

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

MARÍLIA MELO ANDRADE

**O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no
estado de São Paulo**

Ribeirão Preto
2017

MARÍLIA MELO ANDRADE

**O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no
estado de São Paulo**

Versão Original

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Julieta Mieko Ueta

Ribeirão Preto
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Andrade, Marília Melo

O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no estado de São Paulo. Marília Melo Andrade; orientadora: Julieta Mieko Ueta - 2017.

150 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

1. Cuidados Prolongados. 2. Cuidados Continuados Integrados. 3. Clínica Ampliada. 4. Gestão da Clínica.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Andrade, Marília Melo

Título: O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados do estado de São Paulo.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Pai e mãe, **Reinaldo de Andrade** e **Marlene da Silva Melo Andrade** por me ensinarem “que o homem é do tamanho de seu sonho¹”.

Júnior Furini, por com tanta ternura, fazer o meu cotidiano extraordinário.

Dedico essa conquista a vocês!

¹ Citação do poeta Fernando Pessoa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por durante a minha história ter derramado suas graças e aberto bons caminhos que me trouxeram até aqui e me levarão adiante. Obrigada, por eu poder ver no meu dia a dia o tom da Tua sacralidade.

Agradeço aos meus queridos pais, **Reinaldo de Andrade e Marlene da Silva Melo Andrade**, meus alicerces, que desde meus primeiros dias de vida me preparam e me fundamentam, sou muito grata aos ensinamentos e aos sacrifícios diários.

Esses agradecimentos também se estendem à minha irmã **Maísa Melo Andrade** pela qual tenho um carinho imenso e que hoje está colhendo frutos de um grande sonho, juntas aprendemos a importância de fazer acontecer. E todos os meus familiares, meus tios e tias, avós, primos, que de alguma maneira, de forma financeira ou por orações, me auxiliaram em todo meu processo de formação que culminaram nessa conquista.

Agradeço ao **Júnior Furini**, meu noivo, pelo companheirismo, em todos os sentidos que essa palavra possa conter. Por viver comigo todo o tempo com a ternura do primeiro e a intensidade do último dia. Obrigada por me compreender, apoiar, inspirar e transbordar; sim, transbordar, porque logo caberemos nós dois na mesma vida. Amo você.

Obrigada **Profª Drª Julieta Mieke Ueta**, não apenas pelas orientações, mas pela troca, por no dia a dia sempre demonstrar grande entusiasmo para trabalhar com terapia ocupacional; a sua forma de ser gente e profissional me inspira muito, obrigada por sua grandeza e por fazer desse tempo de mestrado, algo que me ampliou muito além das margens do nosso tema. Com você não existe limite para aprender. Compusemos uma bonita história.

Agradeço à **Unidade de Cuidados Prolongados de Ipuã-SP** e de **Pedregulho-SP** na pessoa de seus gestores que abriram as portas e de seus guerreiros profissionais que dividiram suas experiências sem hesitar e viabilizaram toda essa conquista. Em

especial às ricas amizades que fiz durante o tempo que trabalhei na UCP. **Maralina Giolo**, pela parceria do dia a dia.

Agradeço aos amigos, todos que apoiam e apertam o passo junto comigo quando o caminho a percorrer parece longo demais , em destaque A **Táisa Junqueira Prazeres**, por compartilharmos sonhos, essa conquista é também para nosso *Sensus Vitae- Instituto de Terapia Ocupacional*.

Por fim, e tão especial quanto tudo que já mencionei, agradeço a **Universidade de São Paulo**, à **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP**, ao **curso de Terapia Ocupacional** e à todos os docentes que fizeram parte de minha formação, sinto gratidão por ser terapeuta ocupacional, profissão que me faz plena e me motiva sempre a buscar mais. Que durante a minha trajetória profissional e de vida eu possa auxiliar com os conhecimentos que adquiri, sem esquecer que nenhuma das minhas ações fará sentido, se primeiro não tocar o coração.

"O correr da vida embrulha tudo.

A vida é assim: esquenta e esfria,

aperta e daí afrouxa

sossega e depois desinquieta.

O que ela quer da gente é coragem"

Guimarães Rosa

RESUMO

ANDRADE, Marília .Melo. **O processo de trabalho em unidades de cuidados prolongados no estado de São Paulo**. 2017. 150f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

RESUMO

Diante da necessidade de mudança do paradigma do sistema de saúde e uma maior coerência entre o serviço ofertado e as condições de saúde da população, vários países tem buscado a reconfiguração de seus sistemas e/ou novos modelos de organização da gestão. No Brasil, vem sendo instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como referencial teórico operacional de gestão nesta nova organização se destacam a Gestão da Clínica e a Clínica Ampliada. A Continuidade do Cuidado é um dos elementos principais desse novo paradigma, assim, novos modelos assistenciais surgem em resposta. Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) é uma experiência internacional exitosa, de um novo modelo assistencial que se situa nos desenhos de atenção entre o hospital geral e a atenção primária. Está sendo implantado no Brasil, aonde assume a denominação de Cuidados Prolongados e se insere na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem por objetivo estudar a Unidade de Cuidados Prolongados (UCP), como uma estratégia de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando o processo de trabalho de unidades de um projeto piloto, sob as referências da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal, qualitativo e quantitativo, descritivo e exploratório. O trabalho foi elaborado em três etapas complementares, sendo observação (etapa 1), análise de documentos (etapa 2) e aplicação de questionário estruturado composto de 82 assertivas, dividido em 6 blocos temáticos (trabalho em equipe, fluxo do usuário, prática clínica, estrutura / ambiente / materiais, gestão da qualidade e satisfação profissional), aos trabalhadores da UCP de dois municípios do Estado de São Paulo (etapa 3), com um N de 26 participantes, sendo 13 de cada unidade estudada. A análise dos resultados foi realizada de maneira a compreender o processo de trabalho e a percepção dos trabalhadores e equipe. Análise do questionário foi realizada através de cálculo de Ranking Médio (RM) para escala de Likert, , mensurando o grau de concordância dos participantes, em relação às assertivas. Atribuiu-se um valor de 1 (total discordância) a 5 (total concordância) correlacionando as variáveis estudadas intra e interunidades, buscando significação nas variações. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** foram identificados o desenho assistencial realizado por ambas unidades, desde o referenciamento do usuário para o modelo de atenção estudado, até seu contra-referenciamento para a atenção primária, além do processo de trabalho e organização da equipe. A partir da aplicação do questionário, identificou-se que os profissionais se inclinam à satisfação em relação aos 6 blocos temáticos (3,1 a 4,3), entretanto com

variações significativas em perguntas individuais, em todos os blocos. **CONCLUSÃO:** O modelo assistencial estudado apresenta evidência de positivos resultados terapêuticos que vão ao encontro da literatura estudada, apresenta um desenho de funcionamento dentro dos princípios do SUS. A articulação desse modelo na RAS ainda é um ponto a ser aprimorado. De acordo com às percepções dos profissionais que compõem o trabalho, melhorias devem ser alcançadas em todos quesitos estudados para que estejam em pleno funcionamento com as propostas da gestão da clínica e da clínica ampliada.

Palavras Chave: Cuidados Prolongados, Cuidados Continuados Integrados, Clínica Ampliada, Gestão da Clínica.

