maior eficiência no uso dos recursos por incremento na relação de custo efetividade dos serviços; e por responderem melhor às necessidades de saúde da população (OPS, 2008).

O objetivo da OPAS sobre as RISS é contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária em Saúde (APS), na medida em que fortalecem elementos essenciais da APS como porta de entrada prioritária; integralidade do cuidado; orientação familiar e comunitária, e seu protagonismo na coordenação do cuidado (OPS; OMS, 2009).

No Brasil, desde o ano de 2011 são empregados esforços para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir de redes temáticas pautadas, sobretudo, no fortalecimento da Atenção Primária e orientação dos usuários no uso dos serviços. Como principais características das RAS, pode ser observada a busca pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária como ponto central de comunicação; centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilidade pelo provimento de atenção à saúde contínua e integral; trabalho em equipe multiprofissional; compartilhamento de objetivos entre os diferentes níveis de atenção à saúde e compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014).

Entretanto, apesar dos esforços voltados ao estabelecimento de Redes e a promoção da integração, a fragmentação é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde (OPS, 2008; PAIM, 2018). Diversos são os seus efeitos sobre o desempenho dos serviços de saúde; manifestando-se principalmente em descoordenação, falta de comunicação entre serviços e níveis de atenção, ineficiência no uso dos recursos, aumento dos custos de produção, baixa capacidade resolutive do primeiro nível de atenção e cuidados realizados em níveis de atenção inadequados, entre outros desdobramentos que incidem diretamente sobre a qualidade das ações, continuidade do cuidado e resultados de saúde (OPS, 2008; OPS; OMS, 2009).

Ouverney e Noronha (2013) apresentam um conjunto de princípios organizativos que orientam a escolha de tecnologias e mecanismos na composição das estratégias de coordenação e, assim, favorecem a integração do sistema: longitudinalidade, de modo a compor uma ação coerente e efetiva; abordagem complexa e multidisciplinar; corresponsabilização, levando a um maior envolvimento dos sujeitos e ao trabalho em equipe;

territorialização, com vistas à compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença; intersetorialidade, baseada em uma concepção ampliada de saúde e promoção da cidadania; eficiência no uso dos recursos com vistas à efetividade das ações atrelada à sustentabilidade financeira; e orientação das ações à noção de contínuo aumento da qualidade, conferida através de instrumentos de avaliação de desempenho, zelo a parâmetros de qualidade e alinhamento do trabalho a projetos terapêuticos ajustados às necessidades dos cidadãos.

Nesse sentido, a integração pode ser compreendida como um *continuum* na prestação da atenção à saúde. A coordenação e a integração assistencial, em sua inter-relação, correspondem, assim, a etapas desse *continuum*, onde esta representa o nível mais avançado de coordenação (OPS, 2008). A Continuidade do cuidado, por sua vez, é a forma como se dá a experiência individual dos pacientes acerca da integração dos serviços e a coordenação assistencial. Não é, portanto, um atributo relacionado a provedores ou organizações; sua dimensão individual é o que a distingue dos conceitos de integração e coordenação, embora seja uma consequência destes (HAGGERTY *et al.*, 2003).

A continuidade do cuidado é conseguida através da união de elementos no caminho assistencial. Para que a continuidade exista, o cuidado deve ser experimentado como conectado e coerente (HAGGERTY *et al.*, 2003). Para isso, são projetados processos, arranjos organizacionais, mecanismos e instrumentos para melhorar a continuidade.

Cenário atual

No enfrentamento destas questões, a Atenção Primária é preconizada como estratégia principal de inovação aos sistemas de saúde, tanto na prevenção, como no gerenciamento das condições crônicas. Em documento de recomendação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a adoção de modelos que desenvolvam uma produção de cuidado não baseada na etiologia de um problema de saúde em particular, mas sim nas exigências que ele impõe ao sistema, ou seja, a produção de um cuidado planejado que consiga prever as necessidades do usuário (WHO, 2003).

Além disso, a insuficiência das práticas em nível hospitalar, frente às demandas de saúde e seus determinantes sociais, colocam aos sistemas de saúde novos desafios como: a grande absorção de recursos; o reconhecimento de distorções no funcionamento da atenção hospitalar - a utilização não indicada dos leitos com excessivo tempo de permanência; e elevada da taxa de ocupação pela população idosa. Estes desafios resultam em um confronto

entre o contínuo aumento dos custos e a necessidade de redução do financiamento (DEPARTMENT OF HEALTH, 2000; MENDES, 2010). Deste modo, a reorganização dos sistemas de saúde, pela construção de novas políticas e práticas para diferentes níveis de atenção, torna-se aposta de muitos países.

Já durante os anos 90, no enfrentamento destas novas demandas advindas da transição epidemiológica, principalmente em países que haviam concluído estes processos, como Inglaterra e Itália, tem-se a intensificação das discussões sobre custos e resolutividade dos sistemas de saúde, tendo como primeiras experiências ações de fortalecimento da atenção primária por meio de estratégias inovadoras (WHO, 2003, 2008).

A emergência dos Cuidados Intermediários neste cenário

É ao fim dos anos 1990 que os Cuidados Intermediários (CI) emergem como dispositivos para enfrentamento da crise dos sistemas de saúde que, por motivo da fragmentação do cuidado, não se mostravam resolutivos no atendimento das novas necessidades em saúde. As primeiras produções sobre *Intermediate Care* ocorrem na Inglaterra no contexto de discussões e recomendações das agências internacionais para cuidados em saúde mais próximos ao território (YOUNG, 2009).

Na Inglaterra, o conceito de Cuidados Intermediários foi proposto pela primeira vez no *National Beds Inquiry*, (DEPARTMENT OF HEALTH, 2000), tornando-se uma política de cuidados do *National Health Service* (NHS) nesse ano e sendo implementado como parte do *National Service Framework* (NSF) para pessoas idosas em 2001, apresentando uma introdução de serviços abrangentes de Cuidados Intermediários em toda a Inglaterra e financiamento de mais de 6700 vagas de CI (YOUNG, 2009).

Em virtude da escassez de evidências científicas que indicassem o modelo, não houve apoio universal à implantação dos Cuidados Intermediários na Inglaterra, sendo os principais argumentos, para tanto, as necessidades assistenciais apresentadas pela população e a insuficiência e inadequação dos serviços existentes para atendê-las (YOUNG, 2009).

Para definição dos Cuidados Intermediários foram propostos diversos conceitos e esclarecimentos. A versão descrita pelo NSF apresenta-o como uma série de serviços relacionados a cuidados mais próximos de casa indicando a expansão de serviços sociais e de saúde na comunidade. Apesar de algumas configurações de serviços propostos pelo NSF já existirem, havia uma expectativa de que os Cuidados Intermediários incorporassem novos padrões de trabalho e novas relações profissionais, tanto entre as diferentes profissões da

saúde quanto entre as agências prestadoras de serviço. Assim, alguns exemplos de serviços de Cuidados Intermediários, na Inglaterra, incluem: “*Geriatric day hospital; Hospital-at-home schemes and home-based rehabilitation; Nursing home-based rehabilitation; Community hospitals; Rapid response teams; Community assessment and rehabilitation teams (CARTS); Nurse-led units*” e serviços sociais como *Day centre rehabilitation* e *Residential care rehabilitation* (YOUNG, 2009, p. 1).

De modo geral, os Cuidados Intermediários tem sido definidos como serviços que buscam estabelecer um elo entre hospital e o domicílio, facilitando essa relação, bem como objetivando um maior ganho de independência funcional. O planejamento e implementação desses serviços ficou a cargo da atenção primária e dos serviços sociais (YOUNG, 2009). Podem ser definidos também como serviços voltados para pessoas que, de outro modo, seriam direcionadas a internações hospitalares prolongadas e desnecessárias, ou alvo de admissão inadequada em atendimento ambulatorial ou atendimento domiciliar de longo prazo (DEPARTMENT OF HEALTH, 2000).

Os Hospitais Comunitários

A partir de uma seleção feita por especialistas, pacientes com doença crônica descompensada que necessitem de atenção hospitalar, sem tecnologia diagnóstica complexa (assim definidos como subagudos) poderiam ser atendidos em unidades pós agudas, ou intermediárias (INZITARI *et al.*, 2012). A utilização dos cuidados intermediários, nesse sentido, pode representar uma redução na hospitalização no setor agudo e nos reingressos hospitalares precoces, sem aumentar a mortalidade nem o tempo de permanência global dos pacientes (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

Os hospitais comunitários (HC) são hospitais locais que fornecem uma variedade de instalações e recursos de saúde, sobretudo de reabilitação (ofertada por 97% dos HC do Reino Unido) e atendimento, majoritariamente, a um público mais idoso. Em geral, não incluem atendimento de emergência, internação médica intensiva, terapia intensiva ou cirurgias de grande porte. Em comparação a hospitais gerais, são apoiados em evidências de alta qualidade quanto a sua eficácia (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007, 2008; GREEN *et al.*, 2005), boas experiências relatadas pelos usuários (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015) e profissionais de saúde (REGEN *et al.*, 2008). Apesar de existirem cerca de 300 hospitais comunitários no Reino Unido, e tantos outros em desenvolvimento e plena operacionalização em diversos países, os hospitais comunitários ainda fazem parte da

incerteza que paira sobre serviços de cuidados intermediários, evidenciando a necessidade de mais estudos sobre essa temática (GLADMAN *et al.*, 2017).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e discutir a produção científica sobre a temática dos Hospitais Comunitários e do modelo de Cuidados Intermediários a eles atrelado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a literatura científica acerca da temática dos Hospitais Comunitários e o modelo de Cuidados Intermediários a eles relacionado;
- Compreender abordagens e modos de operação dos Cuidados Intermediários e dos Hospitais Comunitários em diferentes países;
- Discutir potencialidades e fragilidades inerentes aos Cuidados Intermediários e Hospitais Comunitários apontados pela literatura obtida;
- Apresentar reflexões acerca do estado da arte sobre o tema dos Hospitais Comunitários e do modelo de Cuidados Intermediários a eles atrelado.

3 METODOLOGIA

O presente estudo desenvolveu uma Revisão Integrativa da literatura com o objetivo de identificar o que se tem produzido na literatura científica nacional e internacional sobre a **temática dos Hospitais Comunitários e o modelo de Cuidados Intermediários a eles atrelado.**

A Revisão Integrativa consiste em uma metodologia de síntese do conhecimento científico. É a abordagem metodológica mais ampla quando comparada a outros formatos de revisão – como a sistemática, por exemplo - pois permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais; dados da literatura teórica e empírica; e pode tratar de temas relacionados a definição de conceitos, revisão de teorias, evidências e análises metodológicas. Trata-se de uma forma de identificar o conhecimento atual sobre uma temática específica, analisa-lo e sintetizar seus resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O processo de elaboração de uma revisão integrativa pode ocorrer a partir de seis etapas, quais sejam: (1) elaboração da pergunta norteadora, com vista a determinar os estudos a serem incluídos, os meios para sua identificação e as informações coletadas de cada documento; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados a partir dos estudos selecionados; (4) análise crítica dos documentos incluídos; (5) discussão dos resultados, a partir da interpretação e síntese dos resultados; (6) apresentação da revisão integrativa, de modo claro e completo, a fim de permitir ao leitor a avaliação crítica dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O porquê de elaborar esta revisão integrativa:

Conhecer o estado da arte da produção bibliográfica sobre um tema é um passo importante e inicial para a formulação de perguntas de pesquisa e desenvolvimento de estudos.

A partir dessa revisão integrativa, obteve-se um panorama geral sobre a produção científica nacional e internacional sobre o tema dos Hospitais Comunitários e do modelo de Cuidados Intermediários próprio a eles, possibilitando a identificação das características gerais desse nível de atenção à saúde, da forma como está sendo abordado na literatura, os tipos de estudo mais frequentes, os resultados das pesquisas que investigaram o tema e lacunas ainda inexploradas pela literatura, o que abre espaço para novas pesquisas serem realizadas.

3.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Assim, este trabalho é orientado a partir do seguinte questionamento:

O que se tem produzido na literatura nacional e internacional sobre Hospitais Comunitários e o modelo de Cuidados Intermediários a eles atrelado?

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para orientar a seleção dos documentos que compõem a presente revisão, foram seguidos os seguintes critérios de elegibilidade:

Crítérios de Inclusão:

1. Estudos relacionados à temática dos Cuidados Intermediários ou realizados em instituições de Cuidados Intermediários
2. Estudos relacionados ou realizados em Hospitais Comunitários;
3. Estudos transversais, observacionais, experimentais, revisões narrativas e sistemáticas e ensaios relacionados à temática dos Cuidados Intermediários, e/ou realizados em instituições de Cuidados Intermediários; e/ou que comparem instituições de Cuidados Intermediários com outros modelos de atenção à saúde;
4. Estudos disponíveis;
5. Estudos publicados em qualquer ano e em qualquer nacionalidade.

Crítérios de Exclusão:

1. Documentos não relacionados à temática dos Cuidados Intermediários ou cujo estudo não ocorreu em uma instituição de cuidados intermediários;
2. Estudos realizados em instituições de cuidados intermediários que, entretanto, o texto do documento apenas cita a instituição onde o estudo foi realizado, mas não descreve as características da instituição, não sendo possível identificar suas particularidades, diferenças e similaridades com outras instituições de cuidados intermediários ou se, de fato, atendem aos critérios de elegibilidade desta revisão;
3. Estudos exclusivamente relacionados ou realizados em domicílio; Instituições de Longa Permanência (ILPI); asilos de idosos; hospitais de agudos; Unidades Lideradas por

Enfermeiros (NLU, *nursing led units*); Hospitais Dia/centro-dia; *Hospices*, ou outra configuração de serviço intermediário sem o objetivo de estabelecer uma comparação entre diferentes modalidades assistenciais que inclua os Hospitais Comunitários;

4. Unidades de Cuidados Intermediários dentro de Hospitais Gerais ou relacionadas a alternativas à Terapia Intensiva.

5. Documentos relacionados à Atenção Psiquiátrica, ainda que realizados em instituições de cuidados intermediários;

3.3 ESTRATÉGIA DE BUSCA BIBLIOGRÁFICA

A partir de um primeiro levantamento sobre a temática dos Cuidados Intermediários no DeCS *Server* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram levantados os descritores e palavras chaves indicados abaixo, os quais apontam para aspectos gerais da temática proposta e apresentam-se promissores para potencializar os resultados das buscas na literatura. As palavras chaves indicadas consideram importantes conceitos sobre a temática que, entretanto, ainda não se apresentam como Descritores em Ciências da Saúde e, por isso, também foram utilizadas.

Descritores: Community Hospitals; Intermediate Care Facilities; Day Care; Hospital administration; Hospital Auxiliaries; Hospital Bed capacity; Hospital Restructuring; Hospital units; Hospital Volunteers; Hospitalization; Hospitals; Hospitals, Chronic Disease; Hospitals, Group Practice; Public Hospitals; Involuntary Treatment; Long Term Care; Iatrogenic Disease; Hospital Legislation; Rehabilitation; Rehabilitation Centers; Length of Stay; Rehabilitation Services; Rehabilitation Research

Palavras Chave: Intermediate Care; Intermediate Care Hospitals; Unnecessary hospitalizations.

Por sintetizarem as principais características do tema proposto, em sentido amplo, foram escolhidos os seguintes descritores e palavra chave para a realização do levantamento bibliográfico:

1. “Intermediate Care”
2. Community Hospitals
3. Intermediate Care Facilities
4. Long-Term Care
5. Hospitals Chronic Disease
6. Rehabilitation Services

Para aumentar a sensibilidade e especificidade dos achados bibliográficos, a estratégia de busca foi construída utilizando-se os operadores lógicos booleanos AND – para combinar diferentes descritores - e OR – para adicionar a opção de outros idiomas para um mesmo descritor.

Para a palavra chave “Intermediate Care” e o descritor “Community Hospitals” foi utilizado, além dos idiomas inglês, português e espanhol, também, o idioma italiano – Cure Intermedie e Ospedale di Comunità, respectivamente - por se tratar de temática bastante explorada na Itália, uma vez que o país possui uma tradição de desenvolvimento de serviços de saúde de Cuidados Intermediários, os quais são os chamados Ospedale di Comunità/ Hospitais Comunitários. Entretanto, o mesmo não foi realizado para os demais descritores uma vez que uma tradução literal pode não representar fielmente a forma como o descritor é utilizado no país. Nesse sentido, para os demais descritores utilizou-se apenas os idiomas inglês, português e espanhol.

Dessa forma, as buscas nas bases de dados realizaram-se a partir da utilização das seguintes chaves de busca:

Chave 1) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **= D1 + D2**

Chave 2) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **= D1 + D2 + D3**

Chave 3) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **= D1+D2+D4**

Chave 4) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Hospitals Chronic Disease **OR** Hospitales de Enfermedades Crónicas **OR** Hospitais de Doenças Crônicas **= D1+D2+D5**

Chave 5) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR**

Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Rehabilitation Services **OR** Servicios de Rehabilitación **OR** Serviços de Reabilitação = **D1+D2+D6**

Chave 6) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Rehabilitation Services **OR** Servicios de Rehabilitación **OR** Serviços de Reabilitação = **D1+D2+D4+D6**

Chave 7) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração = **D1+D3+D4**

Chave 8) Intermediate Care **OR** Cuidados Intermediários **OR** Cure Intermedie **OR** Cuidados Intermedios **AND** Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Hospitals Chronic Disease **OR** Hospitales de Enfermedades Crónicas **OR** Hospitais de Doenças Crônicas = **D1+D3+D5**

Chave 9) Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Hospitals Chronic Disease **OR** Hospitales de Enfermedades Crónicas **OR** Hospitais de Doenças Crônicas = **D2+D4+D5**

Chave 10) Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Hospitals Chronic Disease **OR** Hospitales de Enfermedades Crónicas **OR** Hospitais de Doenças Crônicas = **D2+D3+D4+D5**

Chave 11) Community Hospitals **OR** Hospitales Comunitarios **OR** Hospitais Comunitários **OR** Ospedale di Comunita **AND** Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Rehabilitation Services **OR** Servicios de Rehabilitación **OR** Serviços de Reabilitação = **D2+D3+D4+D6**

Chave 12) Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Hospitals Chronic Disease **OR** Hospitales de Enfermedades Crónicas **OR** Hospitais de Doenças Crônicas = **D3+D4+D5**

Chave 13) Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Rehabilitation Services **OR** Servicios de Rehabilitación **OR** Serviços de Reabilitação=**D3+D4+D6**

Chave 14) Intermediate Care Facilities **OR** Instituciones de Cuidados Intermedios **OR** Instituições para Cuidados Intermediários **AND** Long-Term Care **OR** Cuidados a Largo Plazo **OR** Assistência de Longa Duração **AND** Hospitals Chronic Disease **OR** Hospitales de Enfermedades Crónicas **OR** Hospitais de Doenças Crônicas **AND** Rehabilitation Services **OR** Servicios de Rehabilitación **OR** Serviços de Reabilitação=**D3+D4+D5+D6**

As chaves de busca, acima descritas, foram utilizadas, através de estratégia de Busca Avançada, para levantamento bibliográfico nas principais bases de dados em saúde: Portal Regional da BVS, PUBMED; e uma base de dados brasileira que reflete as produções científicas dos programas de pós graduação no Brasil: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

3.4 SELEÇÃO DOS DOCUMENTOS

O Levantamento Bibliográfico para seleção inicial dos documentos foi realizado no período de 10 a 30 de maio e foi utilizado filtro de “documentos disponíveis” para todas as bases de dados, em consonância com o acordo internacional *Budapest Open Access Initiative* (SUBER, 2012). Com este acordo, foram apresentadas à comunidade científica recomendações para o desenvolvimento de políticas de acesso irrestrito e gratuito às pesquisas acadêmicas com vistas a acelerar os esforços da pesquisa científica e atingir o maior número possível de leitores (SUBER, 2012).

A utilização da estratégia de busca acima descrita gerou muitos resultados. Isso pode ter ocorrido, principalmente, pela opção dos autores em incluir, na busca, um termo que não é classificado como Descritor em Ciências da Saúde, sendo apenas “palavra chave”: o termo “*Intermediate Care*” ou “Cuidados Intermediários”. Entretanto, a utilização desse termo, na nossa compreensão, era de fundamental importância por referir-se diretamente ao tema em pesquisa. Por isso, a sensibilidade do levantamento bibliográfico foi aumentada, sobretudo com a utilização da primeira chave de busca, responsável pela maior quantidade de resultados.

Frente a isto, dada a grande quantidade de artigos obtidos a partir das chaves de buscas utilizadas para seleção dos artigos, foi inicialmente realizada a leitura dos títulos dos trabalhos. Foram incluídos, para posterior leitura dos resumos, aqueles que se relacionassem

com a temática proposta, seja por apresentar alguma(s) das palavras chaves ou descritores correlatos ao tema ou que aparentemente pudessem se referir ao tema, mesmo sem apresentar palavras chave/descriptores. Buscou-se, dessa forma, aumentar a sensibilidade da captação de trabalhos e diminuir a chance de excluir um trabalho injustamente, frente à impossibilidade de ler todos os resumos obtidos nessa primeira etapa de seleção.

Como segunda etapa, foi realizada a leitura de todos os resumos dos documentos previamente selecionados pela leitura dos títulos, sendo selecionados outro grupo de documentos, os quais foram lidos integralmente com a finalidade de definir quais documentos seriam realmente incluídos nessa pesquisa. Os critérios de elegibilidade foram seguidos para orientar a seleção dos documentos em todas as fases da seleção.

Assim, o processo de trabalho desta revisão, seguiu a seguinte sequência de ações:

1. Preenchimento dos descritores de cada chave de busca nos campos da “Busca Avançada” de cada base de dados;
2. Sobre o resultado, adição do filtro: “documentos disponíveis”, em cada base de dados;
3. Seleção dos documentos disponíveis, resultantes de cada chave de busca, em cada base de dados, com base na leitura dos títulos;
4. Exclusão das duplicidades dos documentos selecionados;
5. Leitura dos resumos dos documentos selecionados com vistas a excluir aqueles que não atendessem aos critérios de elegibilidade e selecionar os que atendessem;
6. Leitura na íntegra de todos os documentos selecionados a partir da leitura dos resumos;
7. Exclusão de documentos que não atenderam aos critérios de elegibilidade, mas que não apresentavam todas as informações explícitas no resumo e, por isso, foram lidos na íntegra;
8. Inclusão dos documentos restantes na presente revisão;
9. Extração dos dados dos documentos e discussão dos resultados.

3.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Dos artigos incluídos nesta revisão foram extraídos dados referentes ao autor, ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, idioma de publicação do documento, delineamento do estudo, e tipo de documento (se artigo completo, relato breve, documento institucional, etc.), objetivo do estudo e principais resultados obtidos a partir do estudo. Estes dados compuseram um quadro (Quadro 2) com todos os documentos incluídos, permitindo a

síntese das principais características do conjunto de estudos publicados sobre a temática em análise.

Além disso, foi realizada uma síntese qualitativa dos estudos incluídos a partir da coleta dos principais resultados, argumentos e discussões apresentados em cada documento, com vistas a categorizar os principais eixos tratados nos estudos e elaborar uma discussão contrastando os diferentes pontos de vista e informações dos estudos. Para tanto, foram criados, na seção Discussão, eixos temáticos que congregassem informações convergentes entre os diferentes documentos incluídos, na tentativa de integrar as discussões apresentadas pela literatura. Entretanto, os enunciados desenvolvidos em cada eixo temático orientaram-se de modo transversal neste trabalho, onde os conteúdos de cada tópico relacionam-se e complementam-se, não tentando estabelecer pontos estanques para apresentação das discussões levantadas pelos autores.

4 RESULTADOS

Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), as chaves de busca criadas não geraram nenhum resultado (zero resultados para todas as chaves de busca). Para tentar aumentar a sensibilidade da busca sobre o tema nessa base de dados, foi realizado o levantamento bibliográfico também com os dois principais termos relacionados à temática, separadamente, quais sejam: Hospital Comunitário e Cuidados Intermediários. Foi utilizado o operador booleano **OR** para adicionar outros idiomas aos termos, aumentando sua sensibilidade:

- “Community Hospitals” **OR** “Hospitales Comunitarios” **OR** “Hospitais Comunitários” **OR** “Ospedale di Comunita”

A chave de busca gerou 3 resultados, porém, a partir da leitura dos títulos e resumos dos documentos, nenhum se enquadrou ao tema desta revisão.

- “Intermediate Care” **OR** “Cuidados Intermedios” **OR** “Cuidados Intermediários” **OR** “Cure Intermedie”

A chave de busca gerou 50 resultados, porém, a partir da leitura dos títulos e resumos dos 50 documentos, nenhum se enquadrou ao tema e critérios de elegibilidade desta revisão.

Assim, a base de dados BDTD não gerou resultados referentes à temática em análise, o que pode representar uma escassez da produção científica sobre Hospitais Comunitários e Cuidados Intermediários nessa base de dados.

Os resultados do levantamento bibliográfico e da primeira seleção, a partir da leitura dos títulos dos documentos, estão descritos abaixo, para cada chave de busca elencada, nas bases de dados Portal Regional da BVS e Pubmed:

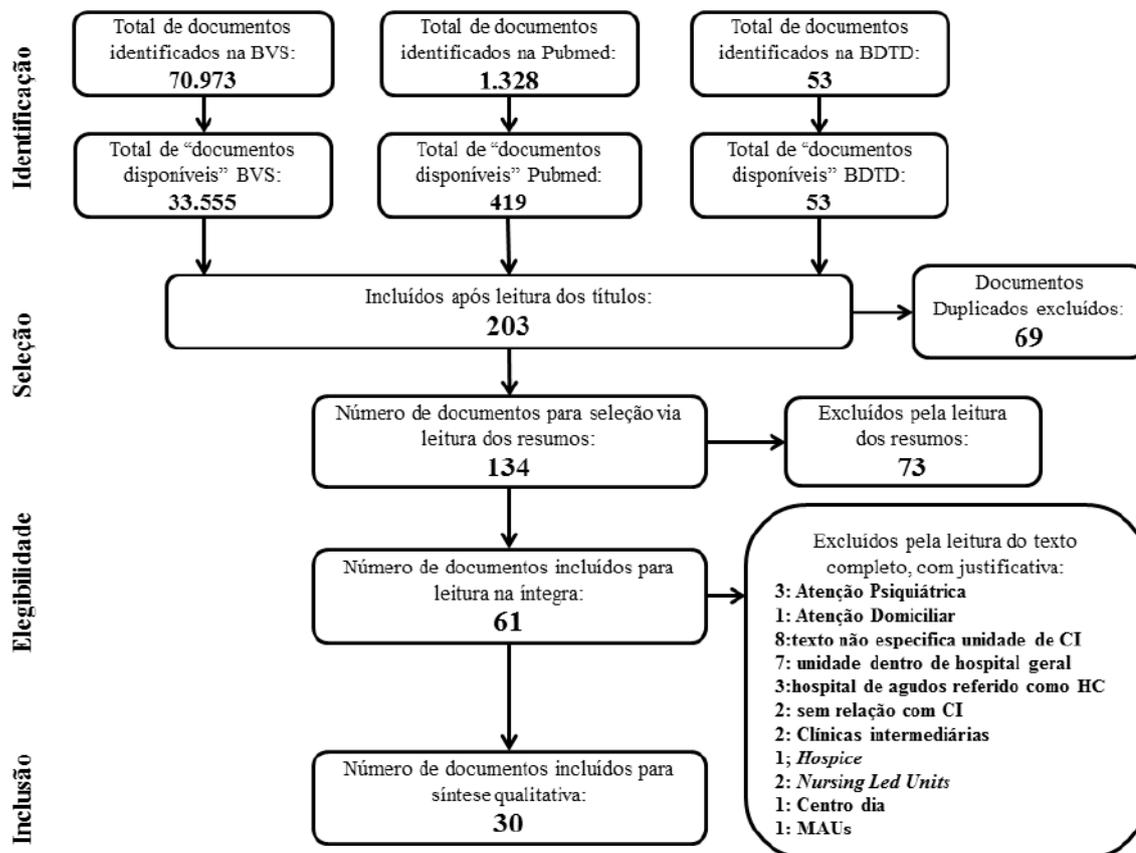
Quadro 1 - Resultado do levantamento bibliográfico e documentos incluídos pela leitura do título

Chave de Busca	BVS			Pubmed		
	Total	Total de “documentos disponíveis”	Incluídos pela leitura do título	Total	Total de “documentos disponíveis”	Incluídos pela leitura do título
Chave 1	67.991	33.102	97	441	133	16
Chave 2	0	0	0	74	26	10
Chave 3	0	0	0	44	12	1
Chave 4	0	0	0	42	19	2
Chave 5	1	1	1	61	24	4
Chave 6	0	0	0	30	17	0
Chave 7	1.374	11	3	247	47	5
Chave 8	1.374	382	47	33	13	3
Chave 9	0	0	0	188	55	3
Chave 10	0	0	0	19	9	1
Chave 11	0	0	0	36	17	0
Chave 12	116	29	3	23	10	2
Chave 13	116	29	3	58	20	0
Chave 14	1	1	1	32	17	0

Fonte: elaboração própria. Resultados do levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados de 10 a 30 de maio de 2019.

Os resultados do levantamento bibliográfico completo estão descritos no fluxograma abaixo o qual apresenta o quantitativo de documentos analisados em todas as etapas do estudo:

Figura 1 - Fluxograma da informação com as diferentes fases da revisão



Fonte: elaboração própria.

É importante ressaltar que, dos 61 documentos selecionados para leitura na íntegra, embora tivessem passado pelo filtro de "documentos disponíveis" das bases de dados, 23 documentos não estavam disponíveis para acesso aberto. Nesse sentido, foi utilizado o acesso institucional, a partir da rede da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o que possibilitou acessá-los gratuitamente, atendendo a um dos critérios de elegibilidade deste estudo.

Assim, após seguir todas as etapas de seleção de documentos, foram incluídos nessa revisão integrativa 30 documentos.

4.1 EXTRAÇÃO DE DADOS

Os documentos selecionados foram analisados e as informações dos 30 documentos incluídos foram extraídas e estão dispostas no Quadro 2, abaixo. A síntese qualitativa das informações foi realizada na seção Discussão desta revisão com vistas a contrapor os argumentos e achados dos autores dos estudos selecionados.

Os 30 documentos incluídos nesta revisão integrativa foram majoritariamente provenientes do Reino Unido, compreendendo 17 estudos, 56,6% do total (sendo, 4 da Inglaterra, 1 Escócia, 1 País de Gales, 1 Irlanda do Norte. Os demais não especificavam o país de origem). Além disso, 6 estudos noruegueses foram incluídos; 4, da Espanha; 1 da Dinamarca; 1 da Austrália e 1 italiano. O idioma predominante foi o inglês, com 27 documentos escritos nessa língua; havendo também 2 documentos em espanhol e 1 na língua norueguesa.

Em relação ao desenho de estudo, houve uma boa distribuição: 2 estudos de caso; 5 estudos seccionais; 4 ensaios clínicos randomizados; 5 estudos qualitativos; 5 coortes; 2 revisões narrativas e 1 ensaio clínico quase experimental (não randomizado); além de 2 protocolos de pesquisa e 4 comentários. A maioria dos documentos estava publicada em formato de artigo original completo (22 documentos), mas 8 tratavam-se de relatos breves (*brief report*), comprometendo, de certa forma, a qualidade do relato das pesquisas.

Quadro 2 - Artigos selecionados para compor a revisão – extração dos dados

Autor/Ano	País/ Idioma	Desenho de Estudo/ Formato do Documento	Objetivo	Principais Resultados
(HIGGS, 1985)	Inglaterra/ Inglês	Estudo de caso/ <i>Brief report</i>	Apresentar o caso do <i>Lambeth Hospital</i> , fechado em 1976 e, posteriormente, reinaugurado em 1985 como uma unidade comunitária de cuidados intermediários.	O artigo conta a história <i>Lambeth Community Care Centre</i> e os objetivos de sua fundação. O centro comunitário possuía 20 leitos para atendimentos pós operatórios, para pacientes em estágio terminal da vida e aqueles que necessitavam de cuidados agudos, mas não especializados, e pacientes com incapacidades ou deficiências e os cuidadores necessitavam de alívio periódico. Além disso, uma unidade de dia funcionava para atendimento de pacientes com características semelhantes a essa, com problemas de mobilidade e <i>déficits</i> funcionais para atividades da vida diária e mobilidade, exigindo terapia de reabilitação.
(SEAMARK <i>et al.</i> , 2001)	Reino Unido/ Inglês	Estudo Seccional/ <i>Brief report</i>	Conhecer o número e perfil dos Hospitais Comunitários do Reino Unido.	Foram identificados 471 Hospitais Comunitários no Reino Unido, totalizando 18.579 leitos, divididos entre leitos gerais, leitos de cuidados de idosos, cirúrgico, maternidade, cuidados paliativos e terminais, cuidados pós operatórios e alguns leitos de enfermagem. Foram identificados 7425 clínicos gerais, representando 20% da força de trabalho dos <i>general practitioners</i> .
(GRANT; DOWELL,	Escócia/ Inglês	Estudo de Caso	Identificar e compreender os fatores que influenciam as	Todos os <i>General Practitioners</i> relataram sentir que o uso do hospital comunitário

2002)		Qualitativo/ Artigo original completo	decisões dos clínicos gerais (<i>general practitioners - GPs</i>) sobre a admissão em Hospitais Comunitários.	proporcionou benefícios para os pacientes. Foram identificados seis temas mais evidentes que orientaram as decisões dos GPs, sendo três influências primárias, contextuais, e três influências secundárias, não contextuais. As influências primárias têm relação com o contexto no momento da admissão, que pode ser descrito em termos da capacidade do hospital, da capacidade do médico e da preferência do paciente. As influências “secundárias” ou “não contextuais” foram agrupadas em preocupações profissionais, influências pessoais e benefícios potenciais.
(GREEN <i>et al.</i> , 2005)	Inglaterra/Inglês	Ensaio Clínico Randomizado/ Artigo original completo	Determinar efeitos dos Hospitais Comunitários sobre a independência de idosos que necessitam de reabilitação em comparação com os cuidados em uma enfermaria para idosos em um hospital geral distrital.	O grupo que recebeu tratamento no hospital comunitário apresentou maior independência nos seis meses subsequentes à internação em comparação com o grupo que permaneceu no hospital geral.
(VETTER, 2005)	País de Gales, Reino Unido/ Inglês	Comentário	Analisar criticamente a política de cuidados intermediários adotada pelo <i>National Health Service</i> à luz das (poucas) evidências científicas produzidas.	Apesar dos esforços para o estabelecimento de evidências científicas que apontem para a eficácia dos Cuidados Intermediários e alguns resultados positivos obtidos, o autor ressalta as limitações inerentes aos estudos e evidencia pesquisas que alertaram cautela na adoção dessa estratégia de cuidado uma vez que sua segurança não é totalmente comprovada. Conclui que esta abordagem de cuidado em saúde ainda não está apta para adoção como política pública de saúde.
(GARÅSEN ; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007)	Noruega/ Inglês	Ensaio Clínico Randomizado/ artigo original completo * *Obs: os dois artigos subsequentes também se referem ao mesmo Ensaio Clínico, porém apresentam objetivos diferentes.	Estudar a eficácia dos Cuidados Intermediários em um Hospital Comunitário em comparação com cuidados “padrão” em um Hospital Geral após 26 semanas de seguimento.	O cuidado intermediário em um Hospital Comunitário comparado com o cuidado padrão em um Hospital Geral, reduziu significativamente o número de reinternações para a mesma doença (19,4% no grupo intervenção e 35,7% no grupo controle, com $p=0,03$) e aumentou o número de pacientes independentes dos cuidados comunitários e domiciliares (25% no grupo intervenção e 10% no grupo controle, com $p=0,02$), com um aumento insignificante do número de dias nas instituições e sem aumento da mortalidade. Em relação à morbidade e mortalidade, após 26 semanas de acompanhamento, os resultados favorecem a atenção intermediária alternativa no nível primário.

(GARÅSEN ; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2008)	Noruega/ Inglês	Ensaio Clínico Randomizado/ Artigo original completo *	Analisar os resultados do acompanhamento de 12 meses de pacientes atendidos em um Hospital Comunitário em comparação com o tratamento tradicional em Hospital Geral.	Nos 12 meses de seguimento, vieram a óbito 13 pacientes do grupo intervenção (18.1%) e 22 pacientes do hospital geral (31,4%); O grupo intervenção foi observado por um período de tempo maior (335,7 dias em relação a 292,8 dias do grupo do hospital geral); não houve diferenças estatisticamente significativas para necessidade de cuidados prolongados no nível primário ou número de internação ou dias gastos em leitos hospitalares gerais. Assim, o cuidado intermediário no hospital comunitário de Trondheim se mostou uma alternativa igual à assistência prolongada padrão oferecida no hospital geral da cidade.
(GARÅSEN <i>et al.</i> , 2008)	Noruega/ Norueguês	Ensaio Clínico Randomizado/ Artigo original completo *	Comparar os custos de internação e tratamento de pacientes em um Hospital Geral com um departamento intermediário em uma casa de repouso configurado como um Hospital Comunitário.	Os custos de cuidados de nível intermediário no hospital comunitário foram menores se comparados com os custos atribuídos aos cuidados no hospital geral (39,650 NOK - 95% CI 30,996-48,304 – no hospital comunitário e 73,417 NOK - 95 % CI 52,992-93,843) no grupo tratado em hospital geral, com $p < 0,002$). As diferenças nos custos podem ser atribuídas principalmente ao maior número de readmissões após a alta pelo grupo tratado em hospital geral e menores custos do tratamento no departamento intermediário.
(KAAMBWA <i>et al.</i> , 2008)	Reino Unido/ Inglês	Estudo Seccional a partir da análise de cinco estudos de caso referentes à Avaliação Nacional de Serviços de Cuidados Intermediários / Artigo original completo **	Avaliar custos e resultados associados a diferentes tipos de serviços de cuidados intermediários bem como analisar as características dos pacientes que recebem esses serviços.	Em relação aos critérios do Departamento de Saúde do Reino Unido, 47% dos pacientes analisados foram admitidos inapropriadamente em serviços de Cuidados Intermediários. Apesar da maioria dos serviços de CI nos locais de estudo serem de alta apoiada, os serviços de evitação da admissão foram associados a menores custos e maiores ganhos funcionais e de saúde, quando comparados à alta apoiada. Esses ganhos parecem ser maiores quando a gravidade da doença e o grau de dependência dos pacientes são também maiores; e também demonstra relação com a admissão ter sido realizada em serviço apropriado. Os autores sugerem a criação e adoção de critérios clínicos para admissão nos cuidados intermediários, bem como o desenvolvimento de cooperação entre prestadores de serviços hospitalares e comunitários.
(GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008)	Reino Unido/ Inglês	Estudo Qualitativo a partir da análise de	Apresentar as conclusões de uma avaliação nacional de cuidados intermédios, enfocando a relação entre	Parte de uma avaliação nacional de cuidados intermediários, este estudo destacou tensões significativas entre CI e agudos. Enquanto os participantes de

		cinco estudos de caso referentes à Avaliação Nacional de Serviços de Cuidados Intermediários / Artigo original completo **	serviços hospitalares (cuidado agudo) e cuidados intermédios a partir de entrevistas e grupos focais.	diferentes níveis de atenção têm diferentes pontos de vista, questões-chave incluem preocupações sobre o papel e o envolvimento dos clínicos agudos em cuidados intermédios; a segurança, qualidade e adequação dos cuidados intermediários para algumas pessoas mais velhas; acesso e a elegibilidade para os cuidados intermédios; uma falta de compreensão e sensibilização dos profissionais; e o risco e gestão dos riscos de compartilhamento de cuidado entre níveis de atenção diferentes.
(REGEN <i>et al.</i> , 2008)	Reino Unido/ Inglês	Estudo Qualitativo a partir da análise de cinco estudos de caso referentes à Avaliação Nacional de Serviços de Cuidados Intermediários / Artigo original completo **	Analisar os pontos de vistas de profissionais de saúde e gestores acerca da implementação dos cuidados intermediários na Inglaterra e suas percepções acerca dos desafios, benefícios e pontos frágeis relacionados à provisão desses serviços.	Os principais desafios aos Cuidados Intermediários identificados foram: escassez de mão de obra e de financiamento, dificuldade de trabalho em conjunto entre agências de saúde e assistência social e a falta de envolvimento por parte dos profissionais médicos. Os benefícios relacionados aos usuários relacionaram-se com flexibilidade, centralidade do cuidado no paciente e a promoção da independência. O trabalho em equipe multiprofissional e as oportunidades de flexibilidade de papéis foram percebidos pelos profissionais como os principais benefícios, além do local de provisão dos serviços contrastar favoravelmente em relação aos hospitais por propiciar um ambiente mais “caseiro” e acolhedor. As principais deficiências da provisão identificadas foram: capacidade insuficiente, problemas de acesso e coordenação deficiente entre serviços intermediários e hospitalar. Apesar dos benefícios relatados, o estudo indica que os cuidados intermediários podem não estar atingindo todo o seu potencial para aliviar a pressão dos sistemas de saúde e assistência social. O fortalecimento da capacidade e da força de trabalho, o aprimoramento de todo o sistema de trabalho e a promoção de cuidados intermediários entre médicos e outros profissionais responsáveis pela referência de pacientes foram relatados como prioridades futuras.
(YOHANNE S; BALDWIN; CONNOLL Y, 2008)	Reino Unido/ Inglês	Estudo Observacional de Coorte/ Artigo original completo	Investigar a prevalência e preditores de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes idosos admitidos em internação intermediária pós aguda para reabilitação e avaliar seu impacto no tempo de permanência, na incapacidade física e qualidade de vida dos idosos.	Foram analisados 173 pacientes, com uma idade média de 80 anos (de 60 a 97), sendo 60 homens. 130 (75%) sofreram uma ou mais quedas no ano anterior. A maioria tinha sido agudamente admitido ao hospital anteriormente aos CI (155, 90%), e 18 (10%) foram diretamente encaminhados para CI por seu GPs. 65 pacientes (38%) foram identificados com sintomas depressivos, 29 (17%) com depressão clínica, 73 (43% com sintomas

				de ansiedade, e 43 (25%) com ansiedade clínica. 15 (35%) dos últimos não apresentaram escores elevados de depressão (9% da amostra). Dos que apresentavam depressão clínica, 14 (48%) foram levemente deprimidos e 15 (52%) moderadamente deprimidos. A estada mais longa na unidade foi prevista pela severidade da depressão, inabilidade física, baixa cognição e pelo paciente viver sozinho. A depressão é um importante fator modificável que afeta o tempo de permanência. Os benefícios dos programas de manejo estruturado para ansiedade e depressão em pacientes internados em cuidados intermediários são dignos de avaliação.
(YOUNG, 2009)	Reino Unido/ Inglês	Artigo de Revisão Narrativa/ Artigo Completo	Apresentar uma narrativa sobre o desenvolvimento do conceito e dos serviços de Cuidados Intermediários na Inglaterra, bem como apresentar características gerais de cada serviço bem como evidências científicas existentes de sua eficácia.	Os CI na Inglaterra continuam a ser nutridos como política pública, entretanto, ainda não cumpriu com suas expectativas: os hospitais gerais ainda vivem pressões importantes e houve um aumento nas internações agudas. A base de evidências sobre modalidades de serviços de Cuidados Intermediários permanece irregular, mas a partir dos ensaios clínicos randomizados, aponta-se para o modelo de <i>Hospital at Home</i> como a melhor alternativa de serviços de CI. O modelo de <i>Community Hospitals</i> também mostra-se como uma alternativa viável.
(DIXON <i>et al.</i> , 2010)	Inglaterra, Reino Unido/ Inglês	Estudo Seccional a partir da análise de cinco estudos de caso referentes à Avaliação Nacional de Serviços de Cuidados Intermediários / Artigo Original Completo **	Avaliar a relação entre o <i>mix</i> de habilidades, os resultados dos pacientes, tempo de permanência e custos dos serviços de Cuidados Intermediários na Inglaterra.	O aumento do <i>mix</i> de habilidades, pelo aumento da variedade de profissionais da equipe de trabalho, está associado a uma redução de 17% dos custos dos serviços ($p=0,011$). Há fracas evidências ($p=0,09$) de que um aumento na proporção de pessoal de apoio para os profissionais qualificados acarreta em maiores escores de qualidade de vida dos pacientes.
(INZITARI <i>et al.</i> , 2012)	Espanha/ Espanhol	Estudo longitudinal observacional de coorte/ Artigo original completo	Avaliação da alta precoce de pacientes com doenças crônicas reativadas a partir de um hospital geral universitário e serviço de emergência para uma unidade de convalescença de um hospital público (análoga a estâncias de cuidados intermediários). Foram analisados os indicadores de resultado do projeto e as características basais dos pacientes que apresentaram	Foram encaminhados para cuidados intermediários 68 pacientes. A média de idades dos pacientes foi de 82,6 anos, sendo 48,5% do sexo masculino. Os diagnósticos principais foram majoritariamente doenças cardíacas (23,5%) e respiratórias (51,5%) crônicas descompensadas; 69,1% dos pacientes eram provenientes do serviço de urgência; o tempo médio de permanência no setor intermediário foi de 11,4 dias; após a alta, 82,4% dos pacientes regressaram ao local de origem, e apenas 4,4% vieram a óbito; 2,9% reingressaram em serviços de

			piores resultados assistenciais.	urgência ou hospitalares e 10,3% necessitaram de outros recursos socio-sanitários como cuidados prolongados ou paliativos. Características como sexo masculino e desnutrição pareceram estar associadas a piores resultados e menores chances de retorno ao local de origem. Assim, todos os critérios de qualidade definidos pelo plano diretor sócio sanitário do Departamento de Saúde da Cataluña foram atendidos. O encaminhamento rápido de pacientes bem selecionados com agudização de doença crônica, procedentes de serviços de urgências e hospitais gerais, para um hospital de atenção intermediária pareceu eficaz. Este modelo de cuidado em saúde parece se apresentar como uma alternativa à hospitalização aguda convencional. Ressalta-se a importância de uma avaliação geriátrica integral para os pacientes e a existência de uma equipe de especialistas para auxiliar na seleção dos pacientes.
(COLPRIM <i>et al.</i> , 2013)	Espanha/ Inglês	Ensaio clínico quase experimental (não randomizado)/ <i>Brief Report</i>	Comparar idosos que foram internados diretamente (a partir de casa) em Unidades Geriátricas de Cuidados Intermediários (ICGUs) com pacientes da mesma área geográfica que receberam alta do hospital geral para a mesma ICGU para completar tratamento e reabilitação. O objetivo era explorar se a admissão direta em ICGUs pode ser uma alternativa à hospitalização aguda seguida de reabilitação de cuidados intermediários.	Sessenta e cinco pacientes da mesma área de atenção primária (média de idade \pm 85,6 \pm 7,2, 66% mulheres) foram admitidos na ICGU para os mesmos diagnósticos principais, principalmente reativação de insuficiência cardíaca (55,4%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (20%) e doença renal crônica (9,2%) : 32 diretamente de casa e 33 após alta hospitalar aguda. Os dois grupos foram comparáveis para características clínicas, funcionais e sociais na admissão e desfechos de alta, incluindo mortalidade e transferências agudas. O tempo de permanência global foi significativamente maior para pacientes oriundos da internação hospitalar, comparado com aqueles admitidos direto de casa (60,8 \pm 26,6 vs 38,4 \pm 23 dias, $P < 0,001$). Dessa forma, apontam as internações diretas em unidades geriátricas intermediárias como uma alternativa à hospitalização aguda. Como principais limitações, os autores citam a falta de randomização e pequeno número de pacientes analisados; e encorajam a elaboração de ensaios clínicos randomizados e com maior número de pacientes para avaliar a eficácia da admissão direta em unidades geriátricas de cuidados intermediários como alternativa à hospitalização aguda.
(SANTAEU GÈNIA <i>et al.</i> , 2013)	Espanha/ Inglês	Comentário/ Carta ao editor	Apoiar os resultados apresentados por Colprim <i>et al.</i> (2013) com base em sua própria experiência em uma Unidade Geriátrica de	De dezembro de 2009 a julho de 2012, 201 pacientes foram internados no ICGU. As principais características da amostra foram comparáveis para o trabalho de Colprim <i>et al.</i> : idade 84,2 (10.2) anos; Índice de