ANDRADE, M.M. **The process of working in extended care units in the state of São Paulo.** 2017. 150f. Dissertation (Master). Faculty of Medicine of Ribeirão Preto – University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

ABSTRACT

Faced with the need to change the paradigm of the health system and greater coherence between the offered service and the health conditions of the population, several countries have sought the reconfiguration of their systems and/or new management organization models. In Brazil, Health Care Networks (RAS) have been established. The operational management theoretical reference in this new organization highlights the Clinic Management and the Expanded Clinic. Continuity of Care is one of the main elements of this new paradigm, so new care models emerge in response. Integrated Continuing Care (CCI) is a successful international experience, of a new care model that is located in the drawings of attention between the general hospital and primary care. It is being implanted in Brazil, where it takes on the name of Prolonged Care and is part of the Network of Attention to Emergencies and Emergencies. **OBJECTIVE:** The aim of this job is to study the Extended Care Unit (UCP), as a strategy of care in the Unified Health System (SUS), identifying the work process of pilot project units, under the references of Clinic Management and Expanded Clinic. **METHODS:** This is a cross-sectional, qualitative and quantitative, descriptive and exploratory study. The work was elaborated in three complementary stages: observation (step 1), analysis of documents (step 2) and application of a structured questionnaire composed of 82 assertive, divided into 6 thematic blocks (teamwork, user flow, clinical practice, structure / environment / materials, quality management and professional satisfaction), to the UCP workers of two municipalities of the State of São Paulo (step 3), with an N of 26 participants, 13 of each unit being studied. The analysis of the results was performed in a way to understand the work process and the perception of workers and staff. Analysis of the questionnaire was performed by calculating the Mean Ranking (RM) for Likert scale, measuring the degree of agreement of the participants, in relation to the assertive. A value of 1 (total disagreement) was assigned to 5 (total concordance) correlating the studied intra and inter-unit variables, seeking significance in the variations. **RESULTS AND DISCUSSION:** The assistance design carried out by both units was identified, from user referral to the model of care studied, to their counter-reference for primary care, as well as the work process and team organization. From the application of the questionnaire, it was identified that professionals are inclined to satisfaction in relation to the 6 thematic blocks (3,1 to 4,3), however with significant variations in individual questions, in all blocks. **CONCLUSION:** The care model studied presents evidence of positive therapeutic results that are in line with the literature studied, presenting a functional design within SUS principles. The

articulation of this model in RAS is still a point to be improved. According to the perceptions of the professionals that compose the work, improvements must be achieved in all the studied subjects so that they are in full operation with the proposals of the management of the clinic and the extended clinic.

Keywords: Extended Care, Integrated Continuing Care, Expanded Clinic, Clinic Management.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-------------------|--|----|
| Figura 1. | Diagrama de Influência em Camadas | 5 |
| Figura 2. | A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde | 7 |
| Figura 3. | As tecnologias de gestão da clínica | 10 |
| Figura 4. | Os eixos da clínica ampliada | 11 |
| Figura 5. | Esquema do modelo assistencial proposto pelo CCI | 16 |
| Figura 6. | Estruturação do processo Incapacitante | 20 |
| Figura 7. | Redes Regionais de Atenção à Saúde - Estado de São Paulo . | 25 |
| Figura 8. | Divisão geográfica da RRAS 13 e localização das UCP | 26 |
| Figura 9. | Pirâmide populacional – DRS VIII – 2010 | 27 |
| Figura 10. | Planta baixa da UCP de Ipuã | 29 |
| Figura 11. | Planta baixa da UCP de Pedregulho | 31 |
| Figura 12. | Fluxograma de gestão de internação e alta | 39 |
| Figura 13. | Evolução da capacidade funcional dos usuários admitidos na unidade A no ano de 2016. Mensuração realizada no momento da admissão e alta dos usuários | 59 |
| Figura 14. | Evolução da capacidade funcional dos usuários admitidos na unidade B no ano de 2016. Mensuração realizada no momento da admissão e alta dos usuários | 59 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Princípios e preposições da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica | 13 |
| Quadro 2 - Principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão utilizados pela Clínica Ampliada e Gestão da Clínica para qualificação da assistência à saúde | 14 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição populacional segundo sexo e faixa etária. DRS-VIII | 27 |
| Tabela 2 - Taxa de ocupação dos leitos de UCP no ano de 2016 | 53 |
| Tabela 3 - Tempo médio de permanência dos pacientes, nos leitos UCP, no ano de 2016 | 54 |
| Tabela 4 - - Incidência de patologias nas altas realizadas nas UCP no ano de 2016, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com relevância estatística.. | 56 |
| Tabela 5 - Tempo de formação profissional dos participantes do estudo (em anos) | 62 |
| Tabela 6 - Tempo de trabalho nas UCP dos participantes do estudo (em anos) | 62 |
| Tabela 7 - Incidência de participação em treinamento para compor a equipe pelos participantes do estudo | 62 |
| Tabela 8 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Trabalho em Equipe' | 64 |
| Tabela 9 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Fluxo do Usuário' | 66 |
| Tabela 10 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Prática Clínica' | 68 |

| | |
|--|----|
| Tabela 11 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Estrutura / Ambiente / Materiais' | 72 |
| Tabela 12 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Gestão da Qualidade' | 73 |
| Tabela 13 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Satisfação Profissional' | 76 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVD | Atividade de Vida Diária |
| CCI | Cuidados Continuados Integrados |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| Conasems | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| Conass | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| DML | Depósito de Materiais de Limpeza |
| DRS-VIII | Departamento Regional de Saúde 8 |
| EGA | Equipe de Gestão de Alta |
| EM | Equipe multiprofissional |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| ETE | Equipe técnicos de enfermagem |
| fi | Frequência observada de cada resposta para cada item |
| HC-FMRP-USP | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo |
| HCP | Hospital de Cuidados Prolongados |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MP | Média Ponderada |
| MS | Ministério da Saúde |
| NS | Número de Sujeitos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |

| | |
|----------|--|
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RM | Ranking Médio |
| RM - E | Ranking Médio da Equipe de Técnicos de Enfermagem |
| RM - M | Ranking Médio da Equipe Multiprofissional |
| RM - T | Ranking Médio Total |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados |
| RRAS | Rede Regional de Atenção à Saúde |
| RUE | Rede de Urgências e Emergências |
| SES – SP | Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UCP | Unidade de Cuidados Prolongados |
| UMCCI | Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados |
| VI | Valor de cada resposta |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| RESUMO | i |
| ABSTRACT | iii |
| LISTA DE FIGURAS | v |
| LISTA DE QUADROS | vi |
| LISTA DE TABELAS | vii |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | ix |
| | |
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 Mudança de Paradigma da Saúde | 2 |
| 1.2 Sistema Único de Saúde e Redes de Atenção à Saúde | 6 |
| 1.3 Gestão da Clínica e Clínica Ampliada | 8 |
| 1.4 A continuidade do cuidado e Cuidados Continuados Integrados | 15 |
| 1.5 Condições crônicas, capacidade funcional e reabilitação | 19 |
| | |
| 2. OBJETIVOS | 23 |
| 2.1 Objetivo Geral | 23 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 23 |
| | |
| 3. MATERIAL E MÉTODOS | 24 |
| 3.1 Local do estudo | 24 |
| 3.1.1. Unidade de Cuidados Prolongados de Ipuã | 28 |
| 3.1.2 Unidade de Cuidados Prolongados de Pedregulho..... | 30 |
| 3.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados | 32 |
| 3.2.1 Documentos | 32 |
| 3.2.2 Observação | 33 |
| 3.2.3 Caracterização do processo de trabalho - percepção de cada profissional | 34 |
| 3.2.3.1 Análise estatística da etapa de caracterização do processo de trabalho - percepção da equipe..... | 35 |
| 3.3 Aspectos éticos | 36 |
| 3.3.1 Riscos e benefícios | 36 |
| 3.3.2 Pesquisa com grupos vulneráveis..... | 37 |