			<p>Cuidados Intermediários. Apresenta dados transversais desta unidade para apoiar suas afirmações.</p>	<p>Barthel 40 (35,9); <i>cognitive impairment</i> em 56%; 87% dos pacientes oriundos do departamento de emergência e 13% diretamente da Comunidade. As principais condições agudas de admissão foram infecção respiratória (57%), insuficiência cardíaca (18%), infecção urinária (10%) e outros (15%). Duração da estadia na unidade foi 10.4 (5.6) dias. Taxa de readmissão pelo mesmo motivo dentro de 30 dias após a alta foi de 5,5%. A taxa de utilização de recursos de cuidados de saúde no prazo de 30 dias após a alta foi de 7,8%.</p> <p>Apresentam acordo com Colprim <i>et al</i> (2013) de que as ICGUs apresentam-se como alternativa à hospitalização convencional de pacientes mais idosos com doença crônica reativada, podendo evitar um efeito negativo da hospitalização e prestação de cuidados com foco nas necessidades dos pacientes vulneráveis.</p>
(LAPPEGA RD; HJORTDAH L, 2014)	Noruega/ Inglês	Estudo Qualitativo/ Artigo original completo	<p>Analisar a qualidade percebida dos pacientes atendidos em um hospital comunitário para auxiliar no desenvolvimento de alternativas gerais e locais para os hospitais gerais.</p>	<p>60 pacientes que faziam parte de um estudo controlado e randomizado responderam ao questionário. Foram realizadas 6 entrevistas e um grupo focal com representantes de autoridades locais, pessoal administrativo e profissionais de saúde. Pacientes do hospital comunitário relataram maior satisfação com aspectos assistenciais que os atendidos no hospital geral. Os fatores relativos ao hospital comunitário foram destacados foram: ambiente silencioso e acolhedor; uma instalação que lhes permitia boa visão geral da unidade; laços estreitos com a comunidade; continuidade na relação entre profissionais e usuários. Aspectos abrangentes ressaltados incluem: abordagem interdisciplinar e holística; apropriação e proximidade com as práticas locais; cooperação com serviços especializados.</p> <p>O estudo indica que a qualidade percebida deve ser uma das principais motivações para o desenvolvimento de alternativas às internações em hospitais gerais.</p>
(KILGORE, 2014)	Inglaterra/ Inglês	Artigo de opinião (revisão narrativa?)/ <i>Brief Report</i>	<p>Apresenta alguns resultados do Relatório da Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários da Inglaterra, divulgado em 2013, e discute os desafios à prestação dos CI na Inglaterra.</p>	<p>São enfatizados argumentos apontados no Relatório Nacional de Auditoria. Os principais argumentos para os problemas de capacidade estavam relacionados com a grande variação de configuração, tamanho e desempenho entre os serviços fornecidos nas diferentes localidades; maior ênfase em serviços <i>step down</i> (alta precoce apoiada) do que nos <i>step up</i> (evitação da admissão); formação dos profissionais de enfermagem excessivamente focada em cuidados agudos e especializados, lacunas na formação de habilidades específicas</p>

				para cuidados intermediários e orientação para a comunidade; lacunas na formação profissional em saúde mental e demência.
(DAHL; STEINSBEKK; JOHNSEN, 2015)	Noruega/ Inglês	Estudo observacional controlado não randomizado/ Artigo original completo	Investigar e comparar a eficácia das altas hospitalares, de pacientes com 60 anos ou mais, em um município com um hospital de Cuidados Intermediários (intervenção) com um município sem um hospital de CI (controle), em termos de readmissões hospitalares, mortalidade, atividades da vida diária (AVD) e cuidados de saúde.	Foram incluídos 328 pacientes internados no hospital geral de referência para os dois municípios. Os pacientes foram acompanhados durante um ano. A existência de um hospital de cuidados intermediários no município favoreceu menor tempo de internação hospitalar (4,2 dias a menos que os pacientes do município sem CI) e apresentou o mesmo risco de readmissões, mortalidade e necessidades de cuidados pós hospitalização que o município sem um hospital de CI.
(DAHL <i>et al.</i> , 2015)	Noruega/ Inglês	Coorte retrospectiva/ Artigo original completo	Comparar a utilização de cuidados de saúde por pacientes idosos em um município com um hospital de cuidados intermediários, com um município sem hospital de cuidados intermediários.	O tempo de internação hospitalar diminuiu desde a introdução do hospital de cuidados intermediários e se manteve entre 10% a 20% menor que no município comparativo. Não houve diferenças no número de readmissões ou admissões durante o acompanhamento de um ano no hospital geral local ou mudanças na utilização dos cuidados de saúde primários foram observados. No ano após a alta hospitalar, o município com um hospital de CI ofereceu mais horas de cuidados para pacientes idosos que moravam em casa (média estimada=234 [IC 95% 215-252] versus 175 [IC95% 154-196] horas por pessoa e ano), enquanto o município comparativo apresentou maior utilização de permanência prolongada em asilos (média estimada=33,3 [IC95% 29,0-37,7] versus 21,9 [IC95% 18,0-25,7] dias por pessoa e ano). Este estudo indica que a introdução de um hospital de CI reduz rapidamente o tempo de permanência hospitalar sem expor os pacientes a um risco aumentado para a saúde. O HCI parece funcionar como uma extensão do hospital geral.
(MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015)	Dinamarca/ Inglês	Estudo Qualitativo/ Artigo original completo	Explorar a experiência de idosos em uma unidade de cuidados intermediários pós internação hospitalar.	Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas. A essência de estar na unidade de CI foi concebida como “momentos de alívio condicional” constituído das seguintes questões: “acessível, abraçando o cuidado”; “uma corrida contra o tempo”; “refeições – convenções com modificações”; “contato em termos desiguais”; “vida em outros termos” e “ajuda informal, mas essencial”.
(YOUNG <i>et al.</i> , 2015)	Reino Unido/ Inglês	Artigo de Opinião/ Comentário (<i>Brief Report</i>)	Apresentar alguns resultados da Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários, do ano de 2013, com vistas a discutir, de forma sintética, avanços e desafios dos Cuidados Intermediários.	A Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários cobre aproximadamente metade dos serviços do NHS, na Inglaterra; Há uma variação local considerável na provisão de serviços de CI, e a capacidade de atendimento das necessidades da população é estimada em

				cerca de metade; Existem evidências de que os serviços de CI poderiam ser mais bem integrados com outros serviços de saúde e assistência social; a experiência relatadas pelos pacientes (6.449 usuários pesquisados) é muito positiva, mas há necessidade de maior envolvimento dos pacientes em metas e decisões de cuidado.
(MILTE <i>et al.</i> , 2015)	Austrália / Inglês	Estudo Qualitativo/ Artigo original completo	Descrever os encontros entre idosos, cuidadores e geriatras em cuidados intermediários e explorar as características associadas à comunicação do processo de tomada de decisão compartilhada.	Foram avaliadas 59 reuniões familiares envolvendo geriatras, familiares ou cuidadores e pacientes admitidos em um serviço de cuidados intermediários após admissão hospitalar aguda. As reuniões duraram em média 38 minutos, sendo uma característica importante para desenvolvimento da competência de tomada de decisão compartilhada, apresentando melhor desempenho nas reuniões mais longas. Os temas mais discutidos foram problemas médicos (n=59), medicamentos (n=59), planejamento avançado de cuidados (n=55) e destino da alta (n=53). Embora muitas vezes discutido, o planejamento de cuidados avançados foi iniciado pelo geriatra na maioria das reuniões (n=54). Tópicos de discussão comumente iniciados por pacientes e cuidadores incluíram destino de alta (n=17), medicamentos (n=14), problemas de continência (n=11) e descrições de problemas médicos atuais (n = 10).
(MILLAR <i>et al.</i> , 2016)	Reino Unido – Irlanda do Norte/ Inglês	Estudo transversal/ Artigo original completo	Compreender a conscientização e envolvimento dos farmacêuticos comunitários com os serviços de CI, suas percepções acerca da transferência de informações sobre medicações para os pacientes e suas visões acerca do desenvolvimento de um serviço de farmácia comunitária.	Foram enviados questionários postais aos farmacêuticos comunitários. A taxa de resposta foi de 35,3% (190 de 539). 47,4% “concordaram” e “concordaram fortemente” que entendiam o termo Cuidado Intermediário. Três quartos dos entrevistados não sabiam se estavam envolvidos com prestação de serviços intermediários. 1,2% relatou terem sido comunicados sobre mudanças de medicações dos pacientes em hospitais ou centros de CI “todo o tempo”. Apenas 9,5 e 0,5% dos entrevistados “concordaram fortemente” que a comunicação do hospital e CI, respectivamente, foi suficientemente detalhada. No total, 155 (81,6%) profissionais indicaram que gostariam de maior envolvimento com os serviços de CI. “Carga de trabalho atual” foi classificada como a barreira mais importante para desenvolvimento dos serviços.
(GLADMA N <i>et al.</i> , 2017)	Reino Unido/ Inglês	Protocolo de Pesquisa	Medir o desempenho relativo (custo-eficiência) dos serviços de reabilitação em hospitais comunitários; identificar as características da reabilitação em hospital	Por se tratar de um protocolo de pesquisa, o estudo ainda não apresenta resultados, bem como não foram citados pelos autores resultados esperados.

			comunitário que otimizam seu desempenho; investigar o impacto atual da reabilitação de pacientes internados em hospitais comunitários na atenção secundária e o impacto social caso o hospital comunitário fosse otimizado; examinar a relação entre a configuração do cuidado intermediário e da atenção secundária e desenvolver <i>kits</i> de ferramentas para comissários e provedores de hospitais comunitários para melhoria de seu desempenho.	
(OLIVER, 2017)	Reino Unido/ Inglês	Comentário	Apresentar alguns aspectos ressaltados nos relatórios de auditoria de cuidados intermediários de diferentes anos, com vistas a discutir, de forma sintética, avanços e desafios dos Cuidados Intermediários no Reino Unido.	A auditoria nacional de CI de 2015 descreveu mais de 340 serviços de 95 provedores na Inglaterra e 53 grupos de comissionamento clínico. Mais de 90% dos 12 mil pacientes descritos no relatório da auditoria mantiveram ou melhoraram sua independência funcional. 4 em 5 retornaram para casa. Aproximadamente metade relatou melhora no convívio social e experiências relatadas pelos pacientes mostrou que a maioria gostava e valorizava o serviço. Os CI parecem ser de baixo custo, em relação às internações hospitalares ou domiciliares. Entretanto, perduram desafios: baixo investimento em serviços de CI para atender a necessidade da população; capacidade de serviços de CI inferior à demanda e à necessidade da população; aumento do tempo entre encaminhamento e aceitação do paciente no serviço; atrasos nas transferências de pacientes clinicamente estáveis internados no hospital.
(SANTAEUGÈNIA <i>et al.</i> , 2017)	Espanha/ Espanhol	Protocolo de Pesquisa	Avaliar a efetividade clínica de um modelo de atenção intermediária baseado em um sistema de atenção centrado em processos clínicos integrados (<i>integrated care pathways</i>) em comparação ao modelo de atenção socio-sanitário tradicional na Cataluã.	Por se tratar de um protocolo de pesquisa, o estudo ainda não apresenta resultados.
(WILLIAMS <i>et al.</i> , 2018)	Reino Unido/ Inglês	Estudo transversal e qualitativo/ Artigo original completo	Examinar o impacto da introdução de um serviço domiciliar de Apoio Comunitário Intensivo (ACI), especificamente para avaliar como a introdução do ACI impactou nas admissões em Hospital Comunitário (HC), examinar a interação	No período estudado (09/2012 a 09/2014), houve 5653 admissões no hospital comunitário. Após a introdução do ACI houve uma maior distribuição de pacientes para os hospitais comunitários e ACI, reduzindo o número de pacientes admitidos no hospital comunitário. Pacientes e prestadores classificaram ACI e hospital comunitário favoravelmente

			entre os serviços e as opiniões dos pacientes, cuidadores e profissionais de saúde de ambos os serviços.	quando comparados ao hospital agudo. Em geral, houve boa receptividade do ACI pelos profissionais, onde os gerentes apresentavam uma visão mais clara sobre o que era o ACI em relação à equipe local. Foi observado um consenso de que o ACI estava trabalhando com pacientes menos complexos e dependentes do que o previsto. O ACI pode fornecer um complemento viável e aceitável ao hospital comunitário.
(PIANORI <i>et al.</i> , 2018)	Itália/ Inglês	Estudo observacional de coorte retrospectiva/ Artigo original completo	(1) Descrever as necessidades de saúde atendidas pelos hospitais comunitários da região Emilia Romagna, Itália, e as características dos pacientes hospitalizados; (2) avaliar os indicadores de processo e desfecho por meio da realização de uma avaliação comparativa da qualidade da assistência.	Foram incluídos no estudo 2.121 pacientes residentes da região Emilia Romagna que receberam alta, em 2016, dos 14 hospitais comunitários da região. A média de permanência no hospital comunitário foi de 22,4 dias (variação 13,1-31,5 dias) e 62,5% dos pacientes eram do sexo feminino. As fontes de admissão mais comuns foram: hospital (71,8%) e casa (27%). Altas de rotina (60%) e altas domiciliares planejadas (13,6%) e transferências para hospitais públicos ou privados (10,8%). O índice de Barthel médio na admissão (32,8) e alta (47,6) apresentou diferença média de 15,3 considerada estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Ocorreu readmissão hospitalar em três meses em 20,2% dos pacientes. É importante que sejam desenvolvidos <i>guidelines</i> e protocolos para definir quais pacientes se beneficiariam mais dos cuidados intermediários e hospitais comunitários. Além disso, faz-se necessário que esses serviços sejam avaliados em sua qualidade através de indicadores internacionalmente comparáveis, incluindo experiência e satisfação do paciente.

Fonte: elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

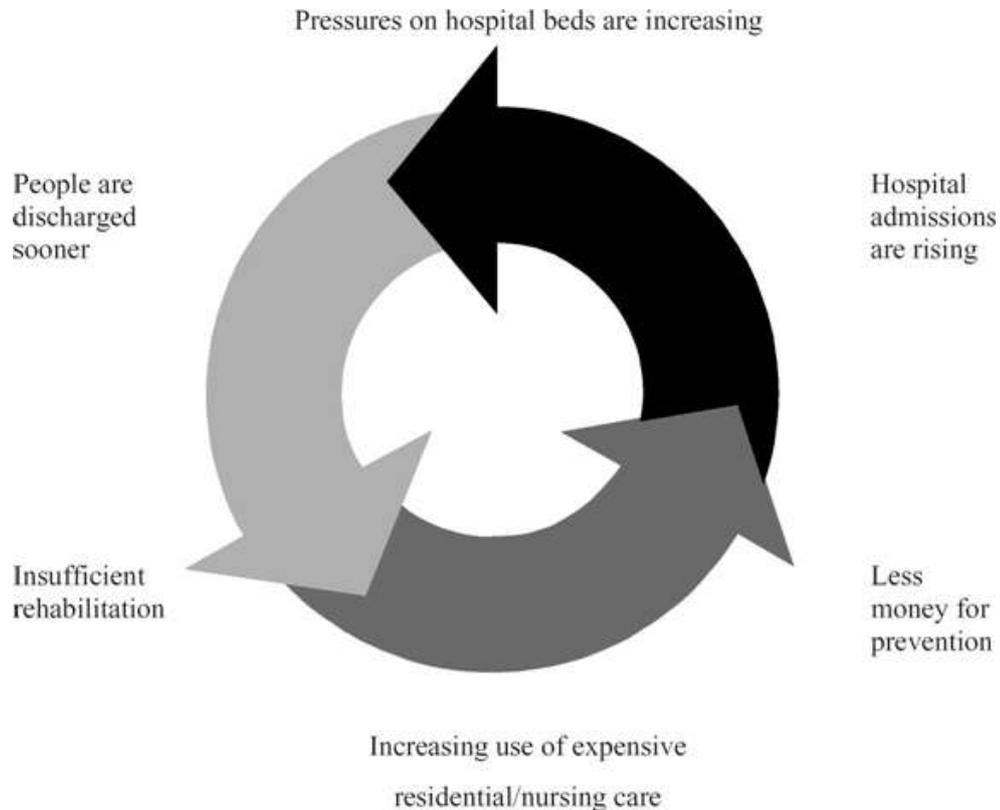
5.1 ALTA DEMANDA POR LEITOS E RECURSOS HOSPITALARES

No cenário internacional, os hospitais enfrentam desafios conflitantes: ao passo que cresce a demanda por atendimento e internações hospitalares, dadas as transições demográficas e epidemiológicas em curso, crescem também as pressões por diminuição de leitos hospitalares, com vistas a atingir metas de eficiência. Tem sido apontada como solução a diminuição do tempo de permanência das internações; entretanto, isso pode comprometer o cuidado e a oportunidade de reabilitação das pessoas hospitalizadas de modo que os idosos aparecem como grupo mais vulnerável nesse cenário frente à possibilidade de serem mandados para casa antes de estarem totalmente recuperados (YOUNG, 2009).

A permanência no hospital é condicionada à existência de uma rede social estável do paciente, capacidade familiar ou do ente público para prover os cuidados necessários e adequados na própria residência e existência – ou carência – de Instituições de Longa Permanência disponíveis para receber pessoas com necessidades de cuidados continuados e desprovidos de uma rede social de amparo (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

Além disso, nem sempre o tempo de permanência será o fator decisivo para a melhoria da eficiência dos hospitais; por exemplo, tanto no Reino Unido como na Noruega, há um desafio particular de Pagamento por Resultados. Assim, os hospitais, sobretudo os universitários, têm suas tarifas baseadas em diagnósticos e procedimentos realizados, o que não leva em consideração o aumento do tempo de permanência para pacientes (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

No que tange a organização dos serviços de saúde, a busca e utilização dos mesmos, é frequente serviços de idosos operarem a partir de um “círculo vicioso”: como reflexo das necessidades de saúde complexas, as admissões hospitalares crescem; há uma diminuição no tempo de estadia e, assim, as oportunidades para reabilitação são reduzidas. Isso impacta no uso de serviços domiciliares e na diminuição de recursos para serviços preventivos, o que, por sua vez, culmina em mais internações hospitalares, retroalimentando o círculo (AUDIT COMMISSION, 2000 *apud* GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Figura 2 - O "Círculo Vicioso"

Fonte: (AUDIT COMMISSION, 2000 *apud* GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Este cenário fortalece a necessidade de repensar as apostas organizativas dos sistemas de saúde com vistas a uma maior resolutividade dos problemas e necessidades de saúde e eficiência no uso dos recursos (MENDES, 2010; PAIM, 2018; WHO, 2003). Nesse sentido, o termo *Intermediate Care* - ou Cuidados Intermediários - foi desenvolvido, e é cada vez mais utilizado, para descrever uma série de serviços destinados a facilitar a transição entre hospital e domicílio, impactando em uma redução nas admissões do setor de cuidados agudos e na construção de novos arranjos organizativos que intentam maximizar resultados em termos de ganhos em saúde (GRANT; DOWELL, 2002).

5.2 OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA INGLATERRA

No Reino Unido, combater o atraso na alta hospitalar surge, desde a década de 1990, como uma prioridade. Para tanto, foram introduzidas uma série de medidas que ampliaram o financiamento para saúde e assistência social e incluíram novas legislações, com vistas a liberar leitos ocupados por pessoas que aguardam a prestação de serviços sociais. Foi ganhando força também o foco na redução das internações hospitalares de emergência e apoio

a pessoas com condições crônicas e de cuidados de longo prazo (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Como resultado dessas preocupações, foram criadas metas nacionais para redução das internações, introduzidos novos gestores para fomentar a manutenção do cuidado a pessoas com necessidades complexas na comunidade e uma proliferação de esquemas organizativos para diminuição das admissões hospitalares por todo o país (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Nesse contexto, como uma forma de romper o “círculo vicioso” no qual operavam os serviços de saúde, sobretudo os voltados para idosos, são desenvolvidos serviços de Cuidados Intermediários (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008). Na Inglaterra, o conceito de Cuidados Intermediários foi proposto pela primeira vez no *National Beds Inquiry*, publicado no ano de 2000 - disponível em (DEPARTMENT OF HEALTH, 2000) – tornando-se uma política de cuidados do *National Health Service* (NHS) nesse ano e sendo implementado como parte do *National Service Framework* (NSF) para pessoas idosas em 2001, apresentando uma introdução de serviços abrangentes de Cuidados Intermediários em toda a Inglaterra e financiamento de mais de 6700 vagas de CI (YOUNG, 2009).

Em virtude da escassez de evidências científicas que indicassem o modelo, não houve apoio universal à implantação dos Cuidados Intermediários na Inglaterra, sendo os principais argumentos, para tanto, as necessidades assistenciais apresentadas pela população e a insuficiência e inadequação dos serviços existentes para atendê-las (YOUNG, 2009).

Para definição dos Cuidados Intermediários foram propostos diversos conceitos e esclarecimentos. A versão descrita pelo NSF apresenta-o como uma série de serviços relacionados a cuidados mais próximos de casa indicando a expansão de serviços sociais e de saúde na comunidade. Apesar de algumas configurações de serviços propostos pelo NSF já existirem, havia uma expectativa de que os Cuidados Intermediários incorporassem novos padrões de trabalho e novas relações profissionais, tanto entre as diferentes profissões da saúde quanto entre as agências prestadoras de serviço. Assim, alguns exemplo de serviços de Cuidados Intermediários na Inglaterra incluem: “*Geriatric day hospital; Hospital-at-home schemes and home-based rehabilitation; Nursing home-based rehabilitation; Community hospitals; Rapid response teams; Community assessment and rehabilitation teams (CARTS); Nurse-led units*” e serviços sociais como *Day centre rehabilitation* e *Residential care rehabilitation* (YOUNG, 2009, p. 1).

Posteriormente, foi desenvolvida uma definição que apresentou critérios que descrevem os serviços de CI, com vistas a subsidiar o seu monitoramento. Nesse sentido, os

serviços de Cuidados Intermediários estariam destinados a pessoas as quais a admissão hospitalar aguda mostra-se inadequada ou desnecessária ou para promover a continuidade assistencial após uma internação. Os serviços, limitados temporalmente, normalmente não superior a seis semanas, estariam baseados em uma avaliação abrangente do paciente, trabalho em equipe multiprofissional com enfoque individual e abrangendo terapia ativa, tratamento e reabilitação com vistas a maximizar a independência e permitir o retorno do usuário ao seu domicílio. O planejamento e implementação desses serviços ficou a cargo da atenção primária e dos serviços sociais (YOUNG, 2009).

Young (2009) analisa e discute as evidências apresentadas por Ensaio Clínicos Randomizados (ECR) e revisões sistemáticas de ECRs em termos clínicos, organizacionais e econômicos. Os estudos analisados compararam determinados modelos de serviços de cuidados intermediários com a alternativa padrão, o atendimento em hospitais gerais. A partir das evidências apresentadas, o autor sugere a abordagem hospitalar em casa (internação domiciliar) como o melhor modelo de atendimento intermediário. Uma síntese dessa análise está apresentada no quadro 3.

Young (2009) aponta que os gestores, na Inglaterra, promoveram os serviços hospitalares em casa (*“hospital at home”* ou HaH) tomando por base sua potência em conter os custos com cuidados em saúde ao diminuir a demanda por cuidados hospitalares, considerados caros. Entretanto, aponta também uma escassez de estudos de avaliação econômica para justificar este argumento, e na existência de outros argumentos que pedem cautela na tomada de decisão uma vez que a proporção de idosos elegíveis para HaH pode ser pequena para configurar uma economia genuína. Com exceção da alta precoce por acidente vascular cerebral (EARLY SUPPORTED DISCHARGE TRIALISTS, 2005 *apud* YOUNG, 2009), e para a DPOC (RAM *et al.*, 2004 *apud* YOUNG, 2009), que parecem reduzir de forma confiável os custos totais do sistema, os serviços genéricos de HaH não parecem estar associados a uma redução líquida nos custos dos serviços de saúde.

Quadro 3 - Resumo das Bases de Evidências dos Ensaios Clínicos Randomizados para Cuidados Intermediários

Serviço de Cuidados Intermediários	Nº de ECRTs (pacientes)	Principais Achados	
Hospital at Home (HaH)	Early supported discharge (alta precoce apoiada)	Não houve diferenças na mortalidade, taxa de readmissão hospitalar ou carga do cuidador; Redução no tempo de permanência hospitalar variando de 5 a 22 dias; Redução na necessidade de cuidados de longa duração; Total de dias de atendimento foi maior; Limitações: estudos com pequenas amostras de paciente, ou seja, intervalos de confiança amplos.	
	Admission avoidance (evitação da admissão)	Redução significativa na mortalidade aos 6 meses; Não foram identificadas diferenças nos resultados de saúde (capacidade funcional, qualidade de vida, função cognitiva); A análise de custos não se mostrou clara, não permitindo chegar a conclusões sobre qual alternativa terapêutica é mais dispendiosa.	
	Early supported discharge for stroke (Alta precoce apoiada para AVE)	11 ensaios (1.597)	Melhoria da independência dos pacientes reduz o tempo de permanência em cerca de uma semana, estimando-se uma economia de 20%; Necessita de equipe de especialistas.
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	7 (754)	Taxas de mortalidade e readmissão não foram significativamente diferentes, mas houve economia substancial de custos da ordem de £ 533 a £ 649 por paciente; Necessita de equipe de especialistas.
	Day hospital (Hospital Dia)	13 ensaios (3.007)	Resultados semelhantes de independência, mortalidade e necessidade de cuidados institucionais; Provavelmente é um serviço mais caro que outras modalidades de atendimento intermediário.
	Nurse-led units (Unidades Lideradas por Enfermeiros)	10 ensaios (1.896)	NLU para cuidados pós agudos está associada a melhor estado funcional na alta e menor necessidade de cuidados de longo prazo, embora esses benefícios estejam relacionados a um aumento no tempo de permanência, o que se reflete no

			aumento do custo dos cuidados unitários estimados em £ 2,710 por paciente durante seis meses em um estudo; Havia uma tendência preocupante para maior mortalidade precoce na NLU estudada nos ensaios;
	Community hospitals (Hospital Comunitário)	1 ensaio (490)	Maior independência funcional aos seis meses para pacientes tratados em hospital comunitário após internação hospitalar quando comparados a um grupo de pacientes tratado apenas no hospital; Custo efetividade semelhante à internação hospitalar
	Short term care/ nursing home placement (cuidados de curto prazo/ Colocação em lar de idosos)	1 ensaio (165)	Redução da demanda em leitos de hospitais gerais quanto mais longo o período no lar de idosos; Improvável que seja custo efetivo.

Fonte: adaptado de (YOUNG, 2009).

5.3 AUDITORIA NACIONAL DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DO NHS – INGLATERRA

A principal base de evidências para o CI está relacionada às funções de fornecimento de alternativas ao hospital geral, seja pela prevenção da admissão ou pela alta hospitalar, a partir de intervenção em reabilitação com duração média de menos de 6 semanas. A evidência científica via ensaios clínicos ainda demonstra um quadro inconsistente. A economia da saúde pelo uso de modelos de serviços de cuidados intermediários é igualmente inconsistente, não estando claro de onde provém a economia relatada pelos estudos que a defendem; mas os hospitais comunitários são custo efetivos em relação aos hospitais gerais, por apresentarem melhores desfechos com uso semelhante de recursos (YOUNG *et al.*, 2015).

A auditoria nacional de cuidados intermediários foi criada por motivos de preocupações com a governança dos CI no NHS dadas as inconsistências na base de evidências científicas e pelas variações na provisão dos serviços entre as diferentes localidades. Os objetivos da auditoria foram: (1) desenvolvimento de padrões de qualidade para construção de indicadores baseados nas orientações do Departamento de Saúde da Inglaterra acerca das melhores práticas clínicas; (2) compreender os desfechos dos pacientes e as experiências relatadas com os cuidados intermediários (a partir do instrumento *patient reported experience measures* – PREM); (3) avaliar o desempenho e resultados de qualidade

dos serviços. Em 2013, houve um grande envolvimento dos serviços com a Auditoria Nacional (a adesão à auditoria não era obrigatória), abrangendo metade do NHS na Inglaterra: 107 dos 2020 Grupos de Comissionamento Clínico; tendo sido apresentados dados de 202 organizações provedoras para 410 serviços intermediários e de 8.342 usuários de serviços (YOUNG *et al.*, 2015).

Para assegurar a consistência da auditoria, foi desenvolvido, no ano de 2014, uma definição de Cuidados Intermediários e para as variações de serviços incluídos na auditoria. Nesse sentido, os serviços de cuidados intermediários foram definidos como aqueles fornecidos aos pacientes, em geral idosos, após internação hospitalar ou em substituição desta; que oferecem um elo entre hospital e comunidade e entre as diferentes áreas do sistema de saúde e de assistência social. Os serviços de cuidados intermediários atendem a três objetivos: evitar internações desnecessárias; auxiliar na melhoria da independência dos pacientes após estadia hospitalar; evitar, tanto quanto possível, que as pessoas tenham que viver em lares de idosos (YOUNG *et al.*, 2015).

Em relação à integração dos serviços de saúde de diferentes modalidades, a Auditoria Nacional de Cuidados Intermediários, de 2013, mostra um quadro variável de integração em que equipes de resposta a crises e serviços domiciliares, aparentemente, mostravam-se bem integrados aos sistemas de saúde e assistência social mais amplo, com pacientes recebidos de estruturas primárias, secundárias, primárias e de assistência social. Uma consequência da integração deficiente, do ponto de vista do paciente, foi o atraso no acesso a serviços de cuidados intermediários. Outra questão importante e que dificultava a integração dos serviços é o baixo envolvimento com serviços de saúde mental, uma vez que a proporção de pessoal treinado em saúde mental nos serviços auditados foi muito baixa e uma capacitação para atendimento a pacientes com demência só foi fornecida a metade dos serviços auditados (YOUNG *et al.*, 2015).

No que tange a experiência vivenciada pelos pacientes, foram incluídos na avaliação (PREM) 6.449 usuários dos serviços de cuidados intermediários e 95% destes relataram que “sempre” foram tratados com respeito e dignidade nesses serviços, em contraste com a experiência relatada em outros estudos voltados para o atendimento hospitalar. Entretanto, foi também detectado pelo PREM, deficiências no envolvimento do paciente com planejamento de metas, tomada de decisões assistenciais e envolvimento dos cuidadores; além de terem sido destacados, sobretudo nas seções abertas do PREM, sentimento de insegurança pela alta não ter sido discutida ou ter ocorrido sem aviso (YOUNG *et al.*, 2015).

Pelo sucesso da Auditoria e o diagnóstico de qualidade de suas avaliações, foi incluída nas Contas de Qualidade do NHS como uma auditoria obrigatória para as organizações fornecedoras (YOUNG *et al.*, 2015).

5.4 PROCESSO DE TRABALHO, GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NA INSTITUIÇÃO DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

O Hospital Comunitário localizado na cidade de Bradford, Inglaterra, estudado por Green *et al* (2005), apresentava 18 leitos e estava apto para receber pacientes clinicamente estáveis para reabilitação de curta permanência (em geral, para períodos menores que 6 semanas), em avaliação de assistência social ou em cuidados paliativos. A equipe multiprofissional era composta por enfermeiros, assistentes de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de terapia (*Therapy helper*), nutricionista (uma visita semanal), fonoaudiólogo (*speech and language therapist*) (uma visita semanal), médico hospitalar (3 visitas semanais), consultor geriatra (duas visitas semanais), e visitas dos clínicos gerais fora do horário. Os pacientes, ao ingressar na instituição, eram avaliados pela equipe multidisciplinar e recebiam um plano de cuidados individualizado com vistas a maximizar sua recuperação e promover maior independência. Eram realizadas avaliações domiciliares antes da alta que era coordenada juntamente com o serviço social local.

Já na Noruega, os cuidados intermediários no Hospital Comunitário localizado no Lar de Søbstad, estudado por Garåsen, Windspoll e Johnsen (2007), foram baseados em cuidados individualizados, incluindo avaliação e tratamento das doenças de cada paciente. Entretanto, o foco principal era melhorar a capacidade dos pacientes de gerenciar suas atividades de vida diária com vistas a propiciar melhor retorno para casa. Para admissão no Hospital Comunitário, foi realizado pelos médicos da instituição uma avaliação dos pacientes e dos registros de saúde mais antigos disponíveis, tanto dos médicos do hospital geral quanto dos serviços comunitários de atendimento domiciliar. Além disso, a comunicação com cada paciente e suas famílias foi realizada com vistas a compreender as necessidades e o nível de atenção mais adequado levando-se em consideração as preferências do paciente e de sua família (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

Ao deixar o Hospital Comunitário, informações claras sobre as necessidades do paciente são enviadas por escrito diretamente aos serviços domiciliares responsáveis pelo paciente, onde são descritas, entre outras informações, nível de funcionalidade do paciente e a necessidade de acompanhamento pelo médico generalista (GARÅSEN *et al.*, 2008).

Os serviços de Cuidados Intermediários podem operar com diferentes modelos de pessoal, mas geralmente são equipes multidisciplinares; muitas vezes, tendem a possuir estruturas de gerenciamento não hierárquicas, podendo os profissionais receberem supervisão por pessoas de outra categoria profissional. Os médicos são tidos como os “guardiões dos CI, entretanto, seu nível e forma de envolvimento é variável, ao passo que os profissionais não médicos podem ter grande grau de autonomia em seu trabalho (DIXON *et al.*, 2010).

É comum que, nos Cuidados Intermediários, a equipe trabalhe para além das fronteiras profissionais, muitas vezes ocorrendo a sobreposição de papéis entre as diferentes categorias; o que pode, num primeiro momento, acarretar em tensões mas que, com o tempo, pode ser percebido pela equipe como um avanço que permite o aprimoramento do trabalho e dos resultados obtidos pelos pacientes (DIXON *et al.*, 2010).

5.5 O HOSPITAL COMUNITÁRIO

Os Hospitais Comunitários são hospitais locais, unidades ou centros cujo objetivo é fornecer cuidados de saúde acessíveis à comunidade com vistas a atender suas necessidades. Os Hospitais Comunitários apresentam-se como uma extensão dos cuidados primários, os quais permitem que os *General Practitioners (GPs)* - ou seja, clínicos gerais, ou Médicos Generalistas - e as equipes de atenção primária ofereçam o suporte necessário às pessoas dentro de suas comunidades. Há uma grande ênfase nos cuidados de reabilitação (ofertada por 97% dos HC do Reino Unido), mas os Hospitais Comunitários também podem oferecer cuidados paliativos, serviços de promoção da saúde, diagnóstico, emergência e serviços terapêuticos de diversas naturezas (GLADMAN *et al.*, 2017; SEAMARK *et al.*, 2001).

A utilização do Hospital Comunitário pode representar um menor uso dos leitos de hospitais gerais, porém, o tempo de utilização total de leitos (somando-se o hospital geral e o hospital comunitário) pode ser maior. Esse aumento no tempo de permanência hospitalar pode ser justificável caso haja um incremento na qualidade do cuidado e nos resultados clínicos, incidindo também na satisfação do paciente (GREEN *et al.*, 2005).

Em comparação a hospitais gerais, são apoiados em evidências de alta qualidade quanto a sua eficácia (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007, 2008; GREEN *et al.*, 2005), boas experiências relatadas pelos usuários (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015) e profissionais de saúde (REGEN *et al.*, 2008). Apesar de existirem cerca de 300 hospitais no Reino Unido, os hospitais comunitários ainda fazem parte da incerteza que paira

sobre serviços de cuidados intermediários, evidenciando a necessidade de estudos sobre essa temática (GLADMAN *et al.*, 2017).

Segundo informações de duas pesquisas de grande impacto, o *NHS Benchmarking Network (NHSBN) Community Hospitals Project* e o *NAIC*, que fornecem informações sobre 180 hospitais comunitários do Reino Unido, aproximadamente, dois terços do total, os hospitais comunitários apresentam configurações bastante diversas: no que tange a provisão de leitos por 100.000 habitantes (ponderado) há uma variação entre menos de 10 a 70; sobre liderança clínica, 50% das unidades são lideradas por enfermeiros e 50%, por consultores; o tempo médio de internação varia entre 11 a 58 dias; custo por admissão pode atingir valores entre £ 3700 e £ 17 500; e custo por dia, £ 140– £ 450. As razões por trás dessas variações e os caminhos necessários para melhoria do desempenho dos serviços é especulativa, uma vez que nenhum estudo detalhado foi conduzido nesse sentido (GLADMAN *et al.*, 2017).

Na Noruega, muitos Hospitais Comunitários são comparáveis com Hospitais Comunitários da Inglaterra e com hospitais de clínica geral existentes na Holanda (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007) e outros países também apresentam essa modalidade de serviços como Itália (PIANORI *et al.*, 2018); Escócia (GRANT; DOWELL, 2002); Espanha (INZITARI *et al.*, 2012); Dinamarca (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015); Austrália (MILTE *et al.*, 2015). Além de outros países não identificados em nossas buscas na literatura, como Portugal, por exemplo. Embora nem sempre a denominação dos serviços seja feita da mesma forma entre os países, as características de sua provisão, organização do processo de trabalho e concepções se assemelham.

5.6 HOSPITAIS COMUNITÁRIOS NA ITÁLIA

Na Itália, a primeira menção acerca de serviços de Cuidados Intermediários ocorreu nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde de 2006 a 2008. Desde então, as regiões do país vêm optando por diversas modalidades estratégicas de implementação desses serviços (PIANORI *et al.*, 2018).

O Decreto Ministerial nº 70/2015 italiano regulamenta padrões qualitativos, estruturais, tecnológicos e quantitativos relacionados à assistência hospitalar; e estabelece o Hospital Comunitário como uma instalação com um número limitado de leitos (15-20) gerido pela equipe de enfermagem. Os cuidados médicos são prestados por médicos de clínica geral ou pediatras de livre escolha ou outro médico vinculado ao *Servizio Sanitario Nazionale*

(SSN). Cabe ao distrito a responsabilidade sanitária, organizacional e de gestão dos serviços e também assegura o aconselhamento especializado necessário.

Os Hospitais Comunitários são responsáveis pelo atendimento de pacientes que necessitam de: (1) intervenções de saúde que poderiam ser providas em casa, mas existem fatores estruturais e domiciliares que impedem sua elegibilidade para atendimento domiciliar; (2) necessidade de vigilância contínua de enfermagem (a estadia média previsível é de 15/20 dias). O acesso pode ocorrer a partir da casa ou instalações residenciais, por referência do médico de família, a partir das altas hospitalares ou diretamente do setor de emergência. Os cuidados serão prestados em 24 horas por pessoal de enfermagem, clínicos gerais, pediatras de livre escolha e médicos de cuidados contínuos. A localização física do hospital comunitário pode ser adequadamente alocada para enfermarias e/ou pela conversão de instalações residenciais (MINISTERO DELLA SALUTE, 2015).

Na região de Emília Romagna – região da Itália estudada por Pianori *et al* (2018) – não existem orientações específicas para os hospitais comunitários, mas há uma normativa regional sobre acreditação do departamento de atenção primária, o decreto nº 221/2015, que afirma que pacientes idosos com múltiplas comorbidades, agravamento de doenças crônicas ou necessidade de reabilitação podem ser alocados em leitos de cuidados primários. Por essas indicações, a partir do ano de 2016, foram implantados 14 hospitais comunitários nessa região. A maioria dessas instalações deveu-se à conversão de hospitais de pequenos porte em HC (PIANORI *et al.*, 2018).

O objetivo de Pianori *et al.*, (2018) foi realizar uma avaliação comparativa desses hospitais comunitários, uma vez que apresentam características e formatos organizativos diversos, além de descrever as características dos pacientes hospitalizados e suas necessidades de saúde. Foram incluídos na análise pacientes residentes da região de Emília Romagna que tiveram alta hospitalar dos 14 hospitais comunitários no ano de 2016; com dados obtidos a partir do *Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità – SIRCO*, base de dados administrativos, ativa desde 1º janeiro de 2015, conforme indicado pela circular nº26 de 22 de dezembro de 2014, e que contém todas as intervenções realizadas nos hospitais comunitários, bem como dados dos pacientes, fonte e procedimentos de admissão, motivos de hospitalização, intervenções realizadas, aspectos sociais e familiares e àqueles relacionados à internação e alta. Perfis de multimorbidade e readmissões hospitalares 90 dias após a saída do hospital comunitário foram detectados através da vinculação de diferentes bancos de dados pelo código individual de identificação do paciente. Assim, foram utilizados também registros de alta hospitalar (*Scheda di Dimissione Ospedaliera – SDO*), banco de

dados farmacêutico ambulatorial que inclui medicamentos reembolsados pelo sistema de saúde prescritas pelo GP ou um especialista (*Assistenza Farmaceutica Territoriale – AFT*) ou entregue pelas farmácias hospitalares (*Farmaci a Erogazione Diretta - FED*) (PIANORI *et al.*, 2018).

Assim, os autores analisaram 2.121 pacientes. A média de idade foi de 79,5 anos, a média de internação foi de 22,4 dias (variação 13,1-31,5 dias) e 62,5% dos pacientes eram do sexo feminino. 97 pacientes vieram a óbito (4,6%), 78 durante a hospitalização e 19 ao longo de hospitalizações seguintes. 24,7% dos pacientes analisados apresentava um única condição, enquanto 75,3% tinham duas ou mais. As condições clínicas mais frequentes foram: hipertensão (82,5%), depressão, ansiedade e distímia (34,1%), diabetes (23,1%) e doenças cerebrovasculares (22,0%) (PIANORI *et al.*, 2018).

Foram encontradas 2.386 internações em hospitais comunitários para 2.121 pacientes no ano estudado. A maioria das internações (71,8%) ocorreu após a alta de hospitais públicos ou credenciados (hospitais privados que, após acreditação, fornecem serviços para o sistema regional de saúde, sendo pagos por financiamento público), 27% foram oriundos de casa e 1,2% de outros serviços, como *hospices*, serviços residenciais e centros de cuidados intermediários. As razões para o acesso aos hospitais comunitários foram: vigilância e assistência de enfermagem (40,7%), reabilitação (37,7%), escolaridade do paciente ou cuidador (12,0%), doença aguda ou crônica menor (5,5%) e outras (4,1%). Os destinos de alta foram: óbito (4,1%); alta de rotina (60%); transferências para hospital público ou privado (10,8%); alta planejada em casa (13,6%); alta planejada para outro estabelecimento (10,6%) (PIANORI *et al.*, 2018).

O índice modificado de Barthel entre a admissão e alta apresentou variação positiva significativa, demonstrando ganhos funcionais importantes para os pacientes durante a estada no hospital comunitário (PIANORI *et al.*, 2018).

O estudo de Pianori *et al* (2018) sugere que pacientes idosos internados em hospitais comunitários são particularmente complexos e necessitam de um suprimento de cuidado estruturado e adequado. O acesso do paciente ao hospital comunitário dependia de diferentes fatores organizacionais, em vez de diferentes padrões de doenças. Alguns hospitais comunitários realmente admitem pacientes principalmente de hospitais de agudos, enquanto, para outros, a origem da admissão é principalmente o domicílio. Para alguns casos, a admissão é proposta por médicos generalistas, e em outros por médicos e especialistas em Geriatria ou em medicina clínica pertencente ao serviço nacional de saúde.

Os autores ressaltam que essas diferenças podem ter relação com a forma como ocorreu o processo decisório de implantação dos hospitais comunitários em cada área específica. Alguns deles são fruto da conversão de instalações hospitalares periféricas, e alguns outros da necessidade de melhorar os serviços residenciais. Isso pode indicar que, na região de Emília-Romagna, os hospitais comunitários são usados principalmente no favorecimento e apoio às altas hospitalares e não como uma alternativa à hospitalização para pacientes oriundos de residências domiciliares ou de longo prazo e necessitando de estabilização, reabilitação ou vigilância de enfermagem (PIANORI *et al.*, 2018).

Essas questões são importantes para serem levadas em consideração uma vez que uma taxa de readmissão em 90 dias de 20,2% dos pacientes foi encontrada o que pode representar altas hospitalares precoces e inadequadas ou outros problemas relativos à integração dos serviços e/ou fornecimento dos mesmos, tanto no hospital geral quanto nos hospitais comunitários. É evidenciada a necessidade de estudos que investiguem essas relações de forma aprofundada bem como a revisão de critérios de acesso do paciente em relação ao contexto e às necessidades de saúde da população-alvo, criação de processos de monitoramento e avaliação que visem avaliar as características dos pacientes e a efetividade do cuidado prestado, a fim de facilitar o regresso a casa em condições de estabilidade clínica e independência e para prevenir reinternações potencialmente evitáveis (PIANORI *et al.*, 2018).

5.7 A TOMADA DE DECISÃO SOBRE ADMISSÕES EM HOSPITAIS COMUNITÁRIOS

O estudo de Seamark *et al.*, (2001) identificou 471 Hospitais Comunitários presentes no Reino Unido, totalizando 8.457 leitos conduzidos por *general practitioners* (GP) e 10.122 leitos conduzidos por consultores (*consultant-led beds*). Grant e Dowell (2002) observam, entretanto, uma variação no uso dos Hospitais Comunitários por parte dos *general practitioners* de diferentes regiões; e, por isso, desenvolveram um estudo com objetivo de compreender os fatores que influenciam as decisões dos GP em admitir pacientes no Hospital Comunitário.

Foi estudado o comportamento de admissão de 43 GP em dez práticas com admissão direta a cinco hospitais comunitários da Escócia através de estudo qualitativo que realizou 27 entrevistas em profundidade. Muitas vezes, as internações em hospitais comunitários não são realizadas por falta de disponibilidade de leitos, insuficiência de recursos de enfermagem ou pressões de tempo sobre os GP (GRANT; DOWELL, 2002).

Houve grande variação na forma como os Hospitais Comunitários foram utilizados, mas todos os *General Practitioners* relataram sentir que o uso do hospital comunitário proporcionou benefícios para os pacientes. Foram identificados seis temas mais evidentes que orientaram as decisões dos GP, sendo três influências primárias, contextuais, e três influências secundárias, não contextuais. As influências primárias têm relação com o contexto no momento da admissão, que pode ser descrito em termos da capacidade do hospital (circunstâncias relacionadas à estrutura e aos processos hospitalares que influenciam na admissão nos hospitais comunitários), da capacidade do médico (pressões que influenciam a disposição do médico em assumir as responsabilidades adicionais de admitir um paciente no hospital comunitário) e da preferência do paciente (pontos de vista expressos ou atribuídos ao paciente que influenciam a decisão sobre onde e quando admitir o paciente). Se houvesse adequadas capacidades do hospital e do médico e fosse indicada a preferência do paciente favorável, a internação no hospital comunitário seria uma opção (GRANT; DOWELL, 2002).

Entretanto, os autores evidenciam que ainda competem outras influências para esta tomada de decisão, as chamadas “secundárias” ou “não contextuais”, e que foram agrupadas em preocupações profissionais, influências pessoais e benefícios potenciais (GRANT; DOWELL, 2002).

As “preocupações profissionais” podem ser resumidas em 1) problemas relacionados ao hospital comunitário que fazem com que médico ou paciente possam se sentir relutantes à admissão; 2) problemas percebidos em relação ao cuidado no hospital geral distrital; 3) incerteza médica, concernente a uma insegurança com o diagnóstico ou prognóstico clínico do paciente; 4) processo de cuidado do hospital comunitário, incluindo terapias e procedimentos que podem ser benéficos ou potencialmente prejudiciais para o paciente; 5) existência de sistemas de suporte profissional que possam apoiar a admissão local; 6) treinamento e experiência profissional do médico que influenciam em sua capacidade de decisão sobre a admissão em um hospital comunitário; 7) competência, relacionada à habilidade, conhecimento e capacidade apropriados para a admissão fortalecendo o gerenciamento dos cuidados hospitalares; 8) e a percepção dos pares acerca de sua conduta médica sobre a admissão (GRANT; DOWELL, 2002).

As “influências pessoais” podem ser compreendidas nos termos de 1) ansiedades e preocupações vivenciadas pelo médico sobre a possibilidade de um resultado mal sucedido; 2) atitude, relacionada à maneira como o médico reage à oportunidade de admissão no hospital comunitário; 3) crenças e opinião do médico sobre benefícios ou desvantagens do cuidado no hospital comunitário; 4) auto confiança do médico de que ele(a) é capaz de lidar com a

internação no hospital comunitário; 5) capacidade do médico de controle sobre os cuidados no hospital comunitário; 6) motivadores profissionais, relacionado à percepção de benefícios à vida profissional do médico pelo uso do hospital comunitário; 7) motivadores pessoais, fatores que fornecem ganhos ou perdas não relacionados à vida profissional do médico capazes de influenciar em sua decisão (GRANT; DOWELL, 2002).

Os “benefícios potenciais” relacionam-se à percepção do médico sobre os ganhos alcançados com a admissão do paciente no hospital que melhor atenderá às suas necessidades, seja ele hospital comunitário ou geral (GRANT; DOWELL, 2002).

As admissões descritas no estudo de Grant e Dowell (GRANT; DOWELL, 2002) referem-se à pacientes com motivos de internação que variavam do principalmente social, àqueles de complexidades crescentes. Foi relatado que, quando o motivo da internação era principalmente social, não havendo um problema clínico mais complexo, somente os três fatores contextuais foram considerados, pois os GPs perceberam pouco desafio ou desconforto médico. A admissão em um hospital geral, nesse contexto, era improvável desde que houvesse disponível um leito em hospital comunitário, o médico não estivesse sobrecarregado e o paciente estivesse satisfeito.

Para pacientes que mesclavam necessidades sociais e necessidades médicas, foram identificados quatro tipos de admissões: admissões para avaliação; diminuição de transferências dos cuidados secundários; “não podem lidar”; e admissões antecipadas, esta última abordagem utilizada por dois dos GP entrevistados (GRANT; DOWELL, 2002).

Alguns profissionais relataram estar preparados para admitir pacientes com problemas médicos mais complexos e desafiadores, exigindo maior habilidade pessoal e da equipe de enfermagem, como, por exemplo, pacientes que necessitavam de drenagem de efusões, transfusões, fluidos intravenosas ou terapias medicamentosas que outros profissionais não se sentiam aptos para oferecer. Estes pacientes provavelmente seriam admitidos em um hospital geral, mas alguns GP decidiram por dar prosseguimento ao cuidado em um hospital comunitário e sob sua responsabilidade (GRANT; DOWELL, 2002).

Pacientes em cuidado terminal eram mais comumente admitidos em hospital comunitário, mas alguns médicos se sentiam aptos a aceitar desafios maiores, como foi relatado por um dos médicos e pode ser observado no excerto: “*My most recent admission is a 55-year-old who has breast cancer and has been coming into the hospital for regular IV pamidranate infusions. She is now in for terminal care in terms of transfusion, analgesia and symptom control.*” (Practitioner 13: 28.)” (GRANT; DOWELL, 2002, p. 633).

Para esses pacientes, atitude e competência pareciam importantes, e treinamento e experiência melhoraram o conforto dos médicos na tomada de decisão. Apesar da carga de trabalho adicional, foi relatada satisfação como resultante da manutenção do controle dos pacientes em “cuidado completo”. Esses médicos reconhecem que fornecem cuidados que muitos de seus colegas não oferecem, mas não foram relatadas pressões dos pares para não fazê-lo.

Diversos fatores relacionavam-se com as decisões de admissão. O sentimento de conforto para tomada da decisão de admissão parecia um caminho comum através do qual as influências secundárias poderiam afetar as decisões. Um dos praticantes, ao ser perguntado sobre o que o deixava confortável e desconfortável, apresentou a seguinte resposta:

[...] if I don't feel they are going to get any better care in the district general hospital I feel comfortable admitting them. I think if they have got very complicated acute medical problems then I don't feel comfortable 'cause I feel I'm out of my depth — if I feel really uncomfortable I don't admit them.” (Practitioner 19: 21). (GRANT; DOWELL, 2002, p. 634).

avaliando os riscos em relação à sua competência, treinamento/experiência e sistemas de suporte (incluindo o acesso a opiniões de especialistas) ao tomar decisões sobre casos que eles consideravam limítrofes. Foi apontado sobre o desconforto, nessa situação, levando-os a relutar em aceitar a responsabilidade e a admitir uma atenção secundária (GRANT; DOWELL, 2002).