| | |
|--|----|
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 38 |
| 4.1 Processo de trabalho e fluxo do usuário | 38 |
| 4.1.1 Processo de sinalização do paciente | 40 |
| 4.1.1.1 Hospitais Referenciadores | 42 |
| 4.1.2 Processo de admissão do paciente..... | 42 |
| 4.1.2.1 Instrumentos de avaliação e mensuração | 44 |
| 4.1.2.1.1 Índice de Barthel..... | 44 |
| 4.1.2.1.2 Escala de Braden. | 45 |
| 4.1.2.1.3 Mini Avaliação Nutricional | 46 |
| 4.1.2.1.4 Escala de Pfeiffer | 46 |
| 4.1.2.1.5 Escala de Gijon | 46 |
| 4.1.2.1.6 Escala de Depressão Geriátrica | 47 |
| 4.1.3 Processo de reabilitação e rotina da unidade..... | 47 |
| 4.1.4 Rotina de trabalho da equipe | 50 |
| 4.1.5 Processo de alta e transferências | 50 |
| 4.2 Indicadores de produção e qualificação na gestão das unidades no ano de 2016 | 52 |
| 4.2.1 Taxa de Ocupação | 53 |
| 4.2.2 Tempo médio de permanência..... | 54 |
| 4.2.3 Perfil do usuário internado..... | 56 |
| 4.2.4 Evolução da capacidade funcional | 58 |
| 4.3 Caracterização do processo de trabalho - percepção de cada profissional | 61 |
| 4.3.1 Perfil dos participantes do estudo | 62 |
| 4.3.2 Processo de trabalho : trabalho em equipe | 64 |
| 4.3.3 Processo de trabalho: fluxo do usuário | 66 |
| 4.3.4 Processo de trabalho: prática clínica..... | 68 |
| 4.3.5 Processo de trabalho: estrutura / ambiente / materiais | 72 |
| 4.3.6 Processo de trabalho: gestão da qualidade | 73 |
| 4.3.7 Processo de trabalho: satisfação profissional | 76 |
| | |
| 5. CONCLUSÕES | 79 |

| | |
|---|-----------|
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 81 |
| APÊNDICES | 87 |
| ANEXOS | 98 |

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido com a intenção de buscar um melhor entendimento sobre o processo de trabalho de Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), como uma nova ferramenta de atenção à saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a recente implantação dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) no Brasil e o funcionamento de duas unidades pertencentes ao projeto piloto, bem como a inauguração de diversas unidades em toda extensão nacional, faz-se necessário iniciar estudos e estabelecer fundamento teórico-científico nacional para embasamento das práticas no país.

Além disso, a medida que estudos relacionados forem desenvolvidos, é possível iniciar um processo de reflexão sobre o contexto organizacional de prestação de cuidados em saúde e apoio social no modelo dos Cuidados Continuados Integrados no Brasil, a fim de identificar e entender como o mesmo se insere na rede de atenção existente no país, bem como dar os primeiros passos rumo à consolidação do trabalho desenvolvido, caso se trate de uma experiência exitosa.

Vale lembrar que a necessidade de mudança de paradigma no SUS é atual, assim sendo, ao se tratar de um modelo assistencial emergente, pode ser também um modelo com potencial de auxiliar nesse processo e de suprir lacunas existentes no sistema, proporcionando um fluxo mais efetivo dos usuários no mesmo.

Também é fato que o modelo de CCI está sendo implantado em organizações de saúde já existentes, dessa forma, é de extrema importância, desenvolver um delineamento do trabalho efetuado, apontando os caminhos percorridos e as dificuldades enfrentadas, a fim de demonstrar e esclarecer a amplitude do trabalho em níveis de gestão da assistência e organizacional, tanto para gestores e colaboradores que pretendem aderir a esse novo modelo assistencial quanto para aqueles que já o integram, com o intuito de desenvolver competências e administrar o processo de mudança da melhor forma possível, para conter os custos, tempo, minimizar os riscos e maximizar o impacto para melhorar a atenção à saúde. (MORAES, 2012).

Por fim, ao transitar pelos assuntos acima descritos, este trabalho, vai ao encontro da proposta da linha de Inovação em Gestão *do SUS*, coordenada pela Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS-Brasil) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Trata-se, de uma linha de produção no âmbito da gestão do conhecimento e produção de evidência para a gestão e visa divulgar e valorizar novas práticas, instrumentos e maneiras de realizar atenção à saúde, para promover melhora concreta e mensurável nas diferentes áreas da gestão, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários.

A pesquisadora atuou como membro da equipe multiprofissional em uma das UCP e considerando o propósito do mestrado profissional, entendeu ser de particular importância estudar o processo de trabalho neste tipo de estratégia incorporada ao SUS.

1.1 MUDANÇA DE PARADIGMA DA SAÚDE

Ao longo da história, as concepções e ações sanitárias vêm se transformando. O conceito de saúde-doença, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho, a divisão do trabalho e, também, o processo de formação profissional e de produção de conhecimentos, modificaram-se (PIRES, 2000).

Para Pires (2000), essas práticas relativas à saúde-doença mudam devido ao fato de se desenvolverem em sociedades específicas, sendo influenciadas pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização da produção e da dinâmica da economia. Sendo assim, a prática sanitária é configurada através do paradigma vigente e do contexto. (PIRES, 2000, p.252)

Um paradigma, segundo Khun (1975), é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pela comunidade científica. É esse compartilhar que distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum. A evolução científica e, conseqüentemente, de paradigmas, se dá através de revoluções e passagens das fases de normalidade

para as crises e daí para as novas teorias (KHUN apud SANTOS e WESTPHAL, 1999).

Durante décadas, no campo de assistência em saúde, a atenção prestada à população urbana desenvolveu-se baseada no modelo institucional e hospitalocêntrico, aonde a figura do médico se dava como elemento central, detentor do conhecimento, de maneira que e os demais profissionais, com pequena autonomia, aplicavam as condutas direcionadas pelo médico (PIRES, 2000).

O modelo em questão, denominado também “biomédico” ou ainda “biomecânico”, para Barros (2002), estimula os médicos a aderirem a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o profissional e o paciente, com uma análise especialista, restrita às partes e com imensa dificuldade de integração do todo, uma vez que associa a doença como uma questão apenas anatomofisiológica (BARROS, 2002, p.79).

Dentre os principais pontos de estrangulamento desse modelo estão: a elevação dos custos devido à implantação de tecnologias de ponta; redução de eficácia e da efetividade diante da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população; insatisfação dos profissionais, insatisfação da população com as dificuldades de acesso e disponibilidade de leitos; baixa qualidade e a (des) humanização do atendimento. (PIRES,2000)

O período que estamos vivendo, está sendo considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Era do Envelhecimento, ou ainda, o século da revolução da longevidade, de modo especial nos países em desenvolvimento, devido a um rápido processo de transição demográfica e epidemiológica. Com o perfil populacional alterado, novas demandas sociais começam a surgir, em diversos setores, decorrentes da característica da população em questão, exigindo que a sociedade se adapte a essa nova realidade social. (ONU, 2003, p. 27)

Nasri (2008) afirma que em um país essencialmente jovem, as doenças são caracterizadas por eventos causados por moléstias infecto-contagiosas, cujo modelo de resolução é baseado no dualismo cura/morte. O perfil de doenças no idoso se modifica para o padrão de doenças crônico-degenerativas, portanto, o paradigma muda” (NASRI, 2008, pag 3).

No Brasil, o processo de envelhecimento vem acontecendo sem que o país tenha contido sua demanda de doenças infecto-contagiosas, característica de acumulação epidemiológica de países em desenvolvimento, de maneira que o modelo de atenção à saúde necessitará se reformular baseado na atenção à ambas perspectivas (CONASS, 2015).

Nesse sentido, com o aumento da expectativa de vida, dos declínios funcionais, das reorganizações das dinâmicas familiares decorrentes desse processo e das dificuldades de reintegração social, os modelos e organizações de saúde tradicionais e estabelecidos, não suprem mais as necessidades dessa demanda emergente, além de inviabilizar a dinâmica de trabalho do hospital geral de agudos através de internações e reinternações frequentes, longa permanência hospitalar, diminuição da rotatividade dos leitos, aumento do risco de infecções, pouca infraestrutura, entre outros fatores (MENDES, 2011).

As significativas mudanças observadas no perfil sócio-demográfico-epidemiológico nas últimas décadas, bem como os diversos pontos de estrangulamento discutidos acima, impõem uma profunda reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais.

Considerando o modelo hospitalocêntrico como o modelo de saúde tradicional, faz-se possível afirmar que este, há tempos, vem se mostrando uma estratégia fragmentada, de alto custo e incapaz de suprir às necessidades do usuário em sua integralidade. De forma resumida, nota-se o setor da saúde evoluindo em grandes tecnologias de intervenção à doença/lesão em contraponto a poucas tecnologias de organização e gestão do trabalho, exigindo que a sociedade evolua para um outro paradigma de atenção à saúde.