É de fundamental importância compreender como funciona a utilização dos Hospitais Comunitários pelos GP uma vez que seu apoio e participação são necessários no desenvolvimento das instalações de cuidados intermediários (GRANT; DOWELL, 2002).

Além disso, o encaminhamento é um processo complexo que envolve a interação de fatores sociais e psicológicos. Nos Hospitais Comunitários, local onde os profissionais podem optar por manter ou transferir a responsabilidade clínica, foi constatado que os fatores psicológicos e cognitivos eram de extrema importância para a tomada de decisão. A análise de Grant e Dowell (2002) ressalta como o resultado final deste ato de equilíbrio entre pesar fatos e argumentos para a tomada de decisão se traduz como um sentimento, demonstrando como o componente psicológico é importante e implica em subjetividade no processo de tomada de decisão. Dessa forma, é apresentado um horizonte de admissões em hospitais comunitários que permite que profissionais mais comprometidos ofereçam serviços estendidos, ao passo que outros podem optar por trabalhar de modo mais confortável e transferir a responsabilidade do cuidado aos hospitais gerais.

Frente a este cenário, os autores ressaltam a necessidade de mais pesquisas com fins de compreender mais profundamente todo esse processo, não apenas em suas partes; e apontam as contradições inerentes à gestão dos equipamentos de cuidados intermediários: uma vez que são gerenciados pelos próprios praticantes, o estabelecimento de regras e controles mais duros, reduzindo a autonomia dos GP pode induzir o “desconforto” e, assim, diminuir seu entusiasmo e satisfação profissional, grandes responsáveis pelo impulsionamento desse trabalho. Nesse sentido, é necessário levar em consideração os fatores que influenciam o sentimento de “conforto” manifestado pelos profissionais com vistas a fornecer treinamento e suporte contínuo a esses profissionais (GRANT; DOWELL, 2002).

5.8 RESULTADOS PROMISSORES PARA CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Garåsen, Windspoll e Johnsen (2007), em um ensaio clínico randomizado, demonstraram que pacientes idosos com doenças agudas ou deterioração de uma doença crônica inicialmente tratados em um hospital geral e subseqüentemente randomizados e encaminhados para receber cuidados intermediários em um Hospital Comunitário (localizado no Lar de Søbstad), apresentaram menores taxas de readmissão ($p = 0,03$) e tiveram um número maior de pacientes independentes do atendimento comunitário/serviços municipais domiciliares ($p = 0,02$) em relação aos pacientes que receberam cuidados prolongados tradicionais em um hospital geral (Hospital St. Olav), ambos localizados na Noruega. Apesar de não apresentar significância estatística, a diferença no número total de dias de internação foram menores para a intervenção de cuidados intermediários no Hospital Comunitário. As diferenças no número de óbitos e necessidade de atendimento domiciliar foram favoráveis ao grupo intervenção, porém também estatisticamente insignificante.

Em seu estudo, os principais componentes das intervenções foram as avaliações de Atividades de Vida Diária (AVD) e ações de comunicação em relação ao paciente e suas redes sociais (familiares) e com a equipe profissional. Essa comunicação, incluindo o diálogo contínuo com os profissionais da atenção primária de saúde no município, foi provavelmente o elemento central do cuidado que parece ser eficiente na redução do número de reinternações para a mesma doença, e permitindo uma otimização do acompanhamento pós alta pelas equipes profissionais (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de incremento de tratamentos de nível intermediário no sistema de saúde, bem como questiona a adequação do cuidado

hospitalar geral prolongado para esse grupo de pacientes que podem ser elegíveis para cuidados intermediários (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

A partir desse mesmo ensaio clínico randomizado (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007), os autores realizaram também uma avaliação dos custos de internação, comparando o tratamento recebido no Hospital Comunitário do Lar de Søbstad com o Hospital Geral St. Olav (GARÅSEN *et al.*, 2008).

Para realização do cálculo, os custos do tratamento foram comparados a partir do momento da inclusão no estudo e por 12 meses após a alta, ou até o óbito do paciente caso ocorresse antes desse período (o estudo não teve perdas, mas 35 pacientes vieram a óbito no período em análise). Os diversos custos dos serviços foram calculados como custos médios diários dos departamentos relevantes do Hospital St. Olav e para as instituições municipais de Trondheim (incluindo Lar de Søbstad e outros serviços que os pacientes possam ter tido acesso ao longo dos 12 meses após a alta); os valores foram estipulados a partir das contas de 2004 e 2005 do município. Foram incluídos como custos de internação no Lar de Søbstad: pessoal médico, equipe de enfermagem, medicamentos e outros materiais de consumo, custos laboratoriais, limpeza, lavagem, alimentação e reabilitação dentro das instituições. Não foram considerados nos custos hospitalares tratamentos intensivos, como diálise, raios X, marca-passos, terapia intensiva, cirurgia e citostáticos já que apenas alguns pacientes receberam esse tipo de intervenção e sua inclusão significaria uma superestimação dos custos hospitalares. Os custos de recuperação também foram incluídos e calculados como custos médios por dia de internação (GARÅSEN *et al.*, 2008).

Como resultado, os autores obtiveram: o custo de todo o tratamento da doença que levou à internação hospitalar e instituições de reabilitação, incluindo os custos de readmissões 60 dias após a alta, foi para o grupo hospitalar, em média por paciente, igual a NOK 73.417 (IC 95% 52.992 - 93.843) e para o grupo de cuidados de enfermagem, NOK 39.650 (IC 95% 30.996 - 48.304), com $p = 0,002$. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos custos hospitalares durante o ano de acompanhamento entre o grupo hospitalar e o de cuidados intermediários. O custo médio total por dia de observação e por paciente foi de NOK 802 (95% CI NOK 641 - 962) no grupo hospitalar comparado a NOK 606 (IC95% NOK 450 - 761) no grupo de cuidados de enfermagem ($p = 0,026$, $p = 0,018$). Em análise de sensibilidade, foram identificados que os custos teriam que ser aumentados em 99% por paciente, por dia de tratamento no setor intermediário, ou reduzido em 54% no hospital geral, para que as diferenças não fossem estatisticamente significativas ($p < 0,05$) (GARÅSEN *et al.*, 2008).

É importante ressaltar que os autores assinalam limitações inerentes ao estudo, como a impossibilidade de se manter um registro acurado e fiel de cada intervenção adotada para cada paciente, como tempo gasto pelas categorias profissionais, medicamentos, procedimentos, etc; uma possível subestimação dos gastos hospitalares uma vez que muitos pacientes estiveram em tratamentos intensivos ao longo do ano e esses custos propositadamente não foram considerados; e a não inclusão dos custos de capital na análise, mas os autores afirmam que os hospitalares seriam superiores (GARÅSEN *et al.*, 2008).

Assim, os autores concluem que o tratamento final e pós tratamento no hospital comunitário pertencente ao Lar de Enfermagem de Søbstad mostrou-se mais econômico que o tratamento realizado no Hospital Geral St. Olav. A economia é relacionada principalmente a uma redução no número de reinternações e no número de dias readmitidos, bem como aos menores custos associados ao dia de tratamento na unidade intermediária. Ressaltam que a adoção de novas estratégias e alternativas terapêuticas deve ocorrer não apenas como um alívio para a pressão existente nos leitos hospitalares; para isso, é imprescindível que essas alternativas sejam planejadas e implementadas em cooperação com as demais estratégias existentes, sobretudo os serviços de atenção primária e especializados, visando, assim, tanto os benefícios financeiros para o sistema de saúde quanto a oferta do melhor tratamento para o paciente (GARÅSEN *et al.*, 2008).

Dessa forma, apresentam o hospital comunitário do Lar de Søbstad como uma alternativa viável ao tratamento convencional em hospitais gerais principalmente pela comunicação estruturada com os responsáveis da rede social do paciente e com os profissionais e serviços de saúde dos municípios (GARÅSEN *et al.*, 2008).

A partir da análise de cinco estudos de caso de serviços em “sistemas inteiros” de cuidados intermediários que compuseram a avaliação do Reino Unido de Cuidados Intermediários para pessoas idosas, o estudo de Kaambwa *et al.*, (KAAMBWA *et al.*, 2008) – apresentado na seção que discute análise de custos da assistência intermediária - relata seus aspectos quantitativos, ao passo que Regen *et al.*, (REGEN *et al.*, 2008) vai abordar os aspectos qualitativos desses estudos no tocante ao ponto de vista dos profissionais de saúde e gestores acerca dos desafios e benefícios relacionados à implementação dos Cuidados Intermediários e das dificuldades percebidas na prestação desses serviços, relatado em profundidade no tópico seguinte.

5.9 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Regen *et al.*, (2008) exploraram os pontos de vista de profissionais de saúde e gestores sobre a implementação dos Cuidados Intermediários para idosos na Inglaterra, bem como suas percepções sobre os desafios, benefícios e dificuldades na provisão desses serviços. Para tanto, foram coletados dados qualitativos em cinco locais onde foram realizados estudos de caso de sistemas inteiros de CI - os mesmos de Kaambwa *et al.*, (2008) – através de entrevistas semi-estruturadas ($n=61$) e grupos focais ($n=21$), no ano de 2003 a 2004, com gerentes, gerentes de serviços de cuidados intermediários, clínicos e equipe de saúde e assistência social envolvidos na prestação dos cuidados intermediários, primários e agudos.

Em relação aos desafios para o desenvolvimento dos Cuidados Intermediários, foram relatadas dificuldades relacionadas ao recrutamento e retenção de pessoal qualificado e não qualificado como o desafio mais significativo. Financiamento insuficiente e problemas para atrair profissionais para os cargos foram apontados como as principais causas. Como impedimentos profissionais e barreiras ao recrutamento, foram destacados o potencial isolamento profissional dentro das pequenas equipes de trabalho e uma baixa conscientização acerca dos cuidados intermediários; baixos salários e longas horas de isolamento ou com baixa sociabilidade (REGEN *et al.*, 2008).

Nos cinco locais estudados, foi também destacado pelos profissionais como um grande impedimento à implementação dos Cuidados Intermediários a falta de trabalho em conjunto entre as agências de saúde e assistência social. A predominância de orçamentos separados entre as agências, visões organizacionais conflitantes sobre os Cuidados Intermediários e quais agências deveriam estar a frente no desenvolvimento do serviço contrastavam com o desejo do governo de uma abordagem organizacional de “sistemas inteiros” (REGEN *et al.*, 2008).

Os profissionais de saúde não médicos de três locais de estudo relataram falta de apoio e envolvimento por parte dos médicos como barreiras importantes ao desenvolvimento dos serviços. A relutância de alguns médicos generalistas em fornecer cobertura nos serviços de CI foi explicada em virtude da alta carga de trabalho e ausência de incentivos profissionais. Além disso, perduram dúvidas nos profissionais sobre a falta de evidências da eficácia dos cuidados intermediários o que incita preocupações acerca de um objetivo potencialmente discriminatório de manter os idosos fora do hospital. Entretanto, alguns entrevistados de

quatro dos cinco locais de estudo relataram que, em algum grau, clínicos do setor agudo se sentiam excluídos do processo de prestação de cuidados intermediários (REGEN *et al.*, 2008).

A adoção dos Cuidados Intermediários apresentou um panorama de oportunidade de expansão de atividades do profissional de enfermagem o que poderia também representar um benefício de economia de custos. Isso foi percebido, por alguns dos entrevistados, como uma não necessidade dos médicos nos serviços de CI, o que também foi atribuído à relutância dos médicos em se envolver nos serviços. Por outro lado, médicos consultores envolvidos nos serviços de Cuidados Intermediários esboçaram preocupações sobre a falta de alguns insumos médicos as quais poderiam se configurar como “falsas economias”, ao passo que se as necessidades médicas dos pacientes não fossem atendidas, resultaria em estadias mais longas ou reinternações. A presença e contribuição dos consultores, por sua vez, foi percebido como uma forma de “suavizar” a transição entre os serviços de cuidados hospitalares e intermediários, melhorando a credibilidade destes com os profissionais do setor agudo (REGEN *et al.*, 2008).

Os entrevistados de todos os locais de estudo reforçaram uma série de benefícios para os usuários oferecidos pelos Cuidados Intermediários: em comparação com os cuidados ocorridos em enfermarias hospitalares, o serviço intermediário era considerado responsivo, centrado no paciente, flexível e holístico. O “ambiente caseiro” em que os cuidados eram oferecidos bem como a atenção individual ao paciente propiciavam um ambiente próspero para obtenção de resultados benéficos como aumento da independência e confiança dos pacientes e permite que familiares e outras pessoas envolvidas pudessem desempenhar um papel mais ativo no planejamento da reabilitação e definição das metas (REGEN *et al.*, 2008).

O trabalho realizado em equipe multidisciplinar foi apontado como uma questão positiva tanto para os usuários quanto para a própria equipe. Apoio entre membros da equipe e a possibilidade de troca de experiências e acessar conhecimentos de outras áreas possibilitaram, inclusive, que outros profissionais, embora reconhecendo suas limitações, desempenhassem outros papéis e tarefas que normalmente seriam desempenhadas por outras categorias profissionais, imprimindo flexibilidade aos cuidados e promovendo benefícios à reabilitação da pessoa usuária dos serviços e a restauração e manutenção de sua independência, intrinsecamente relacionadas à satisfação dos profissionais com o desempenho de suas funções (REGEN *et al.*, 2008).

Apesar dos benefícios ressaltados, em todos os locais de estudo foi evidenciado pelos entrevistados que os serviços de cuidados intermediários não estavam demonstrando capacidade de alívio às pressões nos sistemas de saúde e assistência social. A escassez de

profissionais de saúde e de assistentes de reabilitação; incapacidade dos serviços de Cuidados Intermediários em responder aos encaminhamentos ou de fornecer cuidados fora do expediente; a falta de conhecimento sobre os serviços de CI e as dificuldades de promoção do acesso (poucas portas de entrada aos serviços, dificuldades nos encaminhamentos, critérios de admissão rígidos e restritos), como já assinalados, configuraram-se como as principais barreiras e fraquezas dos serviços (REGEN *et al.*, 2008).

Outra questão importante ressaltada foi o uso inadequado desta modalidade de serviço uma vez que muitos médicos referenciadores dos serviços agudos estavam mais preocupados em liberar leitos do que buscar o ambiente certo de cuidados capaz de maximizar sua recuperação. Tal questão também é reflexo de uma baixa integração e coordenação entre os diferentes serviços, o que compromete seu potencial de alívio às pressões dos serviços assistenciais e sociais (REGEN *et al.*, 2008).

O cenário em estudo evidenciou, portanto, benefícios sobretudo na centralidade do paciente no cuidado, flexibilidade e maximização de ganhos de saúde e da independência dos profissionais e trabalho em equipe multidisciplinares; mas também evidenciou fraquezas e desafios ao desenvolvimento e aprimoramento desses serviços sobretudo no que tange ao subfinanciamento; escassez de mão de obra e profissionais qualificados; desengajamento, falta de conscientização e ceticismo profissional; falta de integração entre os serviços; problemas de acesso e capacidade insuficiente. Os achados reforçam a ideia de que o Cuidado Intermediário deve estar integrado a um *continuum* assistencial onde relacionem-se atenção primária, comunitária, secundária e social para atingir seu potencial (REGEN *et al.*, 2008).

5.10 ENVOLVIMENTO DOS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS COM CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E A COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Apesar da importância da integração da equipe multidisciplinar nos cuidados intermediários, Millar *et al.*, (2016) ressaltam que a profissão farmacêutica não foi integrada nesse ambiente assistencial, o que pode ser problemático para um gerenciamento de medicamentos e assistência farmacêutica ideais, e continuidade dos cuidados. Com esquemas de medicações sujeitos a alterações após períodos de internação hospitalar e permanência em instituições de Cuidados Intermediários, faz-se necessário que essas mudanças sejam compartilhadas com os profissionais da atenção primária, incluindo médicos generalistas e farmacêuticos comunitários, com vistas a possibilitar a continuidade do cuidado após a alta dessas instalações (MILLAR *et al.*, 2016).

Pesquisa qualitativa anterior, na Irlanda do Norte, sugeriu que os farmacêuticos comunitários apresentavam uma consciência e envolvimento limitados com os serviços de cuidados intermediários; e que estes enfrentavam diversos desafios em relação à comunicação de informações entre profissionais. Foi descrito que os farmacêuticos comunitários eram deixados de fora em relação à comunicação das informações sobre prescrições de medicamentos de pacientes nos diferentes pontos de transferência da assistência. Para obter as informações, os profissionais farmacêuticos relataram ter de “perseguir as coisas”. Os autores discutem como uma comunicação interprofissional ineficaz sobre uso de medicamentos pelos pacientes pode impactar negativamente na assistência; e os resultados do estudo sugerem a necessidade de um maior envolvimento dos farmacêuticos comunitários nos cuidados intermediários e a tomada de estratégias para aprimorar a comunicação interprofissional nos cenários assistenciais (MILLAR; HUGHES; RYAN, 2015).

Nesse sentido, Millar *et al.*, (2016) desenvolveram um estudo com vistas a compreender com mais profundidade o cenário vislumbrado pela pesquisa de Millar, Hughes e Ryan (2015), acerca da conscientização e o envolvimento dos farmacêuticos comunitários com os serviços de Cuidados Intermediários, na Irlanda do Norte, e suas percepções sobre a transferência de informações sobre prescrições de medicamentos dos pacientes em diversos ambientes assistenciais e suas visões sobre o desenvolvimento de um serviço gerenciamento de medicamentos para as farmácias comunitárias e cuidados intermediários.

Para tanto, enviaram aos farmacêuticos comunitários incluídos na pesquisa um questionário postal autoadministrado contendo quatro seções com perguntas fechadas e respostas fixas em escala *Likert* de cinco pontos: informações demográficas; conscientização sobre CI e envolvimento com CI; visões do farmacêutico comunitário sobre a comunicação através da interface de assistência médica; visões do farmacêutico comunitário sobre a implementação dos serviços de cuidados intermediários; além de duas perguntas abertas para que os entrevistados compartilhassem suas visões acerca da comunicação através da interface de assistência médica e o desenvolvimento de um serviço de farmácia comunitária em cuidados intermediários (MILLAR *et al.*, 2016).

Das 539 farmácias comunitárias em que o questionário foi enviado, 190 responderam, apresentando uma taxa de resposta de 35,3%. Menos da metade (90; 47,4%) dos farmacêuticos “concordou” ou “concordou fortemente” que entendem o significado do termo “cuidados intermediários” e menos (70; 36,8%) “concordaram” ou “concordaram fortemente” que eles estavam cientes das instalações do CI em sua área. Apesar disso, 152 (80,0%) entrevistados “concordaram” ou “concordaram fortemente” que os farmacêuticos

comunitários (geralmente) deveriam ter maior envolvimento com os serviços de CI. Um número semelhante (155; 81,6%) “concordou” ou “concordou fortemente” que eles (pessoalmente) gostariam de se envolver mais com os serviços de CI. A maioria dos farmacêuticos comunitários (142; 74,7%) não prestava serviço em cuidados intermediários, ou não tinha certeza se o fazia. Daqueles que relataram prestar serviços em unidades de CI (46; 24,2%), a atividade mais frequente consistia na dispensação de medicamentos a pacientes que já usavam regularmente sua farmácia e que posteriormente foram admitidos em CI (MILLAR *et al.*, 2016).

No que tange a comunicação interprofissional na interface de assistência médica, constatou-se, a partir das respostas aos questionários que aproximadamente um terço dos entrevistados relataram que “nunca foram informados” quando um paciente que usava sua farmácia foi internado no hospital ou em CI. Quando informados, os principais informantes relatados foram o farmacêutico hospitalar e a família; em menor proporção de respostas, o GP, enfermeiras hospitalar, médico do hospital, outros (equipe de enfermagem e motoristas de entrega das farmácias) e enfermeiras dos serviços de cuidados intermediários (MILLAR *et al.*, 2016).

Mudanças na dose ou na frequência dos medicamentos foram comunicadas do hospital “na maioria das vezes” para 39,5% dos entrevistados. Da mesma forma, 36,5% dos farmacêuticos comunitários relataram que as mudanças nos esquemas de medicação dos pacientes (de qualquer tipo) feitas no hospital eram comunicadas “na maioria das vezes”. Quando as mudanças ocorriam no cenário dos CI, o valor correspondente foi inferior à metade do valor referente aos hospitais (17,4%). Para hospital e o CI, apenas 1,2% dos farmacêuticos relataram ter recebido comunicação sobre as mudanças nas prescrições “o tempo todo”. As comunicações ocorriam principalmente por ligação telefônica (156 ou 82,1% sobre comunicações do hospital; e 54 ou 28,4% quando advindas do serviço de CI) (MILLAR *et al.*, 2016).

Menos de um a cada dez profissionais farmacêuticos (9,5%) “concordou fortemente” com a afirmação “na alta do paciente, o nível de detalhe fornecido nas informações de comunicação de medicamentos do hospital é suficiente para minhas necessidades como farmacêutico comunitário”. Para CI, esse número representou apenas 0,5%. Isso representou que a maioria precisava entrar em contato com um clínico geral para obtenção de informações sobre as prescrições dos pacientes após a alta. Além disso, a percepção de uma boa comunicação entre serviços foi mais frequente relacionada aos hospitais do que com os serviços de cuidados intermediários (MILLAR *et al.*, 2016).

Sobre sua percepção acerca de barreiras para o desenvolvimento de um serviço de cuidados intermediários, “carga de trabalho” apareceu como principal para a maioria (58; 40%). Em relação à sua capacidade de conduzir serviços de cuidados intermediários, foi detectada grande confiança dos farmacêuticos em realizar uma gama de atividades de CI, como “aconselhar pacientes sobre medicamentos”; “oferecer educação à equipe de CI”; “conciliar medicações com CI”; “fazer orientações sobre prescrições/fazer recomendações aos prescritores”, bem como a consideração da importância das farmácias comunitárias por estarem idealmente posicionadas para desempenhar essas atividades (MILLAR *et al.*, 2016).

Assim, pode-se depreender uma baixa conscientização e envolvimento dos farmacêuticos comunitários nos serviços de Cuidados Intermediários, mas foi manifestado o interesse e disposição desses profissionais a um maior envolvimento, sendo a carga de trabalho apontada como principal barreira para tanto. Além disso, a comunicação entre as diferentes interfaces dos serviços de saúde foi considerada deficiente, o que pode representar um risco para os pacientes por erros de prescrição e de administração de medicamentos; afetando, assim, a continuidade e qualidade do cuidado (MILLAR *et al.*, 2016).

5.11 EXPERIÊNCIA DOS PACIENTES COM CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA DINAMARCA

Na Dinamarca, no ano de 2013, um terço dos leitos hospitalares era ocupado por idosos acima de 65 anos e a estimativa nacional era de que 25% da população estaria com idade superior a 65 anos em 2035. No país, tanto hospital quanto cuidados de saúde comunitários possuem financiamento público e, juntamente com a prática generalista, compõe o Serviço Nacional de Saúde Dinamarquês. Programas de reabilitação e serviços baseados na comunidade são fornecidos através de um seguro público de saúde. Com vistas a proteger os idosos e evitar saídas do hospital para casa antes que estivessem realmente aptos e recuperados para tanto, o governo Dinamarquês investiu nos Cuidados Intermediários como parte importante de sua política de saúde com o objetivo, sobretudo, de melhorar os serviços de saúde pública para idosos e reduzir os gastos em saúde (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

Martinsen, Norlyk e Lomborg (2015) realizam um estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica, com vistas a explorar as experiências dos idosos na permanência em dois serviços de Cuidados Intermediários na Dinamarca após internação hospitalar e antes de terem alta definitiva para casa. Os dois locais de estudo eram: uma unidade com 60 leitos em

Copenhague e uma unidade com 20 leitos, sendo 5 leitos de CI, localizada em um município de menor porte na região ocidental da Dinamarca. Seis pacientes de cada unidade foram entrevistados. Na unidade da parte ocidental do país, os pacientes permaneceram aproximadamente 2 semanas. Na unidade urbana (Copenhague), não havia um limite explícito para o tempo de estadia, mas a alta era condicionada a uma visita domiciliar à casa do paciente por um terapeuta ocupacional para identificação de qualquer necessidade de auxílio e possíveis alterações que o domicílio deveria apresentar para permitir o retorno do paciente. O objetivo do estudo não foi comparar as duas unidades entre si, mas apresentar uma variedade de informações sobre a percepção dos pacientes acerca do atendimento naquelas unidades.