Muito embora, os debates e as iniciativas para a mudança de modelo de atenção à saúde venham sendo discutidos nos meios acadêmicos e institucionais há décadas, com uma nomenclatura de 'novo paradigma da saúde', ainda hoje essa terminologia vem sendo utilizada. Mesmo que as discussões não sejam tão recentes e novas, o processo de implantação e consolidação das práticas desse paradigma, são atuais e necessárias

Sendo assim, estamos assistindo a um movimento que caminha de um estágio da ciência biomédica normal para o estágio de uma perspectiva global, o

paradigma “biopsicossocial”. Nesse novo paradigma, à saúde passa a ser entendida como a interação dos sistemas biológico, psicológico e social, aonde o desajuste dessas dimensões e contextos interfere diretamente no processo de saúde-doença.

Em caráter de ilustração, podemos observar o diagrama a seguir (figura1), que demonstra as diversas determinantes da saúde, permitindo o entendimento de que as ações políticas em saúde devem transitar em cada um dos diferentes níveis propostos e que cada um desses níveis exerce uma relação e um impacto direto à saúde da população e do indivíduo (MENDES,2011).

Figura 1. Diagrama de Influência em Camadas (proposto por Dahlgren e Whitehead)



Fonte: Comissão de Determinantes de Saúde (2005), imagem extraída do site de buscas Google (MENDES, 2011).

À medida que o paradigma teórico-conceitual da atenção à saúde evolui, os modelos de assistência e desenhos de atenção, tendem para uma nova configuração, no sentido de que problemas e conflitos usuais na organização e prestação da assistência sejam minimizados ou até superados, traduzindo em

satisfação para ambos os envolvidos, profissionais e usuários (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009).

Diante do exposto e objetivando uma maior coerência entre o serviço oferecido e as condições de saúde da população, vários países tem buscado a reconfiguração de seus sistemas e novos modelos de organização da gestão.

Sendo assim, os sistemas fragmentados de atenção à saúde, representados pela figura do hospital e do tratamento de doenças agudas, organizados de forma isolada e incomunicada uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população; dão espaço para os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, o SUS desde sua concepção em 1988, apresenta em seu cerne, iniciativas de um conceito de saúde ampliado, incorporando em seus princípios e diretrizes às propostas que vão ao encontro das reformas sanitárias mundiais, baseadas no paradigma já discutido (LAVRAS, 2011).

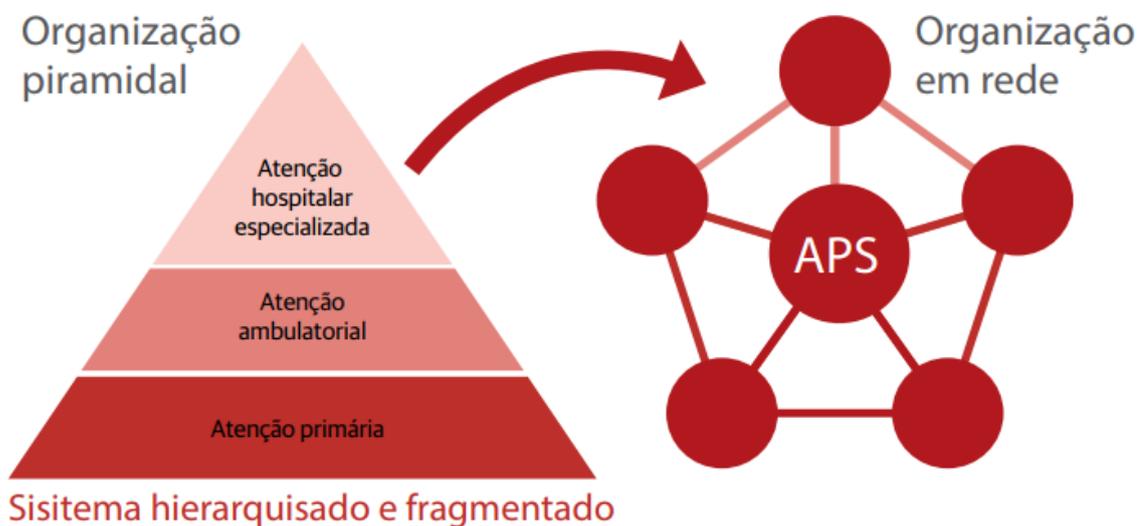
Todavia, sem configuração de um modelo estruturado e sem a condição da prática real de seus princípios, mantendo um descompasso de seus ideais frente às suas ações e mantendo a crise de um sistema inefetivo e fragmentado (MENDES, 2011).

Segundo Lavras (2011), na década de 1990 iniciou-se incentivos pelo Ministério da Saúde para estruturação a nível nacional da Atenção Primária em Saúde (APS), como ponto gerenciador da saúde, passando este a ser entendido como estratégia de reorientação do modelo assistencial. (LAVRAS, 2011).

Entretanto, segundo revisões bibliográficas realizadas por Mendes (2011), apenas na década de 2000, pode-se identificar propostas sistemáticas de construção de RAS no SUS (MENDES, 2011).

A RAS, segundo o Ministério da Saúde, trata-se de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Tais arranjos, vem sendo evidenciados, através de experiências internacionais e nacional, como um sistema, mais efetivo, integrado, coordenado e contínuo com melhora de resultados sanitários e econômicos (MENDES, 2011).

Figura 2. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES 2011, pag 84

Para Matos, Pires e Campos (2009), ressalta-se nesse modelo, a mudança e ampliação da prestação de cuidado:

"Questões que na prática tradicional do cuidar, predominante nos serviços de saúde, não se constituíam em preocupação dos/as profissionais como, por exemplo, transporte, alimentação adequada à condição física do doente, intervalos entre consultas de modo a não paralisar o tratamento por falta de receitas médica, e outros, passam a fazer parte do repertório profissional em uma abordagem focada no usuário enquanto sujeito social. Essa abordagem consegue cuidar dos indivíduos aproximando-se o olhar para a sua multidimensionalidade enquanto ser individual, cultural, histórico e social, além de utilizar melhor os recursos existentes nas instituições e na comunidade" (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009, p. 868).

Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária neste desenho: integração assistencial, continuidade, trabalho multiprofissional e colaborativo, comunicação adequada entre os diferentes agentes, educação dos pacientes e de suas famílias, organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial (OUVERNEY; NORONHA, 2013)

Dessa forma, o hospital passa a não ser mais o ponto de destaque do processo, mas sim, faz parte de uma rede de assistência, que se relaciona entre si em um sistema de referência e contra referência que considera como elemento central, o sujeito e suas necessidades de saúde ao longo de toda sua vida.

O sistema de referência e contrarreferência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na Atenção Primária em Saúde (APS), porta de entrada do sistema, e se estende até às estruturas de alta complexidade e densidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes em todos os sentidos. Garantindo um melhor funcionamento do sistema, encaminhamento adequado aos diferentes tipos de serviço e resolutividade. Além disso, prevê um diálogo produtivo entre os setores e unidades, permitindo maior acolhimento e conhecimento do caso numa perspectiva longitudinal de atenção à saúde. (DIAS,2010)

Nessa proposta, como ponto gerenciador do cuidado a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema.

Para atender ao novo paradigma de saúde e modelos assistenciais, surgem os referenciais teóricos-operacionais que auxiliam na transformação da cultura e práticas do sistema de saúde, seus profissionais e usuários.

1.3 GESTÃO DA CLÍNICA E CLÍNICA AMPLIADA

As organizações de saúde possuem grande diversidade do seu processo de trabalho, uma vez que realizam suas atividades em um coletivo institucional, com práticas essencialmente desenvolvidas pelos critérios e saberes dos profissionais

que as compõem, sendo assim, de suma importância, todavia bastante complexo, formalizar saberes e habilidades que promovam a garantia de qualidade dessas organizações (OLIVEIRA, 2008).

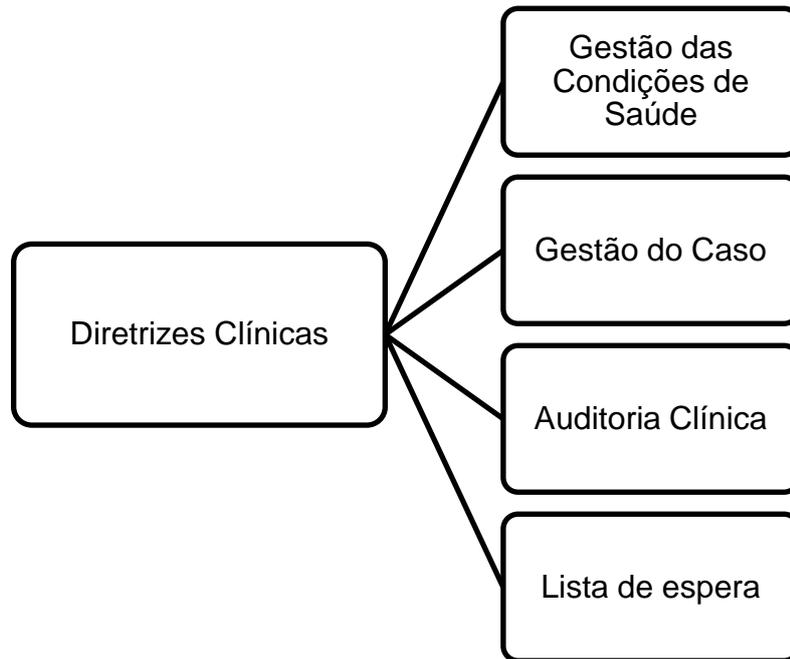
Oliveira (2008) discute a questão da autonomia do profissional da saúde, na tendência de ser mais leal à suas profissões e condutas próprias, estas precedendo aos objetivos e projetos organizacionais e de gestão, bem como, algumas vezes, a necessidade do próprio usuário; dificultando a inovação, cooperação e a consolidação de práticas interdisciplinares (OLIVEIRA, 2008 p. 17-20).

A fim de fortalecer o paradigma de atenção à saúde aqui discutido, bem como, reorganizar a clínica e a prática em saúde sob a ótica da gestão, a utilização de referenciais teórico-operacionais se fazem importantes instrumentos. No Brasil, dois referenciais teóricos operacionais se destacam para a abordagem de gestão da nova lógica do sistema de saúde, sendo elas a Gestão da Clínica e a Clínica Ampliada.

A Gestão da Clínica tem suas origens na Atenção Gerenciada (Managed Care, EUA) e na Governança Clínica (Clinical Governance, Reino Unido) e é definida, segundo Mendes (2011), como:

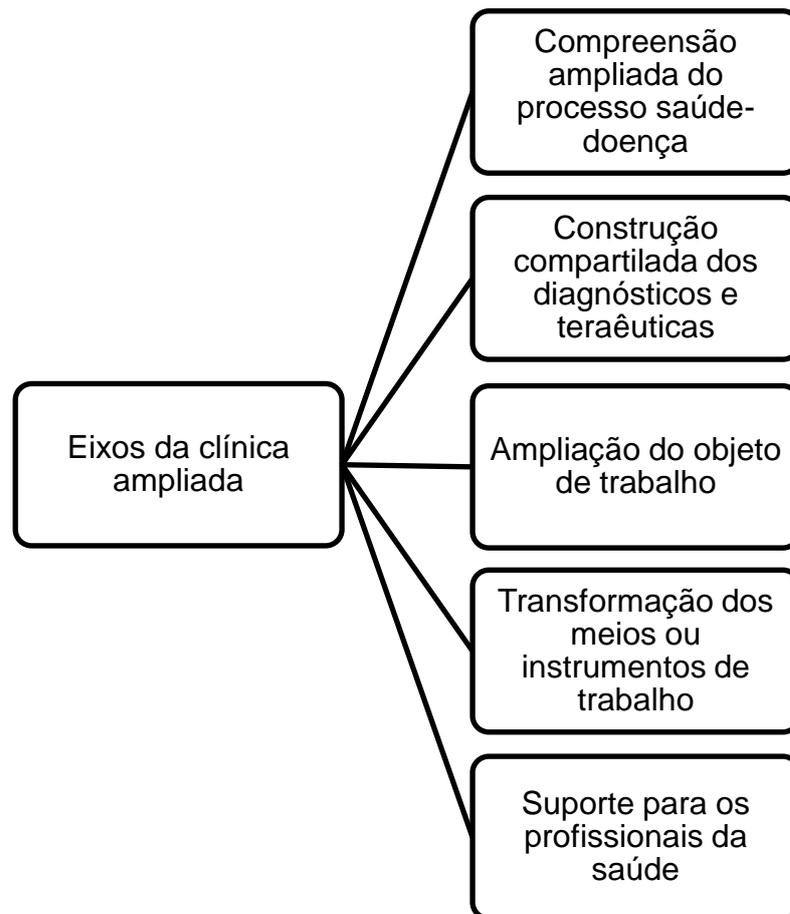
" um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, eficiente, oportuna, equitativa, e ofertada de forma humanizada. Constitui-se de tecnologias sanitárias que partem de diretrizes clínicas, para desenvolver: gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera" (MENDES, 2011, p348)

Figura 3. As tecnologias de Gestão da Clínica



Fonte: Adaptação de MENDES, 2011, p.369..

A Clínica Ampliada origina-se de um conceito chamado Paidéia. Propõe o envolvimento de trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização, fundamentado na humanização e abordagem multiprofissional, visa o empoderamento dos usuários em relação ao seu processo saúde-doença e engloba cinco eixos: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais da saúde; conforme demonstrado no esquema a seguir (BRASIL, MS, 2009).

Figura 4: Os eixos da clínica ampliada

Fonte: Adaptação de Brasil, 2009, p14.

A concepção Paidéia caracteriza-se pelo esforço para envolver trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização, considerando que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos, gerando também mudanças culturais (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Na clínica ampliada, se prevê um olhar para o objeto de trabalho além do ponto de vista da doença, ampliando a perspectiva de ação para o usuário, como um sujeito e todas situações de vulnerabilidades que aumentam seus problemas de saúde, ao mesmo tempo que busca produzir saúde com esforço para ampliar a autonomia dos usuários. De forma concisa, então, prevê ampliar o objeto de intervenção da doença para o sujeito (integralmente) e o objetivo da intervenção do aspecto curativo para o fortalecimento da autonomia usuário.

Para Campos e Amaral (, esses mecanismos servem não apenas para ampliar o “efeito Paidéia” – efeito pedagógico e terapêutico sobre as equipes – mas também dão maior legitimidade e eficácia às deliberações, planos e protocolos (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.853).

Em relação às propostas da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada, percebe-se que para os profissionais, ainda são propostas pouco familiarizadas e por isso, estes profissionais pouco se valem dos instrumentos de intervenção que estas abordagens propõem. E, por falta de preparo técnico, que muitas vezes se associa à falta de disposição pessoal para aplicar tais ferramentas, deixa-se de exercer uma prática clínica mais integral, menos iatrogênica e de menor custo (OLIVEIRA, 2008).

Nos quadros a seguir, pode-se visualizar uma comparação ou complementariedade dos princípios e preposições da gestão da clínica e da clínica ampliada, bem como os principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão utilizados.