A metodologia escolhida pelos autores, a abordagem fenomenológica da pesquisa reflexiva da vida, tem por objetivo a reflexão sobre os significados da vida e a explicitação de aspectos tácitos da existência humana. A abertura do pesquisador, nesse sentido, é importante; e ela pode ocorrer através de um processo de *bridling* que inclui um processo de ir além dos entendimentos “tomados e garantidos” com vistas a manter a mente aberta para ver o mundo sob novas perspectivas e, muitas vezes, ser surpreendido pelos significados que se abrem. As entrevistas, nesse sentido, foram analisadas de acordo com a identificação de padrões de significado, variações e a realização de uma descrição do significado essencial, ou seja, as características de um fenômeno e seus constituintes. A essência - ou o tema principal - de estar na unidade de CI foi concebida como “momentos de alívio condicional” constituído das seguintes questões: “acessível, abraçando o cuidado”; “uma corrida contra o tempo”; “refeições – convenções com modificações”; “contato em termos desiguais”; “vida em outros termos” e “ajuda informal, mas essencial” (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

As experiências dos idosos de estar em uma unidade de CI foram caracterizadas pela gratidão em virtude do cuidado amigável e individual provido. Os profissionais foram vistos pelos pacientes como acessíveis e prontos para atender às suas necessidades individuais, diferentemente da experiência que tiveram no hospital. Havia consciência de que a permanência na unidade de CI tinha o objetivo de melhorar sua mobilidade para que pudessem retornar para suas casas e treinavam de modo persistente para atingir esse objetivo, embora previssem que o retorno para casa reduziria seu nível de capacidade funcional, apesar da confiança depositada em seus familiares e cuidadores informais. O contato com outros pacientes na unidade de CI permitiu que os pacientes comparassem suas habilidades com os outros e desafiassem convenções de interação social, experimentando um aspecto positivo (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

(1) “acessível, abraçando o cuidado”: a estadia na unidade de CI foi relatada como um contraste àquela experimentada no hospital. A acessibilidade e simpatia da equipe de cuidados intermediários foram enfatizadas muitas vezes, tendo sido tratados com muito respeito. O tempo e a acessibilidade foram fatores cruciais para o balanço positivo da experiência assistencial, caracterizada como individualizada e atenta o que promoveu um sentimento de segurança aos pacientes e um ambiente “alto astral” que motivou os idosos a testar os limites de sua capacidade física, empenhando-se com afinco à reabilitação. O sentimento de gratidão à equipe profissional foi muito presente e a tentativa de “incomodar” a equipe o mínimo possível, o que se refletiu na tentativa dos pacientes de realizar as tarefas que já se sentiam aptos sem pedir auxílio; entretanto, também foi ressaltado que essas qualidades não eram extensíveis a todos os funcionários da equipe, sendo ressaltada a existência de funcionários pouco acessíveis (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

(2) “uma corrida contra o tempo”: apesar dos diferentes tempos de permanência, em ambas unidades os idosos sentiram uma pressão de tempo que se mostrava imprescindível para o engajamento em suas atividades de treinamento funcional, testar e redefinir seus próprios limites. Apesar de quererem voltar para casa, os pacientes ressaltavam medo dessa transição e o sentimento de que, em casa, sua capacidade funcional seria reduzida; por isso estavam preocupadas sobre o quão longe conseguiriam chegar em sua reabilitação antes da alta. Isso motivou seu engajamento e o treinamento foi experimentado como positivo, porém exaustivo. A permanência na unidade de CI foi decisiva para a motivação dos pacientes, aumento de sua auto confiança para desempenho das atividades e o desfecho da reabilitação (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

(3) “refeições – convenções com modificações”: a importância das refeições estavam centradas tanto na qualidade quanto na importância do aspecto social que elas podiam desenvolver. O potencial de companheirismo durante as refeições foi enfatizada independentemente dos idosos optarem por comer sozinhos ou participar das refeições comunitárias. A escolha cabia aos pacientes, mas estes eram encorajados pelos profissionais à comer com os outros, o que trazia a tona dificuldades como ser confrontado com a própria incapacidade, e com a do outro. Um aspecto importante das refeições serem realizadas em espaço compartilhado, foi o estímulo à conversação que não era garantida de ocorrer, mas abria a possibilidade ao estímulo à interação social e, muitas vezes, era estimulada pelos cuidadores (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

(4) “contato em termos desiguais”: a socialização com outros pacientes não era uma premissa dos pacientes. Ao passo que observar o progresso dos demais e comparar com suas

próprias habilidades poderia ser tomado como um estímulo à motivação para treinar, caso a capacidade funcional dos demais estivesse muito abaixo, essa observação poderia representar, em contrário, um desestímulo à socialização. Assim, o contato era mais fácil de ser estabelecido quando os pacientes encontravam outros pacientes com capacidades funcionais semelhantes às próprias, a partir de um processo de identificação com o outro (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

(5) “vida em outros termos”: ao comparar a permanência entre a unidade intermediária e o hospital geral, a primeira foi fortemente favorecida. No hospital, muitas vezes imperou um sentimento de negligência, com ênfase unilateral à razão da hospitalização e nenhum apoio para treinamento físico, intensificando o risco de redução de mobilidade e aumentando a necessidade de reabilitação. O contato com o pessoal do hospital geral também não foi bem experimentado tendo os pacientes muitas vezes se sentido como problemáticos e que não se encaixavam àquele ambiente (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

(6) “ajuda informal, mas essencial”: havia consciência entre os pacientes de que eles se tornavam um fardo para seus familiares. Estes apoiavam o cuidado e a reabilitação através da presença e incentivo. A presença de auxílio de familiares, amigos ou vizinhos ajudava a reduzir a ansiedade sobre o retorno à casa (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

Esses achados apontam para a experimentação do cuidado em unidade intermediária como um ambiente mais propício a reabilitação e recuperação da saúde do que em um hospital geral. O sentimento de gratidão aos cuidados prestados também foi uma tônica importante, onde o respeito e o sentimento de que a individualidade, queixas e preferências dos pacientes era levada a sério pelos profissionais e cuidadores que estavam disponíveis para auxiliar os pacientes em suas necessidades (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

O desenho do ambiente físico bem como o estímulo à espaços comuns e à interação social também são aspectos importantes e positivos dessa modalidade de cuidado. Dessa forma, a importância do ambiente físico não deve ser subestimado no planejamento de novas unidades de saúde, bem como os aspectos de organização das práticas e da abordagem dos profissionais com os pacientes devem ser considerados com vistas a promover mais reconhecimento entre ambos, promovendo a empatia no processo do cuidado e maior incentivo à motivação dos pacientes. Também é importante o investimento em maior cooperação entre unidades de cuidados intermediários, hospitais gerais e cuidados primários (MARTINSEN; NORLYK; LOMBORG, 2015).

5.12 CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA ESPANHA

Na Cataluña, as unidades sócio sanitárias de convalescença são comparáveis às estruturas de cuidados intermediários por compartilharem objetivos e metodologia de trabalho e, uma vez equipadas, poderiam ser reorientadas para este fim (INZITARI *et al.*, 2012). Em Barcelona, o Hospital Socio-Sanitario Pere Virgili, estudado por Inzitari *et al.* (2012) e também por Colprim *et al.*, (2013), possuía, à época, 277 leitos de convalescença e reabilitação geriátrica, dotados de recursos diagnósticos básicos e realizava docência de residentes de geriatria e de estudantes de medicina (INZITARI *et al.*, 2012).

Estava previsto no Plano Diretor Socio Sanitário do Departamento de Saúde da Cataluña uma referência rápida de pacientes oriundos de urgências e hospitais gerais, selecionados a partir de uma avaliação integral por parte dos especialistas em geriatria (médico, enfermeira e assistente social). Os critérios de elegibilidade considerados eram clínicos (pelo diagnóstico principal dado pelo médico) ou sociais (o paciente deveria apresentar uma situação estável de modo a não aumentar o tempo de permanência global). Uma vez por semana as equipes dos hospitais envolvidos se reunia para discussão dos casos (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2004 *apud* INZITARI *et al.*, 2012).

Foram pactuados no Plano Diretor Sócio Sanitário do Departamento de Saúde da Cataluña valores de qualidade para a atenção intermediária/subaguda: uma média de permanência nos serviços de atenção intermediária menor que 16 dias; retorno ao domicílio habitual após a alta em mais que 70% dos pacientes; mortalidade menor que 10% dos pacientes; reingresso a urgências ou ao hospital de agudos menor que 5% e referência a outro recurso sócio sanitário para menos de 15% dos pacientes (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2004 *apud* INZITARI *et al.*, 2012). O estudo longitudinal de Inzitari *et al.*, (2012) apresentou resultados favoráveis para todas as categorias de qualidade expressas no Plano Diretor Socio Sanitário do Departamento de Saúde da Cataluña sugerindo eficácia na referência rápida de pacientes oriundos de hospital geral e serviço de urgência tanto no que se refere a resultados clínicos, sociais e pertinentes à gestão dos equipamentos de saúde. Tais resultados apontam este modelo de cuidado como uma alternativa à hospitalização aguda convencional.

Colprim *et al.*, (2013) realizaram um ensaio quase experimental para explorar se a admissão direta em unidades geriátricas de cuidado intermediário (chamadas ICGU na Espanha) por pacientes com doenças crônicas reativadas pode ser uma alternativa à hospitalização em hospital geral seguida de reabilitação de cuidados intermediários. Foram,

portanto, comparados idosos com episódios de agudizações de doenças crônicas ou condições agudas sobrepostas a condições crônicas complexas, que foram internados diretamente em uma ICGU – a partir de casa – com pacientes, da mesma área geográfica (Vallcarca e Sant Gervasi, em Barcelona, Espanha), admitidos na ICGU a partir de processo de alta programada pelo hospital de agudos. Os pacientes apresentavam um conjunto de diagnósticos comparável (COLPRIM *et al.*, 2013).

Os resultados do estudo de Colprim *et al.*, (2013) evidenciam que os dois grupos analisados foram comparáveis para características clínicas, funcionais e sociais iniciais e também nos desfechos de alta, incluindo mortalidade e transferências agudas; com incremento no tempo de permanência global para pacientes oriundos da internação hospitalar, comparados àqueles admitidos direto de casa ($60,8 \pm 26,6$ vs $38,4 \pm 23$ dias, $P < 0,001$). Dessa forma, as internações diretas em unidades geriátricas intermediárias são sugeridas como uma alternativa à hospitalização aguda.

Na Espanha, as Unidades Geriátricas de Atendimento Intermediário (ICGUs) têm o objetivo de encurtar hospitalizações agudas e evitar aquelas desnecessárias (COLPRIM *et al.*, 2013). As ICGUs são utilizadas para atender pacientes com reativações de doenças crônicas que não podem ser tratadas em ambiente doméstico pois necessitam de monitoramento mais frequente, maior intensidade de cuidados ou quando os cuidadores têm dificuldade de manejar a situação em casa. O foco do cuidado nas ICGUs é a realização de avaliação geriátrica abrangente e melhorar o processo de reabilitação dos idosos (COLPRIM *et al.*, 2013).

Colprim *et al.*, (2013) aponta que na região de Vallcarca/ Sant Gervasi, foi implementado, pelas equipes de atenção primária e do Hospital Socio Sanitari Pere Virgili, um mecanismo de referência direta para o ICGU. Na atenção primária existe coordenação dos cuidados com a unidade de atenção domiciliar responsável pelo acompanhamento de pacientes crônicos complexos. Aqueles pacientes que necessitam de maior monitoramento ou tratamento mais intensivo, com clara orientação diagnóstica e sem necessidade de realização de exames complexos, são encaminhados para os ICGUs.

5.13 CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NA NORUEGA

Na Noruega, o sistema de saúde e assistência social é principalmente público. Sua organização é baseada na existência de dois setores principais: a atenção secundária, representada por hospitais e serviços ambulatoriais e especializados; e a atenção primária. Os hospitais são estatais e organizados por empresas de saúde administrada por quatro

autoridades regionais de saúde. A prestação de cuidados em saúde ocorre a partir de um modelo descentralizado. Os municípios são responsáveis pelos serviços de atenção primária, incluindo atendimentos de emergência, assistência domiciliar, casas de enfermagem/ lares de idosos, hospitais comunitários, parteiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e a gestão dos *general practitioners* (GP) (DAHL; STEINSBEKK; JOHNSEN, 2015; GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007; LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014). O governo da Noruega, por sua vez, possui e administra hospitais gerais distritais, hospitais universitários e serviços de ambulância através das autoridades regionais de saúde nas cinco regiões do país (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007).

A Reforma Nacional de Coordenação implementada na Noruega visou modificar essa dualidade na estrutura de cuidados em saúde pela criação de serviços alternativos de saúde que visem substituir as internações ou sucedê-las. A Direção Norueguesa de Saúde declara que a qualidade desses novos serviços deve ser igual ou superior que a dos hospitais já existentes (NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2012a *apud* LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014). Entretanto, as diretrizes não trazem especificações sobre tais padrões de qualidade, suas implicações e formas de avaliação; além de não existir uma diretriz clara acerca dos critérios de elegibilidade de pacientes: as recomendações incluem pacientes estáveis com diagnóstico esclarecido ou aqueles que necessitam de observação ou investigação básica, mas não considerados gravemente doentes (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

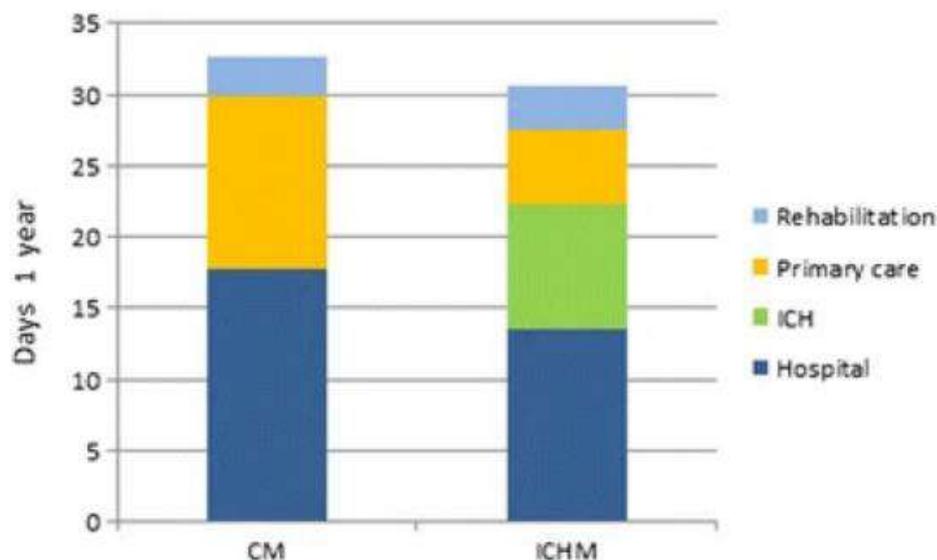
Dahl, Steinsbekk e Johnsen (2015) investigaram e compararam a eficácia da alta de pacientes de dois municípios, um com um hospital de cuidados intermediários e outro, sem. Ambos os municípios estavam localizados na região de referência do mesmo hospital geral, chamado “*Sykehuset Levanger*”, organizado pela empresa “*Helse Nord-Trøndelag*”.

O Hospital de Cuidados Intermediários (HCI) estudado foi uma enfermaria de 12 leitos localizada nas proximidades do serviço de atenção primária do município; era composta prioritariamente por enfermeiros, com a presença também de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e um clínico geral durante a semana. A indicação de admissão no HCI era para pacientes idosos que receberam alta do hospital geral com condições múltiplas e crônicas e necessidade de cuidados integrais. Quando avaliados para encaminhamento para o HCI há uma tendência da alta ocorrer mais cedo do que para os pacientes encaminhados diretamente para os serviços de atenção primária. O trabalho nesta unidade é voltado à reabilitação dos pacientes com vista a habilitá-los a retornar a suas casas com ganhos de funcionalidade na realização das atividades da vida diária (DAHL; STEINSBEKK; JOHNSEN, 2015).

As atividades de vida diária foram medidas por enfermeiros treinados dos hospitais gerais e dos serviços de atenção primária durante a internação e aos 3 e 6 meses de acompanhamento. Os serviços de atenção primária noruegueses registram, desde 2006, as informações de AVD de seus pacientes de acordo com o IPLOS. O IPLOS é um sistema de informação baseado em registros que caracteriza o nível de dependência dos pacientes levando em consideração as variáveis: alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, uso do banheiro, mobilidade em ambiente interno e externo, cozinhar, limpeza do ambiente doméstico, fazer compras, manutenção da própria saúde, comunicação, interação social, tomada diária de decisões, memória, controle comportamental, visão e audição. O estado funcional é calculado a partir do valor médio de cada variável, as quais são atribuídas uma escala de 1 a 5. A partir da mensuração das AVD são avaliadas as necessidades de assistência do paciente (DAHL; STEINSBEKK; JOHNSEN, 2015).

Foram incluídos no estudo de Dahl, Steinsbekk e Johnsen (2015), e acompanhados por 12 meses, 328 pacientes internados no hospital geral. No início do estudo, os pacientes dos dois municípios eram comparáveis em relação a gênero, número de diagnósticos, estado funcional, proporção de internações agudas e proporção de utilização da atenção primária em saúde. O grupo do município sem CI era mais jovem (média de idades de 72,9 vs 75,5 anos, $p=0,007$). O índice de permanência hospitalar foi maior no grupo oriundo do município sem hospital de CI (8,9 dias vs 5,5 dias, $p<0,001$); durante um ano de acompanhamento, a duração média das internações foi de 2,39 dias a mais por paciente do município sem CI. Não foram encontradas diferenças significativas sobre a proporção de reinternações 30 dias após a alta, mortalidade, atividades de vida diária, utilização de cuidados primários de saúde ou dias totais de cuidados (DAHL; STEINSBEKK; JOHNSEN, 2015).

Figura 3 - Total de dias de cuidados durante 1 ano



*CM: Município comparativo (sem hospital de cuidados intermediários); ICHM: município com hospital de cuidados intermediários.

Fonte: (DAHL; STEINSBEKK; JOHNSEN, 2015).

A busca dos países pela diminuição no tempo de internação hospitalar levantam preocupações acerca de que as altas precoces podem aumentar as readmissões e as taxas de mortalidade. Os achados de Dahl, Steinsbekk e Johnsen (2015) apresentam essa diminuição no tempo de permanência sem, no entanto, encontrar diferenças estatisticamente significativas para os desfechos após a alta, observando-se resultados de saúde semelhantes para os dois grupos; diferentemente dos resultados de Garasen, Windspoll e Johnsen (2008) que apontam redução da mortalidade, e de Green *et al.*, (2005) sobre efeitos positivos na recuperação das atividades da vida diária a partir do uso de instalações de cuidados intermediários.

Em uma abordagem que ensejou compreender o impacto dos Cuidados Intermediários na utilização dos demais serviços de saúde, Dahl *et al.*, (2015) investigaram se um município com um hospital de cuidados intermediários que fornece suporte após a alta hospitalar apresentou diferentes taxas de utilização dos serviços de saúde, por pessoas com 60 anos ou mais, e um risco diferenciado de readmissão hospitalar quando comparado a um município sem hospital de cuidados intermediários. Os municípios analisados por Dahl *et al.*, (2015) são os mesmos contidos em Dahl, Steinsbekk e Johnsen (2015), conforme relato acima.

Nos dois anos anteriores à introdução do hospital de cuidados intermediários (2005 e 2006) o tempo médio de permanência hospitalar para os pacientes que viviam no município onde ele posteriormente seria implantado era maior do que no município de comparação. Em 2007, quando o hospital de CI foi estabelecido, o município em que foi instalado apresentou

um tempo médio de permanência 10% menor em relação ao outro. Em 2008, quando o hospital de CI estava plenamente funcional, essa diferença entre os municípios passou para 20% (DAHL *et al.*, 2015).

Em relação às readmissões hospitalares em menos de 30 dias após a alta, não foram observadas diferenças significativas entre os municípios. Também não foram encontradas diferenças significativas para a utilização hospitalar geral entre os dois municípios. Entretanto, é importante ressaltar que a pesquisa só conseguiu considerar o hospital geral local (*Sykehuset Levanger*) para medir as reinternações. No que se refere ao uso de serviços de atenção primária após a alta, os pacientes de 60 anos ou mais do município com Hospital Intermediário receberam número superior e estatisticamente significativo em comparação ao outro município, no período de 2008 a 2011, apresentando uma diferença média de 59 horas por paciente e ano ($p < 0,001$) (DAHL *et al.*, 2015).

Um tempo de internação mais curto pode levantar preocupações acerca de altas hospitalares prematuras e inadequadas e, como consequência, reinternações precoces e elevação da taxa de mortalidade. No entanto, os achados deste estudo apontam o contrário, uma vez que não foram observadas diferenças nas readmissões hospitalares entre os dois municípios pesquisados, nem aumento da mortalidade (DAHL *et al.*, 2015).

Já em relação à perspectiva dos usuários, Lappegard e Hjortdahl (2014), a partir de abordagem qualitativa, estudaram a qualidade percebida pelos pacientes e provedores de cuidados de saúde fornecidos em um hospital comunitário localizado no vale *Hallingdal*, uma região rural ao sul da Noruega, com 20 mil habitantes em seis municípios. Cada município possui seu lar de idosos e serviço de atendimento domiciliar. O serviço estudado foi o *Hallingdal sjukestugu* (HSS), instituição comparável aos hospitais comunitários da Grã Bretanha. O HSS é administrado pelo hospital geral mais próximo, *Ringerike sykehus* (RS), a 170 km de distância; possui uma unidade de internação com 14 leitos, ambulatórios somáticos e psiquiátricos, um centro de tratamento diurno com diálise e cuidados paliativos, satélite para raio x digital do hospital geral e uma base para helicópteros e ambulâncias. O departamento intermediário do HSS é administrado por dois *general practitioners*, que contam com apoio de especialistas do hospital geral (RS) via telefone, telemedicina ou pessoalmente. A unidade de internação do HSS preenche uma lacuna entre os serviços municipais e os cuidados especializados prestados no hospital e é categorizada como um departamento intermediário

O departamento intermediário do HSS recebe cerca de 600 internações anuais. Os pacientes admitidos na unidade podem ser por motivos de internações agudas (por necessitarem de supervisão e tratamento frequente de enfermagem e médico, mas não

precisam de tecnologias específicas do hospital), tratamento de acompanhamento após internação em hospital geral ou reabilitação; exemplo de grupos diagnósticos frequentes acolhidos são pneumonia, exacerbações de doença crônica, trauma sem necessidade cirúrgica, condições de dor e agravamento dos sintomas do câncer. A média de permanência dos pacientes em 2012 foi de 4,8 dias na unidade intermediária (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

A qualidade percebida dos serviços prestados pelo hospital comunitário *Hallingdal sjukestugu* (HSS) e no hospital geral *Ringerike sykehus* (RS), foi avaliada a partir do uso de um questionário validado para medir a satisfação do paciente com o serviço prestado (sendo adicionada uma pergunta, se o paciente achava que deveria ter sido admitido na instituição alternativa – HSS ou RS; e duas perguntas aos familiares sobre a opinião dos familiares sobre a internação); entrevistas (n=6), para aprofundar a apreensão dessas experiências (os pacientes entrevistados foram escolhidos com base na orientação da equipe de enfermagem e dos médicos responsáveis e eles deveriam já ter sido internados tanto no RS quanto no HSS nos anos anteriores); e a realização de um grupo focal com os profissionais que refletiu sobre os fatores que criaram e mantiveram a reputação do HSS – composto por especialista médico do RS responsável pelo departamento intermediário do HSS; dois administrativos; gerência de enfermagem do HSS; um enfermeiro do HSS; um GP de *Hallingdal*; um representante da casa de repouso municipal e representantes dos níveis administrativo e político dos municípios de *Hallingdal* e um representante de uma organização de usuários (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

A partir do questionário foi detectada diferença estatística entre os grupos, onde os pacientes atendidos no HSS estavam mais satisfeitos que os do RS, o que também foi observado na avaliação dos serviços de enfermagem pelos pacientes e no quesito organização do serviço. Quando perguntados sobre sua preferência de atendimento, os pacientes atendidos no hospital geral pareceram mais propensos a desejar serem tratados no hospital comunitário; o contrário não foi observado (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

A partir das entrevistas, os pacientes descreveram o ambiente da HSS como acolhedor, o que lhes permitiu um sentimento de controle sobre suas circunstâncias e com uma relação próxima entre profissionais, pacientes e também com a família, dada a proximidade com a comunidade. O hospital, por sua vez, foi descrito como um ambiente agitado e apressado. Alguns pacientes, entretanto, apresentaram críticas em relação à estrutura do HSS como, por exemplo, a falta de banheiros privativos (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

What creates this reputation? It has to do with the atmosphere, one is taken care of, it's small and it's easy to understand what happens all around you. The nurses and doctors are interested in you, and you can meet people you know. It is part of the cure that you can be together socially, isn't it? (Patient No. 5)

Down there at the hospital, they are so busy, they are rushing and running and don't have enough time when you need help. Up here at HSS you are taken care of right away. Yeah, so if the HSSdI must be allowed to say this if they had toilets in each room, then it would just be perfect. (Patient No. 5). (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014, p. 31).