Quadro 1. Princípios e preposições da Clínica Ampliada e da Gestão da Clínica

| Gestão da Clínica | Clínica Ampliada |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de tecnologias de micro gestão dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade do cuidado clínico (efetividade da assistência), assegurar padrões clínicos ótimos, aumentando a eficiência do sistema. Baseia-se na melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde e na busca por altos padrões de segurança na assistência, desenvolvidos em um ambiente de excelência do cuidado clínico. • Medicina Baseada em Evidência: melhor evidência clínica (proveniente de pesquisas científicas sistemáticas) + expertise profissional (julgamento clínico) + valorização da escolha do paciente • Gerenciamento de risco • Equipes de referência (multiprofissionais/ interdisciplinares) • Projeto Terapêutico individualizado • Colocação da dimensão assistencial como central na gestão das organizações de saúde e nos processos de melhoria da qualidade, envolvendo os pacientes no cuidado clínico, considerando seus valores e experiências, os deixando participar na definição de qualidade e processos decisórios • Planejamento estratégico e participativo • Preocupação com avaliação sistemática da qualidade dos serviços prestados e "accountability" - transparência na prestação de contas junto à sociedade • Estabelecimento de uma cultura de aprendizado organizacional: valorização da educação e pesquisa, das boas práticas e decisões baseadas em evidências | <ul style="list-style-type: none"> • Clínica centrada nos sujeitos, capaz de ajudá-los na percepção sobre a vida e o adoecimento, compreendendo suas inserções nos territórios e em redes sociais e contribuindo para a co-produção de autonomia. Baseia-se na co-produção singular de sujeitos, acontecimentos, organizações e processos saúde-doença. • Preconiza que o profissional de saúde aplique a racionalidade científica considerando o saber popular, cultura, interesses e desejos dos pacientes, adaptando, com relativa autonomia, condutas diagnósticas e terapêuticas padronizadas às variações singulares. • Acolhimento com estratificação de risco • Equipes de referência (multiprofissionais/ interdisciplinares) • Projeto Terapêutico Singular (PTS): discussão interdisciplinar e prospectiva de casos clínicos complexos e /ou de alta vulnerabilidade, com propostas adequadas às necessidades singulares. • Compromisso com o cliente (pacientes no foco da atenção da organização), considerando seus valores e experiências nas decisões compartilhadas sobre o cuidado clínico • Planejamento estratégico e participativo • Unidades de trabalho/produção comandadas por gerentes profissionalizados e formadas por "equipes de referência" • Democratização da gestão (criação de espaços coletivos de co-gestão) Ex: colegiados de gestão, conselhos de gestão tripartite, assembleias com os usuários, discussões coletivas de projetos terapêuticos ou pedagógicos nas unidades de produção, "Roda" : arranjo formal (comissão ou conselho oficial) ou informal (reuniões) de interação entre sujeitos, destinado à discussão de temas prioritários para o grupo, à elaboração de contratos e projetos de intervenção. |

Fonte: OLIVEIRA, 2008

Quadro 2. Principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão utilizados pela Clínica Ampliada e Gestão da Clínica para qualificação da assistência à saúde.

| | Gestão da Clínica | Clínica Ampliada |
|--|--|--|
| SUPORTE À PRÁTICA CLÍNICA | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Garantia de infra- estrutura e condições satisfatórias de trabalho • Figura do Apoiador: análise das demandas do grupo, negociação de "ofertas" e pós-análise crítica compartilhada, tomada conjunta de decisões. • Personalização do sistema de referência e contra-referência: equipes de apoio matricial realizando educação continuada, em contatos diretos e horizontalizados. • Visitas interdisciplinares aos pacientes internados. • Novo padrão de relacionamento entre profissionais: ênfase na comunicação lateral como melhor forma de solução de problemas | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento das equipes em condutas baseadas em medicina baseada em evidências com utilização de diretrizes clínicas (suporte técnico-científico) • Garantia de boa infra-estrutura e fortes sistemas de gestão - bibliotecas, tecnologias de informação... • Auditorias clínicas |
| GESTÃO DA QUALIDADE | <ul style="list-style-type: none"> • Criação de espaços coletivos para co-gestão (consultas, visitas domiciliares, grupos, atividades em espaços comunitários, "Roda", etc) onde se realiza a técnica "Apoio Paidéia". • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Contratos de gestão estabelecendo objetivos, responsabilidades clínicosanitárias, metas, prazos, responsáveis, além de mecanismos de aferição e avaliação de resultados. • Alteração na inserção dos profissionais de saúde nos serviços (de vertical, como plantonistas para horizontal, como diaristas): facilitadores do vínculo terapêutico. • Reorganização estrutural dos serviços de saúde com horizontalização do organograma: eliminação de coordenações, gerências ou direções especializadas (médica, de enfermagem...) com formação de apenas dois níveis formais de decisão (colegiado de gerência e colegiados das unidades de trabalho) | <ul style="list-style-type: none"> • "Empoderamento" dos pacientes com informações, valorizando suas contribuições no planejamento dos serviços de saúde e na eleição de prioridades • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Gestão da utilização de procedimentos clínicos, perfilização clínica, gestão da patologia, gestão de casos, listas de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário (Ouvidoria) e Auditorias clínicas • Protocolos / Diretrizes clínicas de atenção à saúde • Instrumentos e indicadores para avaliação de melhoria da qualidade assistencial, da eficiência e efetividade dos serviços de saúde • Profissionalização e modernização gerencial • Plano & ciclo de melhoria da qualidade • Utilização de sistemas de gestão e tecnologias da informação • Estímulo à inovação |
| ESTÍMULO À ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Valorização profissional (escuta de queixas, preocupações e interesses) dando-lhes sensação de "pertencimento" aos projetos de mudança e combinação de remuneração fixa e variável (de acordo com cumprimento de metas) | <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento e desenvolvimento contínuos dos profissionais da organização • Valorização profissional (escuta de queixas, preocupações e interesses) |

Fonte: OLIVEIRA, 2008

1.4 A CONTINUIDADE DO CUIDADO E CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Considerando que a Continuidade do Cuidado aparece como um dos elementos fundamentais no novo paradigma do sistema de saúde, é de fundamental importância que ele seja inserido de maneira inovadora e exitosa nos modelos assistenciais de cuidado à saúde.

O termo Continuidade do Cuidado está relacionado com a longitudinalidade da assistência e requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. Segundo Mendes (2009), a proposta de coordenação dos cuidados implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009, p. 57-58).

Com o intuito de padronização desse termo, surge o conceito de Cuidados Continuados (“Continuing Care”). Trata-se de uma terminologia universal, cujo objetivo essencial é promover respostas mais apropriadas às necessidades de cada doente, sejam eles portadores de doenças crônicas, pessoas com diminuição da capacidade funcional e/ou com necessidade de cuidados pós internação hospitalar; composto por cuidados institucionais, serviços comunitários e apoio domiciliário a fim da reabilitação e do aumento da autonomia dessas pessoas (PEREIRA, 2011).

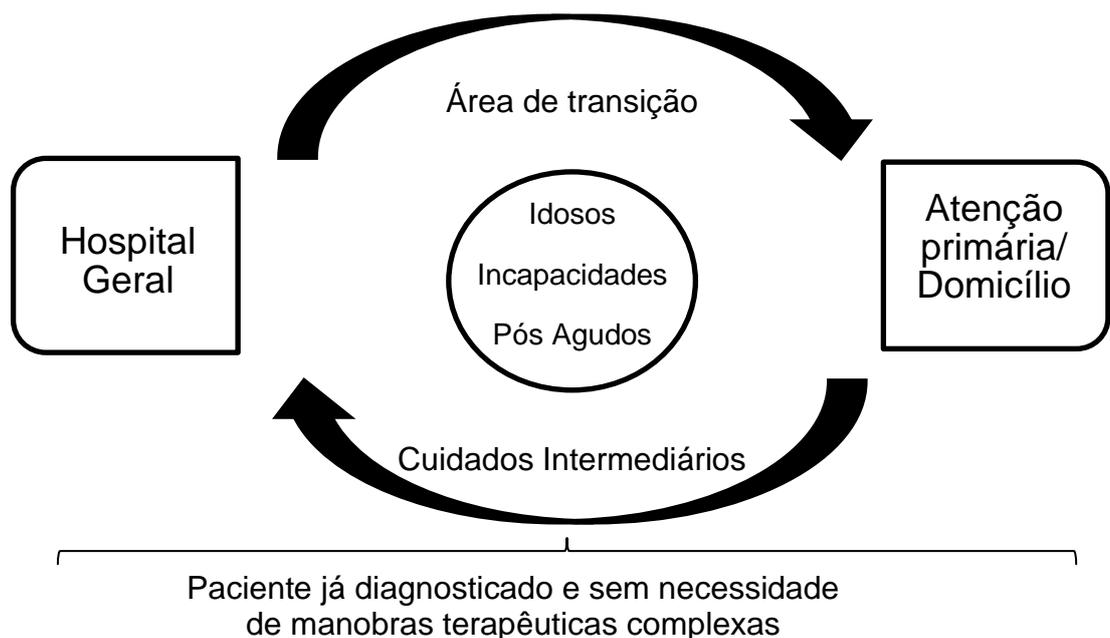
Países como Portugal e Espanha, desenvolveram um modelo assistencial de continuidade do cuidado denominada de Cuidados Continuados Integrados (CCI) como resposta à transição demográfica e epidemiológica ocorrida no país. Em 2006, Portugal instituiu, através do Ministério de Saúde e do Trabalho e Seguridade Social, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho de 2006, que define CCI como:

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em

situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (PORTUGAL, Decreto-Lei n.º 101/2006, art 3º).

O modelo assistencial proposto pelo CCI vem suprir uma lacuna existente entre o hospital geral e a atenção primária e domiciliar, podendo ser considerado cuidados intermediários. Essa modalidade pretende intervir nos cuidados pós fase aguda ou de descompensação de doenças crônicas, oferecendo suporte, reabilitação e adaptação ao paciente com perda da capacidade funcional, sua família e comunidade. Trabalha de forma integrada com o hospital geral e a atenção primária, estabelecendo uma relação entre as mesmas e garantindo a continuidade do cuidado e a diminuição de reinternações hospitalares, decorrentes da reagudização dos casos, após a alta. O exemplo a seguir demonstra o modelo:

Figura 5. Esquema do modelo assistencial proposto pelo CCI



Fonte: Adaptado de MIRALLES; ESPERANZA; VÁZQUEZ, 2005

Com base no modelo português, a assistência é feita através de quatro tipologias, sendo elas:

- Unidades de Internação: Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos;
- Unidades de Ambulatório: Unidades Dia e de Promoção de Autonomia;

- Equipe Hospitalares: Equipes Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos;
- Equipes Domiciliares: Equipes de CCI, Equipes Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

O modelo de CCI encontra-se em expansão em diversos países, se mostrando um instrumento eficiente no que se refere ao nível das organizações de saúde e eficaz na prestação dos cuidados, apresentando benefícios clínicos, organizativos, sociais e econômicos, evidenciados cientificamente, conforme demonstra estudos internacionais. Em Portugal entre 2006 e 2012 foram criados 5911 leitos de internação em CCI (PEREIRA, 2011) (CARVALHO, 2014).

No Brasil diversas iniciativas propõem uma atenção com perfil longitudinal à saúde do usuário, no entanto, a abordagem embasada no modelo de CCI, vem sendo implantada desde 2012, em parceria com Portugal e Espanha, e se propõe a auxiliar no processo de reabilitação de pacientes com perda da capacidade funcional potencialmente recuperáveis, integrando o atendimento pós-alta com as equipes de atenções básica e domiciliar e com os centros de referência em reabilitação física. (CONASS, 2014)

A experiência inicial de CCI se deu em duas cidades, no interior do Estado de São Paulo. Ambas foram inauguradas no dia 31 de agosto de 2013, contando com 20 e 22 leitos, e se assemelham a tipologia de convalescença.

Os primeiros passos para esta iniciativa se deu, segundo o Balanço de Atividades da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (2013), através de uma parceria com a FEHOSP em com o Governo Estadual e com o apoio do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) da Santa Casa de São Paulo, em 2009. Desta parceria foi realizado um estudo que objetivava averiguar uma análise real dos hospitais de pequeno porte e propor estratégias para elevar a eficiência da gestão (FEHOSP, 2013).

A parceria firmada entre as organizações citadas iniciou-se por meio de um Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos desenvolvido pela Companhia Paulista de Força e Luz (CPFL) em São Paulo, o qual buscava ofertar tecnologias de gestão aos hospitais (CASTRO, 2009).

Para aprimorar o estudo, o grupo viajou até Portugal e Espanha para conhecer a experiência das Santas Casas Europeias que chegaram ao modelo atual citado como RNCCI. (PEIXOTO, 2015)

O modelo assistencial em questão foi regulamentado pela portaria 2.809, de 7 de dezembro de 2012, aonde o Ministério da Saúde estabelece a organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS nas formas de: Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) e Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado e integrado à Rede de Urgências e Emergências (RUE) e demais redes temáticas de atenção à Saúde (MS, BRASIL, 2012). Dessa forma, passa a assumir também a terminologia de Cuidados Prolongados.

De acordo com o capítulo IV, artigo 20 desta portaria 2.809, o cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados deve ser feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros:

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma:

a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar.

Dessa forma, considerando a população da DRS-VIII de 649.807 habitantes o número de leitos para internação em UCP na DRS-VIII corresponde a 54,8 leitos.

Demais unidades encontram-se em fase de reforma e implantação nos estados do Mato Grosso, Piauí e Paraná.

Considera-se que o projeto de implantação desse modelo assistencial, além das propostas de intervenção já mencionadas, se propõe a melhorias na gestão de hospitais filantrópicos e diferentes unidades com leitos ociosos, uma vez que se trata de unidades de 15 a 25 leitos, com equipe multiprofissional e baixa densidade tecnológica. (CONASS, 2014)

1.5 CONDIÇÕES CRÔNICAS, CAPACIDADE FUNCIONAL E REABILITAÇÃO

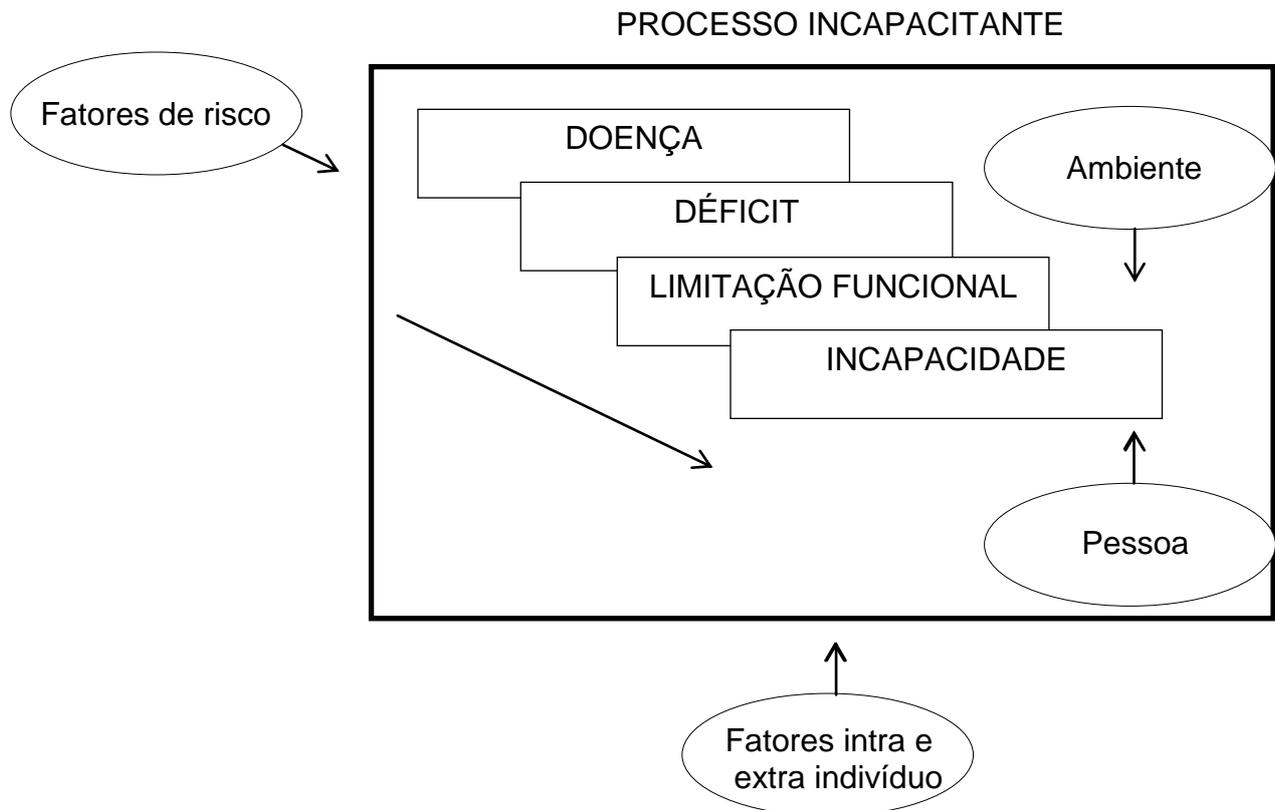
Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade.