A maioria dos pacientes relatou uma abordagem mais holística no HSS, onde se procurava atender a pessoa de forma abrangente e não apenas a doença. Também foi considerada mais compreensão e tolerância em relação ao tempo de estadia no HSS, quando em relação ao hospital geral (RS), o que foi avaliado de forma bastante positiva pelos pacientes. Todos os pacientes também expressaram compreensão para o fato de que no caso de doença grave, a transferência para o hospital geral se faria necessário e que confiavam no médico do HSS para fazê-lo. A interação e confiança na equipe profissional do HSS foi um ponto bastante ressaltado (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

As respostas obtidas no grupo focal com os profissionais confirmaram as respostas obtidas através das entrevistas com os pacientes. Os profissionais concordavam que o HSS desenvolveu, ao longo de sua história, uma boa reputação e endossavam a avaliação positiva da instituição. As boas experiências dos pacientes em suas internações, a cobertura da mídia e ausência de queixas oficiais são importantes causas. Além disso, foi ressaltada a estabilidade dos profissionais, com baixa rotatividade, o que faz com que o profissional se aproprie do trabalho, assuma responsabilidades no cuidado dos usuários e estabeleça vínculos importantes para a qualidade do trabalho desempenhado e para a garantia da continuidade do cuidado, outro ponto ressaltado como existente no HSS. A integração entre a equipe do HSS e desta com a equipe do RS também foi descrita como um fator principal da experiência positiva de cuidado (LAPPEGARD; HJORTDAHL, 2014).

O estudo de Lappegard e Hjortdahl (2014) demonstrou resultados importantes acerca da qualidade percebida dos serviços de cuidados de saúde fornecidos em um hospital comunitário da Noruega, onde a confiança dos pacientes nos serviços e nos profissionais prestadores desse serviço mostrou-se um dos fatores preponderantes para essa avaliação positiva. O ambiente acolhedor onde eram ofertados os cuidados, a proximidade da equipe multiprofissional com os pacientes, cuidados providos de forma mais holística e integral do paciente e a proximidade geográfica da instituição – que permitia a visita mais frequente de familiares e o reconhecimento de muitos dos pacientes internados – proporcionavam um

ambiente “caseiro”, uma atmosfera descontraída e uma postura mais pró ativa dos pacientes em seu processo de reabilitação.

Esses achados fornecem uma leitura acerca da percepção dos usuários acerca dos cuidados de saúde e evidenciam que os mesmos avaliam o serviço de cuidados intermediários com qualidade igual ou superior à prestada no hospital geral. São ressaltadas as preferências dos usuários e seu potencial para a organização e gerenciamento dos serviços de saúde os quais devem levar em consideração o contexto cultural e social em que estão inseridos.

5.14 DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO COM OS CUIDADOS AGUDOS

Uma característica fundamental dos cuidados intermediários foi sua capacidade de investir tempo e recurso no cuidado às pessoas idosas com vistas a auxiliá-los a recuperar sua independência e prepará-los para voltar para casa com noções e habilidades de auto cuidado visando uma menor institucionalização das pessoas (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Apesar das características positivas, Glasby, Martin e Regen (2008), ao estudar a relação entre os hospitais gerais e os serviços de cuidados intermediários a partir de entrevistas e grupos focais com profissionais de saúde e gestores, apontam tensões existentes levantadas tanto pelo pessoal dos cuidados agudos quanto dos cuidados intermédios.

Foi relatado por alguns funcionários dos serviços agudos um sentimento de que os serviços de cuidados intermediários locais foram criados muito rapidamente e com limitada entrada de funcionários do hospital. Para outros, os cuidados intermédios representaram um novo projeto governamental que se distanciava de esquemas de boas práticas clínicas, uma vez que não havia evidências científicas que os apoiassem, correndo o risco de representar alternativas incompletas, de curto prazo e sem a integração necessária com os serviços principais. Além disso, a preocupação de que os CI representassem uma prestação de cuidados de qualidade inferior, abrindo precedentes a uma tendência de evitação da necessidade de especialistas com o objetivo de diminuir gastos e redução da autoridade médica (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Havia a sensação de que os Cuidados Intermediários eram subutilizados e que muitos profissionais do hospital, bem como muitos *general practitioners*, não tinham consciência do que seriam. Alta rotatividade do pessoal hospitalar bem como pressões para encontrar rápidas soluções para os problemas de saúde foram sugeridas como causas para essa baixa conscientização dos profissionais para os CI (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

As principais barreiras relatadas incluíam a evolução gradual dos cuidados intermediários, com diferentes pontos de acesso e critérios de elegibilidade, estes muitas vezes percebidos como muito restritivos; resultaram em uma percepção de baixa agregação dos CI com os demais serviços (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Por outro lado, do ponto de vista dos profissionais dos serviços de cuidados intermediários, eram frequentes relatos acerca da resistência dos médicos da equipe de cuidados agudos, sobretudo em relação a perder o controle de seus pacientes (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Também se fez presente nos profissionais de CI o medo de que os encaminhamentos para CI partissem mais do desejo de reduzir pressões agudas e não necessariamente fazer o melhor para os pacientes. Aliado a isto, fizeram-se presentes preocupações acerca de referências inadequadas e o bloqueio de leitos em um sítio particular de cuidados intermediários por pacientes admitidos prematuramente do hospital sem que houvesse capacidade de seguimento daqueles pacientes fora do setor de CI. Esta questão refletiu-se num sentimento de pressão sobre os funcionários de CI para aceitar as referências ainda que, por vezes, as julgassem inadequadas, de modo a, como um serviço novo, conquistar espaço entre os referenciadores a partir de sua importância e resolutividade, em busca de justificar sua necessidade (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

Os entrevistados enfatizaram a necessidade de maior envolvimento de geriatras em serviços de cuidados intermediários com vistas a tranquilizar os médicos do hospital acerca da segurança e qualidade dos serviços; estabelecer uma revisão, em conjunto, dos critérios de elegibilidade para os serviços de CI; participação dos profissionais de ambos níveis de atenção nas tomadas de decisão promovendo integração dos serviços e gestão compartilhada de riscos; disponibilização e acessibilidade das informações e materiais para conscientização dos profissionais e para fomento de uma postura mais pró ativa dos profissionais, ensejando uma grande mudança cultural para que os serviços hospitalares e intermediários possam trabalhar juntos e de forma mais eficaz no futuro (GLASBY; MARTIN; REGEN, 2008).

5.15 AVALIAÇÃO DE CUSTOS DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Uma das propostas para a introdução dos Cuidados Intermediários era intervir nos altos custos advindos das numerosas, e crescentes, internações hospitalares de alto custo. Entretanto, pouco ainda se sabe sobre o real potencial de economia pela utilização de serviços comunitários de cuidados intermediários. Por esse motivo, Kaambwa *et al.*, (2008), como

parte da Avaliação Nacional de Serviços de Cuidados Intermediários da Inglaterra, analisaram o perfil de pacientes que utilizam serviços de Cuidados Intermediários, os custos e resultados associados a cinco estudos de caso realizados em “sistemas inteiros” de cuidados intermediários, ou seja, uma variedade de serviços de saúde de cuidados intermediários correspondentes a áreas com um limite geográfico específico, tanto em ambiente rural quanto urbano. No que tange a avaliação de custos, o intuito foi apresentar uma visão geral dos custos de execução dos serviços de Cuidados Intermediários no Reino Unido e debater sobre as formas mais eficientes para o emprego dos recursos direcionados para os serviços de Cuidados Intermediários.

Para tanto, foram coletados dados desses estudos sobre: (1) se as prováveis provisões de serviço referiam-se a serviços não disponíveis de Cuidados Intermediários, com vistas a aferir a adequação da admissão; (2) características dos pacientes; (3) características do serviço de Cuidados Intermediários; (4) característica do episódio de prestação de serviço; (5) fonte de encaminhamento ao serviço de cuidado intermediário; (6) serviços de apoio vinculados ao episódio de cuidado intermediário e recebidos pelo paciente (KAAMBWA *et al.*, 2008).

Os custos do serviço de saúde foram estimados para cada episódio do paciente. Foram calculadas estimativas com base no uso de recursos específicos por pacientes e multiplicados por estimativas de custos unitários, obtidas a partir de declarações orçamentárias para os serviços de Cuidados Intermediários individuais e de fontes nacionais publicadas no ano de 2004. Ou seja, as estimativas de custos foram realizadas a partir de medidas de “cima para baixo”, uma vez que não estavam disponíveis nos serviços em estudo as medidas de custos por paciente. Os autores assinalam essa questão como uma limitação do estudo (KAAMBWA *et al.*, 2008).

Foram analisadas as características dos pacientes admitidos em serviços de Cuidados Intermediários em 2253 episódios de CI. A mediana das idades foi de 81 anos, sendo três quartos dos pacientes respectivos aos episódios de cuidados com 75 anos ou mais; 70% das admissões corresponderam a pacientes do sexo feminino e aproximadamente metade da amostra vivia sozinha no momento do início de um episódio de CI. Os serviços de evitação de admissão tendem a receber pacientes mais velhos e apresentam maior utilização de serviços de apoio, dado o ambiente comunitário de provisão desses serviços. Os escores médios dos instrumentos EuroQol EQ-5D (versão validada para o Reino Unido) - para avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas - e índice de Barthel - para a avaliação da funcionalidade dos pacientes para atividades de vida diária - foram, respectivamente, 0,42 e 14,8 indicando

estados de saúde relativamente ruins e/ou baixos níveis de funcionalidade dos pacientes (KAAMBWA *et al.*, 2008).

A duração média da prestação de serviços de Cuidados Intermediários foi de 29,5 dias. Foi assinalado um consumo considerável de recurso por parte dos episódios de CI, apresentando um custo médio de £ 1200 de acordo com as estimativas elaboradas com base no ano de 2014. É apontada diferença significativa no custo dos serviços de evitação da admissão e os esquemas de alta apoiada, com os casos de alta apoiada representando um custo médio de £ 1500 por episódio. Os pacientes atendidos em ambientes residenciais custam, em média, mais de três vezes mais do que aqueles em ambientes não residenciais (ou seja, £ 2784 em oposição a £ 879 respectivamente por paciente). Menor tempo de duração da prestação de serviços e a combinação de serviços não residenciais e de evitação de admissão se mostrou menos onerosa em relação às demais variações de serviços de Cuidados Intermediários (KAAMBWA *et al.*, 2008).

Em relação à adequação da admissão em serviços de cuidados intermediários, os autores relatam que para 53% dos pacientes o uso de CI foi adequado, o que revela uma alta proporção de pacientes (47%) admitidos em serviços de CI inapropriadamente. As admissões apropriadas apresentaram custos mais elevados, entretanto, os autores ressaltam que isso não deve ser uma preocupação uma vez que a admissão em CI estaria evitando uma internação hospitalar de custo elevado. Outrossim, a partir da medida do índice de Barthel, pacientes admitidos adequadamente apresentam funcionalidades menores na admissão e alcançam ganhos funcionais maiores quando comparados às admissões inadequadas. O mesmo também se aplica aos níveis de qualidade de vida, medidos pelo EQ-5D. Dessa forma, a necessidade ou a gravidade da doença dos pacientes parece ser um importante fator para a admissão, ou seja, pacientes com maiores deficiências funcionais, medidas pelo índice de Barthel, e menor qualidade de vida, medida pelo EQ-5D, têm maior probabilidade de se beneficiarem dos Cuidados Intermediários (KAAMBWA *et al.*, 2008).

Além disso, em relação a decisões sobre a priorização no fornecimento de serviços de CI, os autores indicam a priorização de serviços de evitação da admissão em relação àqueles de alta apoiada, uma vez identificados maiores ganhos estatisticamente significativos, quando controlados fatores como a gravidade do paciente na admissão, nos desfechos de saúde para episódios de evitação da admissão em relação aos de alta apoiada. Entretanto, é importante considerar que muitos pacientes são encaminhados para serviços de evitação de internação por motivos de infecções agudas que podem resultar em rápida deterioração física e psicológica, sobretudo em pacientes idosos, mas que, uma vez tratada, é observada uma

rápida recuperação. De outra forma, pacientes oriundos de alta apoiada podem requerer maior reabilitação e maior tempo de suporte após a internação hospitalar, pois sua recuperação pode não ser rápida (KAAMBWA *et al.*, 2008).

No período em estudo, a maior parte dos serviços de Cuidados Intermediários prestados nos locais pesquisados no Reino Unido tratavam-se de serviços de alta apoiada. Havia pouca evidência científica acerca da eficácia ou custo efetividade dos serviços de evitação da admissão no Reino Unido. Entretanto, a partir do estudo de Kaambwa *et al* (2008) foi observada uma boa relação custo benefício em relação ao uso de recursos e ganhos de saúde a partir da utilização de serviços de evitação da admissão. Assim, o ganho de saúde dos pacientes atendidos em serviços de Cuidados Intermediários, neste estudo, mostrou-se motivado tanto pela gravidade da doença no momento da admissão (pacientes mais gravemente doentes mais ganharam) quanto pela função do serviço IC (os serviços de evitação de admissão promoveram maiores ganhos funcionais e de qualidade de vida) (KAAMBWA *et al.*, 2008).

Um outro braço do deste estudo, elaborado por Dixon *et al* (2010) utilizou os dados obtidos na Avaliação Nacional de Serviços de Cuidados Intermediários, objetivou avaliar a relação entre o *mix* de habilidades, os resultados dos pacientes (medidos através do índice de Barthel e do EQ-5D), tempo de permanência e custos dos serviços de Cuidados Intermediários na Inglaterra. Para tanto, foram registrados os tipos de profissionais de saúde incluídos nas equipes dos cinco locais estudados e classificados de acordo com (1) o número de diferentes profissões incluídas na equipe multiprofissional; e (2) proporção de trabalhadores de apoio para o pessoal qualificado, ou seja, trabalhadores envolvidos na prestação direta de cuidados, mas que não possuíam qualificação profissional, incluindo assistentes, assistentes terapêuticos, trabalhadores de suporte, assistentes gerais de reabilitação, assistentes de cuidado em saúde e trabalhadores de assistência social.

As análises relacionadas a ganhos de saúde, medidos pelo índice de Barthel e do EQ-5D, bem como aqueles relacionados à permanência nos serviços de CI corroboram com os achados de Kaambwa *et al.*, (2008), com evidências fracas ($p=0,09$) de que a proporção de pessoal de apoio para profissionais qualificados impacta nos ganhos em saúde (DIXON *et al.*, 2010).

No que tange a análise da relação entre o *mix* de habilidades profissionais e os custos de atendimento, foram apontadas evidências de que um maior número de categorias profissionais estava associado a custos mais baixos. Equipes que apresentavam uma categoria extra de pessoal estavam relacionadas a uma redução de custos em cerca de 17%. Foi

estimado que o ponto em que o custo da prestação de serviços começa a cair é de cerca de 12 funcionários; entretanto, este número de profissionais foi maior do que a maior equipe incluída no estudo (DIXON *et al.*, 2010).

Há um possível conflito nos resultados acima explicitados pois se aumentar o número de profissionais de apoio em relação à equipe pode significar melhorias nos resultados de saúde dos pacientes é importante que isso não aconteça em detrimento da multidisciplinaridade (em termos de diferentes categorias profissionais) pois, nesse caso, haveria um potencial aumento dos custos dos serviços (DIXON *et al.*, 2010).

5.16 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CI: QUESTÕES POUCO ABORDADAS E SEU IMPACTO NOS SERVIÇOS

Tem sido relatado na literatura resultados adversos de sintomas de ansiedade e depressão não tratados em pacientes idosos. Mau cumprimento do tratamento médico, maior utilização dos serviços de saúde e hospitalizações por doenças agudas mais prolongadas são exemplos. Entretanto, no que tange os serviços de cuidados intermediários, ainda há uma lacuna de compreensão sobre os efeitos da depressão e ansiedade nos pacientes e seu impacto no tempo de permanência, embora sejam questões comumente vivenciadas pelos profissionais de saúde e usuários desses serviços (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008). Dessa forma, Yohannes, Baldwin e Connolly (2008) propõe-se a investigar a prevalência e preditores de sintomas de depressão e ansiedade em pacientes idosos admitidos em internação intermediária pós aguda para reabilitação e avaliar seu impacto no tempo de permanência, na incapacidade física e qualidade de vida dos idosos.

Foram incluídos e completaram o estudo 173 pacientes (60 homens). Sua faixa etária foi de 60 a 97 (média de 80) anos. 130 (75%) pacientes sofreram uma ou mais quedas no ano anterior. A maioria tinha sido admitida ao hospital por causa da doença médica aguda (155, 90%), e 18 (10%) foram diretamente encaminhados para cuidados intermediários por seu *general practitioner* (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

Os sujeitos deprimidos diferiram dos não deprimidos em várias medidas que podem influenciar o tempo de permanência. Pacientes detectados com depressão apresentaram média de idade mais avançada; maior número de quedas no ano anterior; menor índice de cognição (medida pelo MMSE); maior escore de ansiedade; maior incapacidade física (avaliada pelo NEADL); e piores resultados relacionados à percepção de saúde; funcionamento social e papel emocional (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

Aqueles identificados como deprimidos pela escala de depressão e ansiedade hospitalar (HAD) foram avaliados para determinar a gravidade da depressão, a partir da escala MADRS. 36 idosos (21%) apresentaram sintomas de depressão e 29 (17%) foram diagnosticados como clinicamente depressivos; destes, avaliados pelo MADRS, 14 estavam levemente deprimidos e 15 (52% dos 29) foram considerados moderadamente deprimidos. Depressão severa foi associada ao aumento dos escores de comorbidade (medidos por índice de Charlson) (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

Variáveis consideradas como “preditoras de depressão” foram: sexo (homens foram avaliados como mais propensos a desenvolver depressão), composição domiciliar (viver sozinho aumenta as chances de depressão), classe social (classe social mais baixa impacta no risco de desenvolver depressão) e capacidade/funcionalidade física (menor funcionalidade implica em maior risco para depressão) (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

Além disso, foi detectado que quanto maiores os sintomas de ansiedade, maior a probabilidade de o idoso desencadear quadro depressivo. A prevalência de depressão com ansiedade foi de 69%. Os “preditores de ansiedade” compreenderam: severidade da depressão clínica; menor percepção de saúde geral e a frequência de quedas no último ano. Pacientes com depressão ansiosa são mais propensos a ideação suicida e depressão grave quando comparados com depressão e ansiedade isoladamente, o que pode representar maior necessidade de acompanhamento e tratamento próximos a esses pacientes (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

A partir dos resultados da regressão múltipla, tomando o tempo de permanência como variável dependente, foi identificado que os pacientes com depressão grave, menor função cognitiva, deficiência física grave ou aqueles que viviam sozinhos estavam mais propensos a ficar mais tempo na unidade. A gravidade da depressão (medida pelo score MADRS) foi a variável mais importante para maior permanência na unidade intermediária. No modelo de regressão, a idade, o sexo e os escores de ansiedade não foram preditores de tempo de permanência na unidade (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

Os achados de Yohannes, Baldwin e Connolly (2008) têm diversas implicações para a prática clínica. Sintomas de depressão e ansiedade podem impactar no processo de reabilitação dos pacientes, levando-os a resultados mais lentos, menor motivação para o trabalho de reabilitação e menor *status* funcional, quando comparados com pacientes idosos sem esses sintomas. Além do maior tempo de permanência na instituição de cuidados intermediários, pacientes com depressão severa podem demandar serviços adicionais em casa,

o que exige da equipe um planejamento de alta qualificado e acompanhamento desse paciente após a alta por serviços residenciais (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

A associação significativa entre ansiedade e quedas é outro elemento importante a ser analisado. As quedas e o “medo de cair” podem comprometer o equilíbrio dos pacientes idosos, sua auto confiança e auto estima, podendo impactar em sua participação em atividades sociais e levando a uma menor qualidade de vida (YOHANNES; BALDWIN; CONNOLLY, 2008).

Faz-se necessário que os serviços de cuidados intermediários desenvolvam intervenções estruturadas – farmacológicas e não farmacológicas – para manejo da depressão e da ansiedade com vistas a maiores ganhos em saúde pelos pacientes. É recomendável que sejam realizados estudos que levem em consideração as alterações do *status* funcional de pacientes com depressão, seu engajamento nas atividades de reabilitação, a presença de apoio psicossocial e as dificuldades vivenciadas pela equipe responsável pelo cuidado.

5.17 BARREIRAS AOS CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Ainda há uma escassez de publicações sobre o desfecho de pacientes e a relação custo benefício do fornecimento de cuidados intermediários em um Hospital Comunitário ao invés do tratamento padrão em um hospital geral (GARÅSEN; WINDSPOLL; JOHNSEN, 2007). Garasen, Windspoll e Johnsen (2007), apontam para a necessidade de se realizarem mais ensaios randomizados controlados para testar diferentes modelos de cuidados intermediários em Hospitais Comunitários como alternativa às internações e atendimentos em hospitais gerais, com a finalidade de confirmar os benefícios dos cuidados intermediários e também explorar suas consequências econômicas. Além disso, ressaltam que o uso de casas de repouso e Hospitais Comunitários pode não ter sido valorizado como alternativas apropriadas e ainda evidencia-se uma carência de pesquisas sobre essa modalidade de serviço e intervenção em saúde.

O estudo de Seamark *et al* (2001), que objetivou conhecer o número de Hospitais Comunitários presentes no Reino Unido e compreender suas principais características, identificou 471 estabelecimentos. Aparentemente, o estudo observou um crescimento do número de Hospitais Comunitários, ao longo dos anos (pesquisa similar em 1983 identificou 425 Hospitais Comunitários no Reino Unido, e, em 1990, 415). Entretanto, os autores ressaltam limitações metodológicas do estudo, sobretudo sobre a dificuldade de definição

sobre o que constituiria um Hospital Comunitário, limitação que também se estende para a definição dos leitos.

Vetter (2005) em comentário no volume 331 do periódico *British Medical Journal*, no qual remete principalmente ao estudo de Green *et al.*, (2005), apresenta uma crítica à adoção dos Cuidados Intermediários como política pública do *National Health Service* (NHS) em virtude das baixas evidências científicas que a recomendem como uma abordagem de cuidado em saúde eficaz e segura. Argumenta que a base teórica e epidemiológica do *National Service Framework* para pessoas idosas em sua ênfase nos cuidados intermediários não está pautada em evidências científicas. Nesse sentido, ressalta alguns estudos que intentaram demonstrar a eficácia desta abordagem de cuidado e que, no entanto, não conseguiram consolidar uma base empírica que sustente tal tomada de decisão. Apresenta limitações no delineamento e condução dos estudos que, por sua vez, comprometem a acurácia e reprodutibilidade dos achados, bem como deixa dúvidas quanto à segurança e eficácia da adoção deste modelo de atenção à saúde enquanto não estiver pautado em evidências científicas sólidas e confiáveis.

A literatura relata com importância as admissões inadequadas em Cuidados Intermediários. Kaambwa, *et al.*, (2008) apontam para maiores ganhos funcionais de pacientes admitidos apropriadamente em serviços de Cuidados Intermediários em relação à admissões inadequadas realizadas no Reino Unido, a despeito da existência de critérios elaborados pelo Departamento de Saúde do Reino Unido para orientar as admissões. O desenvolvimento, disseminação e aplicação de critérios claros, robustos e confiáveis de admissão em Cuidados Intermediários que possibilitem averiguar a alternativa mais adequada de cuidado em saúde bem como a cooperação entre prestadores de serviços hospitalares e comunitários em relação à seleção de pacientes e referenciamento de pacientes podem configurar saídas para maior eficiência e efetividade dos serviços de saúde, e diminuir a subjetividade inerente ao processo de admissão em CI (GRANT; DOWELL, 2002; KAAMBWA *et al.*, 2008).

O relatório da auditoria nacional de cuidados intermediários, na Inglaterra, publicado em 2013, apontou que a capacidade do país de oferecer cuidados intermediários aos idosos é metade da necessidade para evitação de admissões inapropriadas em hospitais gerais e fornecer cuidados pós agudos adequados (KILGORE, 2014). O tempo entre encaminhamento e admissão no serviço intermediário aumentou e potenciais benefícios aos pacientes são negados pelo atraso no acesso aos serviços (OLIVER, 2017).

Destinados a pessoas, em geral, mais velhas e com necessidades complexas, os serviços de CI podem ser classificados em duas categorias principais: (1) *step-down*, serviços de alta precoce apoiada ou (2) *step up*, aqueles de evitação de admissões (KILGORE, 2014).

Serviços de evitação de admissão têm como objetivo manter pessoas doentes em casa que, de outra forma, precisariam ser admitidas no hospital. Eles compreendem equipes de resposta rápida que podem fornecer avaliação, tratamento e suporte. Esses serviços tornaram-se cada vez mais atraentes para os planejadores de saúde na Inglaterra, pois enfrentaram a meta nacional desafiadora de alcançar uma redução de 5% nos dias de leitos agudos. No entanto, a evitação da admissão tem um risco clínico inerente, já que os pacientes evitam a avaliação aguda baseada no hospital, e os desfechos de saúde podem, assim, ser comprometidos (YOUNG, 2009).

Os principais argumentos para os problemas de capacidade ressaltados no relatório da auditoria nacional de CI estavam relacionados com a grande variação de configuração, tamanho e desempenho entre os serviços fornecidos nas diferentes localidades, o que embora em algumas áreas possam funcionar bem, são difíceis de replicar e torna difícil o estabelecimento de uma base de evidências científicas a partir de serviços tão diferentes na forma e provisão de cuidados. Além disso, os serviços de cuidados intermediários são utilizados majoritariamente como *step down* ao invés de *step up* (evitação da admissão), o qual atenderia mais diretamente aos objetivos de redução das hospitalizações desnecessárias. Outrossim, para os GPs, os serviços de CI ainda não são priorizados na momento de decisão sobre o destino dos pacientes (KILGORE, 2014).

Outra preocupação importante é relacionada ao *mix* de habilidades de enfermagem. É imprescindível o provimento de profissionais de enfermagem capacitados e isto deve ocorrer desde a graduação preparando os alunos para atuar em diferentes configurações de serviços, não apenas para o setor agudo e ambientes altamente especializados, onde majoritariamente os profissionais são formados. A gestão de risco é essencial para a execução dos CI e, para isso, requer pessoal treinado com avaliação avançada de habilidades e um grande compromisso com a comunidade. É importante que sejam definidos padrões nacionais para Cuidados Intermediários para estabelecer as responsabilidades dos profissionais sobre os cuidados, aumentar a confiança dos médicos referenciadores e melhorar o processo de referência dos pacientes para esse nível de atenção (KILGORE, 2014).

O Relatório de Auditoria de CI, do ano de 2013, também destaca uma lacuna no treinamento para pacientes com demência entre os profissionais de CI, com apenas metade dos serviços domiciliares relatando que todos os membros da equipe receberam formação em saúde mental e cuidados à pacientes com demência, o que parece um contrassenso haja vista o fato de que pessoas com demência ou problemas relacionados a saúde mental apresentam

maiores estadias hospitalares e necessidades de apoio que outros grupos de pacientes que não apresentam necessidades de saúde mental (KILGORE, 2014).

É ressaltado que o fortalecimento da força de trabalho a partir da formação, treinamento e capacitação profissional para gerenciamento de casos em cuidados intermediários pode ser muito mais rentável que o investimento em mais leitos de hospitais. Além da economia para o *National Health Service*, aprimorar serviços de cuidados intermediários significa também melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde às necessidades dos pacientes bem como influenciar em uma maior rapidez da recuperação e reabilitação dos mesmos, processo intrinsecamente relacionado a elementos psicológicos e sociais e facilitado pelos pacientes estarem em ambientes próximos ou semelhantes à suas casas (KILGORE, 2014).

Por fim, as evidências apoiam o desenvolvimento de serviços intermediários com vistas a oferecer alternativas à hospitalização em hospitais de agudos, mas ainda não está claro que forma(s) e configurações eles devem assumir e há poucos estudos que examinem a relação entre os diferentes serviços de cuidados intermediários com vistas a fornecer evidências de boa qualidade para sua incorporação às políticas públicas de saúde (WILLIAMS *et al.*, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Limitações desta Revisão

O fato da palavra chave “*Intermediate Care*” não ser considerada um descritor em ciências da saúde resultou em um aumento da sensibilidade das buscas nas bases de dados, aumentando significativamente o número de resultados obtidos com as chaves de busca. Dessa forma, para dar conta da tarefa de analisar os 34.027 documentos obtidos como resultado da estratégia de busca optou-se por, inicialmente, realizar a leitura apenas dos títulos dos documentos como primeiro filtro, uma vez que a leitura de todos os resumos não seria uma alternativa viável. Assim, é possível que alguns documentos não tenham sido incluídos para as análises posteriores (leitura dos resumos e leitura do documento na íntegra) caso não apresentassem claramente, em seus títulos, seu propósito e relação com o tema dos Cuidados Intermediários ou Hospitais Comunitários.

Foi verificado ao longo do processo de elaboração dessa revisão que a não utilização do descritor “*Community Hospital*” isoladamente também pode ter configurado um viés para apresentação dos resultados uma vez que nem todos os documentos apresentam os descritores “*Community Hospital*” e “*Intermediate Care*” combinados e uma quantidade considerável de estudos pertinentes ao tema apresenta-se referenciado apenas pelo descritor “*Community Hospital*”. Entretanto, essa busca complementar não foi realizada uma vez que não estava previamente definida em nossa estratégia de busca.

O fato da “Literatura Cinza” não ter sido incluída na estratégia de busca, bem como o número reduzido de bases de dados pesquisadas, podem ter limitado os achados bibliográficos. Além disso, dado o extenso quantitativo de documentos obtidos, esta revisão não incluiu documentos de outras fontes que não oriundos da estratégia de busca pretendida. Dessa forma, não foram incluídos importantes documentos contidos nas referências bibliográficas dos artigos analisados, fato que também aponta para uma limitação do potencial que essa revisão poderia alcançar.

Apesar deste trabalho estabelecer seções na discussão com informações individualizadas sobre cuidados intermediários em diferentes países, não foram buscadas atualizações políticas e normativas acerca da prestação de serviços de saúde nesses países. As informações contidas nessas seções foram obtidas a partir da análise dos artigos incluídos, portanto, podem estar desatualizadas.

Implicações para a prática

Os cuidados intermediários como estratégia de fortalecimento da Atenção Primária e apresentação de um nível assistencial que busca aumentar a independência dos pacientes e favorecer seu retorno à comunidade com maior nível possível de funcionalidade preservada, apresenta-se como uma inovação nos cuidados em saúde e uma aposta promissora aos governos.

Pensar na reorganização dos serviços de saúde de modo a atender as necessidades de saúde, aumentar ganhos em funcionais e promover maior qualidade de vida é uma tarefa urgente para governantes de diferentes nacionalidades. A busca por sistemas de saúde universais, equânimes, pautados em boas práticas clínicas, na integralidade, no cuidado centrado na pessoa e na promoção dos projetos de felicidade deve ser um imperativo frente às ondas neoliberais que invadem o pensamento estatal e promovem o desmonte institucional de valores orientados ao bem comum.

Nesse sentido, aprender com a experiência já vivida por *outrem* possibilita alcançar voos maiores na busca constante por aprimoramento de nossas iniciativas bem como respeitar e endossar valores exprimidos na Reforma Sanitária, alguns dos quais ecoam até os dias de hoje; outros, lutam diariamente por salvação.

É importante que as características positivas dos cuidados intermediários, aqui expressas, sejam exaltadas e contrapostas com outros modelos organizativos com vistas a adequar a oferta, organização e gestão dos serviços de saúde vigentes. Orientação para a comunidade; centralidade no paciente e em sua família; maximização das capacidades e das funcionalidades dos pacientes; incentivo à sociabilidade; orientação para retorno às atividades e ao domicílio; tomada de decisão compartilhada; respeito, dignidade e amorosidade no cuidado e abordagem holística e integral da pessoa, e não apenas da parte doente, da doença; desenvolvimento de um plano individual de cuidado; consulta aos usuários sobre suas preferências e satisfação; ambiente acolhedor e estruturas físicas que promovam espaços de convivência e sentimento de maior acolhimento; potencial para maior eficiência dos serviços de saúde, entre outros. São exemplos de características dos serviços de cuidados intermediários que denotam boas experiências e boas práticas em saúde e que, portanto, devem ser reproduzidas e trabalhadas em diferentes níveis com vistas a aprimorar sua adoção.

Entretanto, é importante ter em conta que, apesar dos benefícios constatados pela implementação desses serviços, ainda pairam dúvidas e incertezas sobre sua efetividade e benefícios inerentes, e que requerem algumas considerações específicas que orientem o

desenho de novas alternativas que se apresentem. Algumas considerações levantadas pelos estudos analisados apontam para importantes implicações para os serviços e sistemas de saúde.

Atrasos no acesso dos pacientes aos serviços de CI; comunicação deficiente entre profissionais (sobretudo entre diferentes níveis assistenciais); uso inadequado dos cuidados intermediários; diversidade de configurações de serviços de cuidados intermediários; ausência de critérios claros para admissão em CI; isolamento vivido por muitos profissionais de CI em pequenas equipes; baixa conscientização dos profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção sobre CI; por exemplo, podem denotar baixa integração e coordenação deficiente entre os diferentes serviços de atenção à saúde. Nesse sentido, o fortalecimento de mecanismos de coordenação assistencial e da integração da rede é um passo importante para enfrentar esses problema e implica o estabelecimento de desenhos mais claros de protocolos e diretrizes assistenciais; investimento na qualificação profissional; estímulo à integração dos serviços pelo compartilhamento do cuidado e responsabilidades assistenciais, entre outras ações.

Por fim, faz-se notar, na própria concepção do modelo de atenção intermediária, um distanciamento de questões pertinentes à saúde mental. Além de haver pouco envolvimento dos profissionais de cuidados intermediários com serviços de saúde mental (com poucos serviços que aceitam pacientes com complicações psiquiátricas) e baixa proporção de capacitações profissionais para atendimento a pacientes com demência ou outros problemas relacionados à saúde mental; é intrigante que os profissionais de psicologia não façam parte da equipe de reabilitação de cuidados intermediários, impactando em uma invisibilidade dessas questões no cuidado em saúde e na negligência aos potenciais impactos que isso possa causar para os próprios serviços assistenciais.

Implicações para pesquisas futuras

Enfatizamos que novas pesquisas devem ser fomentadas com vistas a preencher importantes lacunas do conhecimento e, assim, subsidiar o desenvolvimento e aprimoramento dos serviços de cuidados intermediários no mundo todo.

O estabelecimento de padrões internacionais de provisão e medidas de qualidade desses serviços deve ser um objetivo próximo a ser buscado, uma vez que a diversidade de configurações institucionais de cuidados intermediários nos diferentes países (e, muitas vezes, entre regiões em um mesmo país) dificulta processos de avaliação institucionalizados pelo

governo local e comparações internacionais, com vistas ao alcance de melhores resultados em saúde pela adoção das melhores práticas assistenciais.

Incertezas sobre a relação custo efetividade na prestação de serviços intermediários bem como a dúvida sobre de onde provém a economia relatada pelos estudos que a defendem, elucidam um outro campo de atuação da pesquisa com vistas ao estabelecimento de métodos sólidos e confiáveis de avaliação de custos no campo da saúde e sua implementação nos serviços de cuidados intermediários com vistas a estabelecer sua viabilidade e (suposta) eficiência.

Inexistem também estudos, de natureza histórica e política, que explorem as razões por trás das variações na configuração dos hospitais comunitários nos diferentes países e os caminhos necessários para seu aprimoramento; bem como àqueles que congreguem diferentes configurações de cuidados intermediários, e seus resultados, adotadas por diferentes países.

A partir desta revisão, foi observado um numero grande de estudos experimentais e observacionais com número reduzido de participantes; onde muitas vezes são realizadas análises parciais (muitas publicações para um mesmo estudo); poucas avaliações de custos e dificuldades para extrapolação dos resultados pela dificuldade de se obter uma definição geral para os serviços de cuidados intermediários.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D. O. *et al.* The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 370, n. 9603, p. 1929-1938, 2007.

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13-27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 1, p. 160.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

COLPRIM, D. *et al.* Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases as an alternative to conventional hospitalization. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 4, p. 300-302, Apr. 2013.

DAHL, U. *et al.* The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients - a retrospective comparative cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, Dec. 2015.

DAHL, U.; STEINSBEKK, A.; JOHNSEN, R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older—a controlled observational study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, Dec. 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services (consultation document on the findings of the national beds inquiry)**. [S. l.: s. n.], 2000. Disponível em: <http://www.nhshistory.net/nationalbeds.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2019.

DIXON, S. *et al.* The relationship between staff skill mix, costs and outcomes in intermediate care services. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 1, Dec. 2010.

GARÅSEN, H. *et al.* Elderly patients in hospital or in an intermediate nursing home department - cost analysis. **Tidsskrift for Den Norske Lægeforening**, v. 128, n. 3, p. 283-285, 31 Jan. 2008.

GARÅSEN, H.; WINDSPOLL, R.; JOHNSEN, R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. **BMC Public Health**, v. 7, n. 1, Dec. 2007.

- GARÅSEN, H.; WINDSPOLL, R.; JOHNSEN, R. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 36, n. 2, p. 197-204, Mar. 2008.
- GLADMAN, J. *et al.* Understanding the Models of Community Hospital rehabilitation Activity (MoCHA): a mixed-methods study. **BMJ Open**, v. 7, n. 2, p. e010483, Feb. 2017.
- GLASBY, J.; MARTIN, G.; REGEN, E. Older people and the relationship between hospital services and intermediate care: Results from a national evaluation. **Journal of Interprofessional Care**, v. 22, n. 6, p. 639-649, Jan. 2008.
- GÓMEZ-BATISTE, X. *et al.* Principles, definitions and concepts. In: GÓMEZ-BATISTE; CONNOR (org.). **Building integrated palliative care programs and services**. Catalonia: Liberdúplex, 2017. p. 45-60.
- GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 159-200.
- GRANT, J. A.; DOWELL, J. A qualitative study of why general practitioners admit to community hospitals. **British Journal of General Practice**, p. 7, 2002.
- GREEN, J. *et al.* Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 331, n. 7512, p. 317-322, Aug. 2005.
- HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, Nov. 2003.
- HIGGS, R. Example of intermediate care: the new Lambeth Community Care Centre. **BMJ**, v. 291, n. 6506, p. 1395-1397, Nov. 1985.
- INZITARI, M. *et al.* Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. **Gaceta Sanitaria**, v. 26, n. 2, p. 166-169, Mar. 2012.
- ITALIA. Ministero Della Salute. **70. Decreto 70/2015**. 2 abr. 2015.
- KAAMBWA, B. *et al.* Costs and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites: Cost and outcomes of intermediate care. **Health & Social Care in the Community**, v. 16, n. 6, p. 573-581, Apr. 2008.
- KILGORE, C. Why intermediate care services need to be refreshed: A national audit of this form of provision has revealed a wide variation in capacity, staffing and resources. Louise Hunt discusses where the problems lie and how they could be overcome. **Nursing Older People**, v. 26, n. 3, p. 16-20, Mar. 2014.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAPPEGARD, Ø.; HJORTDAHL, P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. **Social Science & Medicine**, v. 119, p. 27-35, Oct. 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. supl. 1, 2017.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. DE A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 713-724, out. 2016.

MARTINSEN, B.; NORLYK, A.; LOMBORG, K. Experiences of intermediate care among older people: a phenomenological study. **British Journal of Community Nursing**, v. 20, n. 2, p. 74-79, Feb. 2015.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MILLAR, A. *et al.* A cross-sectional evaluation of community pharmacists' perceptions of intermediate care and medicines management across the healthcare interface. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 6, p. 1380-1389, Dec. 2016.

MILLAR, A. N.; HUGHES, C. M.; RYAN, C. "It's very complicated": a qualitative study of medicines management in intermediate care facilities in Northern Ireland. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, Dec. 2015.

MILTE, C. M. *et al.* Family meetings for older adults in intermediate care settings: the impact of patient cognitive impairment and other characteristics on shared decision making. **Health Expectations**, v. 18, n. 5, p. 1030-1040, Oct. 2015.

OLIVER, D. David Oliver: Improving access to intermediate care. **BMJ**, v. 356, jan. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS: OMS, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS; Organización Mundial de la Salud - OMS. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud**. 49o. Consejo Directivo. 61o. Sesión del Comité Regional. Punto 4.12 del orden del día provisional. Organización Panamericana de la Salud, 13 ago. 2009.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. 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.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 3, p. 143-182.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PIANORI, D. *et al.* How do community hospitals respond to the healthcare needs of elderly patients? A population-based observational study in the Emilia-Romagna Region. **Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità**, n. 4, p. 317-329, ago. 2018.

REGEN, E. *et al.* Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: results from five UK case study sites. **Health & Social Care in the Community**, v. 16, n. 6, p. 629-637, May 2008.

SANTAEUGÈNIA, S. J. *et al.* Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases: avoiding both conventional hospitalization and emergency department use? **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 6, p. 444-445, June 2013.

SANTAEUGÈNIA, S. J. *et al.* Nuevo modelo de atención integrada orientada a ancianos ingresados en Unidades de Atención Intermedia en Cataluña: protocolo de un estudio cuasiexperimental. **Revista Española de Geriátría y Gerontología**, v. 52, n. 4, p. 201-208, jul. 2017.

SEAMARK, D. *et al.* Community hospitals for the new millennium. **British Journal of General Practice**, v. 51, p. 125-127, 2001.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010.

SUBER, P. Opening access to research open society foundations. **Open Society Foundations**, 12 set. 2012. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/opening-access-research>. Acesso em: 8 jul. 2019.

VETTER, N. J. Commentary: intermediate care: policy before evidence. **British Medical Journal**, v. 331, p. 1, Aug. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (ed.). **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report.** Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Primary health care: now more than ever.** Geneva: WHO, 2008. (WHO Report).

WILLIAMS, K. S. *et al.* Shifting care from community hospitals to intensive community support: a mixed method study. **Primary Health Care Research & Development**, v. 19, n. 01, p. 53-63, Jan. 2018.

YOHANNES, A. M.; BALDWIN, R. C.; CONNOLLY, M. J. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 23, n. 11, p. 1141-1147, Nov. 2008.

YOUNG, J. The development of intermediate care services in England. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 49, p. S21-S25, Dec. 2009.

YOUNG, J. *et al.* The second national audit of intermediate care. **Age and Ageing**, v. 44, n. 2, p. 182-184, Mar. 2015.

ANEXO

ANEXO A - DOCUMENTOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA COM OS RESPECTIVOS MOTIVOS DE EXCLUSÃO

Nome	Autor	Ano	Link	Motivo de Exclusão
<i>An intermediate psychiatric facility: the usefulness of a place for treatment between hospital and home.</i>	Ziskin, E; Pessin, J.	1958	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13585159	Atenção Psiquiátrica
<i>Strutture intermedie in psichiatria. L'esperienza di un anno (1984) nella comunità terapeutica "Solaro"</i>	Papa, V, et al	1986	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-3736988	Atenção Psiquiátrica
<i>Follow-up study of the elderly users of a geriatric intermediate care facility after discharge.</i>	Wada, J.	1993	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8331823	Atenção domiciliar
<i>Factors influencing continuation of home life after returning home from geriatric intermediate care facilities in a metropolitan suburb.</i>	Miyata, K.	2000	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11193371	Não especifica unidade de CI
<i>Delirium en pacientes de una unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo.</i>	González, J; Barros, J.	2000	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-10883525	Unidade dentro de Hospital Geral de alta complexidade
<i>Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units.</i>	Griffiths, P D, et al	2004	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-15495030	Inclui na revisão sistemática estudos em unidades dentro de hospitais gerais
<i>Características de la enfermedad cerebrovascular en un Servicio de Cuidados Intermedios Neurológicos, en Chile. Análisis de 459 pacientes consecutivos.</i>	Mellado T, Patricio et al	2005	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-16446850	Unidade dentro de Hospital Geral
<i>Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units.</i>	Griffiths, P D, et al	2007	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-17443516	Inclui na revisão sistemática estudos em unidades dentro de hospitais gerais
<i>Effectiveness of intermediate care in nursing-led inpatient units.</i>	Caruana, Emily.	2008	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18489446	Inclui na revisão sistemática estudos em unidades dentro de hospitais gerais
<i>Intermediate care: an interprofessional education opportunity in primary care.</i>	Kenward, Linda; Stiles, Maggie.	2009	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-19842960	Não especifica unidade de CI
<i>Antimicrobial stewardship programs in community hospitals: the evidence base and case studies.</i>	Ohl, Christopher A; Dodds Ashley, Elizabeth S.	2011	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21795725	Hospital de agudos referido como HC

<i>The implementation of the UHC/AACN new graduate nurse residency program in a community hospital.</i>	Maxwell, Karen L.	2011	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21320658	Estudo sobre a implementação de um programa de residência para enfermeiras com vistas a diminuir a taxa de rotatividade. Não tem relação direta com Cuidados Intermediários ou Hospital Comunitário.
<i>Which patients and where: a qualitative study of patient transfers from community hospitals.</i>	Bosk, Emily A; Veinot, Tiffany; Iwashyna, Theodore J.	2011	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21430581	Hospital de agudos referido como HC. O artigo busca tratar sobre emergência e UTI prioritariamente.
<i>Diaper cystitis as recurrent cause of urinary infections in geriatric community hospital.</i>	Iwatsubo E1.	2012	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22466781	Não especifica unidade de CI
<i>A cluster randomized controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of intermediate care clinics for diabetes (ICCD): study protocol for a randomized controlled trial.</i>	Armstrong, Natalie; et al	2012	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-22971356	Clínicas intermediárias para tratamento de uma doença específica (diabetes)
<i>Communication of the death of a patient in hospices and nursing homes: a qualitative study.</i>	Rivolta, Maria Marcella, et al	2014	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24161769	Hospice
<i>Evaluation of the clinical and cost effectiveness of intermediate care clinics for diabetes (ICCD): a multicentre cluster randomised controlled trial.</i>	Wilson, Andrew, et al	2014	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24736243	Clínicas intermediárias para tratamento de uma doença específica (diabetes)
<i>Experiencia de una Unidad de Prevención de Caídas de un hospital de cuidados intermedios.</i>	Roca Carbonell, Ferran; et al	2014	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24280014	Não especifica unidade de CI - focado na descrição do desfecho principal (quedas em idosos no hospital em estudo)
<i>Impact of stroke care unit on patient outcomes in a community hospital.</i>	Tamm, Alexander, et al	2014	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24253547	Hospital de agudos referido como HC
<i>Work in an intermediate unit: balancing between relational, practical and moral care.</i>	Johannessen, Anne-Kari ; Werner , Anne ; Steiha	2014	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-23651433	Nursing led units

	ug, Sissel.			
<i>Conformidade com os critérios de admissão e alta complexidade na Unidade de Cuidados Intermediários Pediátricos do Hospital El Cruce</i>	Arrospide, Natalia, <i>et al</i>	2015	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948066	Unidade dentro de Hospital Geral de alta complexidade
Desafios da implementação de políticas públicas de cuidados intermediários no Brasil e a atuação do Ministério Público.	Maio, Iady Gama.	2015	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-781884	Centro dia
<i>Competencias avanzadas en las enfermeras de atención intermedia.</i>	Bullich-Marín, Ingrid; Garreta-Burriel, Marisa; Solé-Casals, Montserrat	2016	https://www.elsevier.es/pt-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-competencias-avanzadas-las-enfermeras-atencion-S1130862116300791	Carta ao editor em que se faz referencia a estudo com 14 centros com unidades intermediarias. Porém, não especifica as características dessas unidades. Não consegui acesso ao artigo desse estudo.
<i>Discharge Destination of Dementia Patients Who Undergo Intermediate Care at a Facility.</i>	Nakanishi, Miharuru ; Shindo, Yumi ; Niimura, Junko .	2016	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26712491	Atenção Psiquiátrica
<i>Health care setting and severity, symptom burden, and complications in patients with Philadelphia-negative myeloproliferative neoplasms (MPN): a comparison between university hospitals, community hospitals, and office-based physicians.</i>	Kaifia, A, <i>et al</i>	2016	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27334946	Não explicita o que ele chama de hospital comunitário, mas de qualquer forma, dá a entender que não se trata de HC como compreendido nos cuidados intermediários.
<i>Rehabilitation Profiles of Older Adult Stroke Survivors Admitted to Intermediate Care Units: A Multi-Centre Study.</i>	Pérez, Laura M, <i>et al</i>	2016	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27829011	Unidade dentro de Hospital de agudos

<p><i>Reinventing the community hospital: a retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data.</i></p>	<p>Swanson JO, Hagen TP.</p>	<p>2016</p>	<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27974368</p>	<p>Fala sobre MAUs, Unidades de Leito Agudo Municipais. Implementadas na Noruega a partir de 2012, são semelhantes aos Hospitais Comunitários, mas o texto não explicita claramente as características das MAUs que as diferem e aproximam dos HC</p>
<p><i>Three Different Outcomes in Older Community-dwelling Patients Receiving Intermediate Care in Nursing Home after Acute Hospitalization.</i></p>	<p>Abrahamsen, JF, et al</p>	<p>2016</p>	<p>http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26999246</p>	<p><i>Nursing Homes</i></p>
<p><i>Evaluating the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults in intermediate care facilities: a cross-sectional observational study.</i></p>	<p>Millar, Anna ; Hughes, Carmel ; Ryan, Cristín</p>	<p>2017</p>	<p>http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28315116</p>	<p>Aparentemente trata de unidades de cuidados intermediários contíguas ao hospital, porém o artigo não traz essas informações.</p>
<p><i>Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona / Incidence and characteristics falls in a hospital intermediate care of Barcelona</i></p>	<p>Romano Durán, E; Rodríguez Camarero, G F; Hernández Martínez- Esparza, E.</p>	<p>2017</p>	<p>http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-165742</p>	<p>Não especifica unidade de CI - focado na descrição do desfecho principal (quedas em idosos no hospital em estudo)</p>
<p><i>Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial.</i></p>	<p>Zhang, Pan, et al</p>	<p>2018</p>	<p>http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28880419</p>	<p>Trata da criação de um sistema de cuidados de transição liderado por enfermeiros. Não se trata de cuidados intermediários, mas da implementação de um programa de cuidados de transição dentro de um hospital geral</p>