Grandes impactos na vida do indivíduo e sua família decorrem das doenças crônicas, tais como: grandes efeitos adversos na qualidade de vida, lesões incapacitantes, mortes prematuras, bem como impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países decorrentes de tratamentos complexos e onerosos (nesse aspecto vale salientar que nem sempre estas despesas elevadas representam o cuidado específico correto e necessário),(ALVES et al, 2008).

Sobre condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, Mendes (2011) afirma que:

"...Iniciam-se e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas que, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional." (Mendes, 2011 pag 28)

Conforme demonstrado na figura que segue:

Figura 6. Estruturação do processo Incapacitante

Fonte: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Brasil, 2006

Autonomia para viver é parte integrante da natureza humana, quando tal componente é ameaçado ou deteriorado, as dimensões humanas nos âmbitos físico, social e psicológico são afetadas negativamente (SANTOS 2008).

Além da autonomia, outros fatores influenciam diretamente a ação humana e conseqüentemente a capacidade funcional. O conceito de capacidade funcional é bastante complexo e engloba aspectos como deficiência, incapacidade, desvantagem, autonomia e independência para a realização das atividades diárias. Atualmente também se discute aspectos como fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais (ROSA et al, 2003).

A capacidade funcional é fundamental para o bem-estar do idoso e de qualquer outro indivíduo em qualquer que seja a fase do desenvolvimento que se encontre. Estudos mostram que a cada década, a partir dos 30 anos de idade, admite-se que haja perda de 1% da função (PAPALEO NETTO, 2007). E que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a

aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os indivíduos com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006).

As alterações são em seu início discretas, aumentando de modo progressivo. Na maioria dos órgãos, ocorre paulatinamente a diminuição da reserva funcional, o que compromete a capacidade do órgão de adaptação às modificações do meio interno e/ou externo (PAPALEO NETTO, 2007).

Nesse sentido, ocorre a prevalência das doenças características do idoso, e o grande desafio é fazer com que o idoso se mantenha com qualidade de vida, ainda que seja portador de alguma doença típica, dentre elas a hipertensão arterial, a diabetes e as demências.

Nasri (2008), afirma que o aumento no número de doenças crônicas leva os idosos a ingerirem maior número de medicamentos para o controle destas doenças e a realizarem exames físico-laboratoriais com mais frequência, porém, essas condições não limitam a qualidade de vida. Ao controlar suas doenças, muitos idosos levam uma vida independente e produtiva. A ausência de doença é uma premissa verdadeira para poucos. Na verdade, envelhecer, para a maioria, é conviver com uma ou mais doenças crônicas. O conceito de envelhecimento ativo pressupõe a independência como principal marcador de Saúde. (NASRI, 2008)

Ao encontro dessa lógica, o modelo assistencial baseado na RAS, prevê desenhos assistenciais com caráter longitudinal, ou seja, um acompanhamento continuado, capaz de auxiliar o indivíduo na compreensão de sua condição, bem como capacitá-lo para o autocuidado.

A capacidade funcional surge, assim, como um fator crucial novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Para Ricci, Kubota e Cordeiro (2005) o diagnóstico das moléstias continua sendo importante para o tratamento clínico, porém, associado a isso, deve haver compreensão quanto aos aspectos funcionais. Eles não envolvem somente a saúde física e mental, mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de

intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005)

A perda da capacidade funcional pode acontecer de forma lenta e gradativa, conforme esperado pela senescência², bem como pode acontecer, por vezes, de forma abrupta e repentina, como por exemplo, um Acidente Vascular Cerebral (AVC), decorrente de uma agudização de um quadro crônico de hipertensão.

O papel da família e, principalmente, do cuidador, são altamente relevantes nesta situação, influenciando consideravelmente na relação que se estabelece com o idoso dependente e, por consequência, na qualidade do cuidado e da saúde deste último. Além disso, muitos dos gastos gerados pelo idoso sem autonomia e/ou independência com internações e tratamentos poderiam ser evitados pela atuação do cuidador na profilaxia de complicações do quadro patológico desse idoso dependente (LANDI apud ALVES et al, 2008).

Além disso, a recuperação e/ou manutenção da capacidade funcional é fundamental para que o indivíduo possa aumentar suas possibilidades de ação frente a própria vida; o que evidencia, de maneira cada vez mais incisiva, o modo como as ações da reabilitação são produzidas para responder às reais necessidades de saúde da população (OMS, 2003).

No Brasil, o sistema de reabilitação com equipe multiprofissional, para grande parcela da população, é oferecido através do sistema ambulatorial, com atendimentos enxutos e espaçados, causando morosidade e desmotivação no processo de recuperação funcional.

Tanto a orientação e preparação da família e cuidador para lidar com a perda funcional, quanto a própria reabilitação do indivíduo são passíveis de intervenção e devida articulação na RAS para sua otimização. Portanto, faz-se necessário que sejam desenhados, dentro do modelo de atenção, caminhos efetivos na rede, para que a continuidade do cuidado seja garantida, em todos seus aspectos, independente do local de atenção que o paciente se encontre.

² Entende-se Senescência como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho teve por objetivo estudar a Unidade de Cuidados Prolongados no Brasil, como uma estratégia de atenção no SUS, identificando a organização do processo de trabalho de unidades do projeto piloto que atuam sob a abordagem dos Cuidados Continuados Integrados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a organização e metodologia de trabalho que vem sendo executada pela UCP sob as referências da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada,
- Identificar os principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão;
- Identificar a percepção do profissional atuante nas UCPs estudadas, em relação ao processo de trabalho desenvolvido;

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, qualitativo e quantitativo quanto à abordagem, descritivo e exploratório quanto aos objetivos e quanto aos procedimentos técnicos foram realizados: pesquisa documental, observacional e tipo survey (aplicação de questionários).

Considera-se que a principal diferença entre a pesquisa qualitativa e quantitativa não se dá apenas pela presença ou ausência de quantificação; enquanto a pesquisa quantitativa é impulsionada por um conjunto de considerações prévias designadas pelo pesquisador, a pesquisa qualitativa dá ao sujeito da pesquisa, capacidade de eleger a sua perspectiva em relação ao grupo estudado (BRYMAN apud PEDROSO, 2010) .

A pesquisa descritiva é utilizada a fim de obter características de uma população, possibilitando o entendimento de uma situação pré definida. A pesquisa exploratória, permite ao pesquisador uma maior dimensão sobre o quadro situacional, dando a ele capacidade de entendimento e análise.

Ao usar o procedimento tipo survey, o pesquisador coleta, através de questionários e entrevistas estruturadas, informações sobre uma quantidade de variáveis e infere sobre o grau de correlação entre elas; sendo este um dos principais métodos de pesquisas organizacionais, seu uso é apropriado quando o ambiente natural é o melhor local para estudar o fenômeno de interesse e o objeto de interesse ocorre no presente. (PEDROSO,2010)

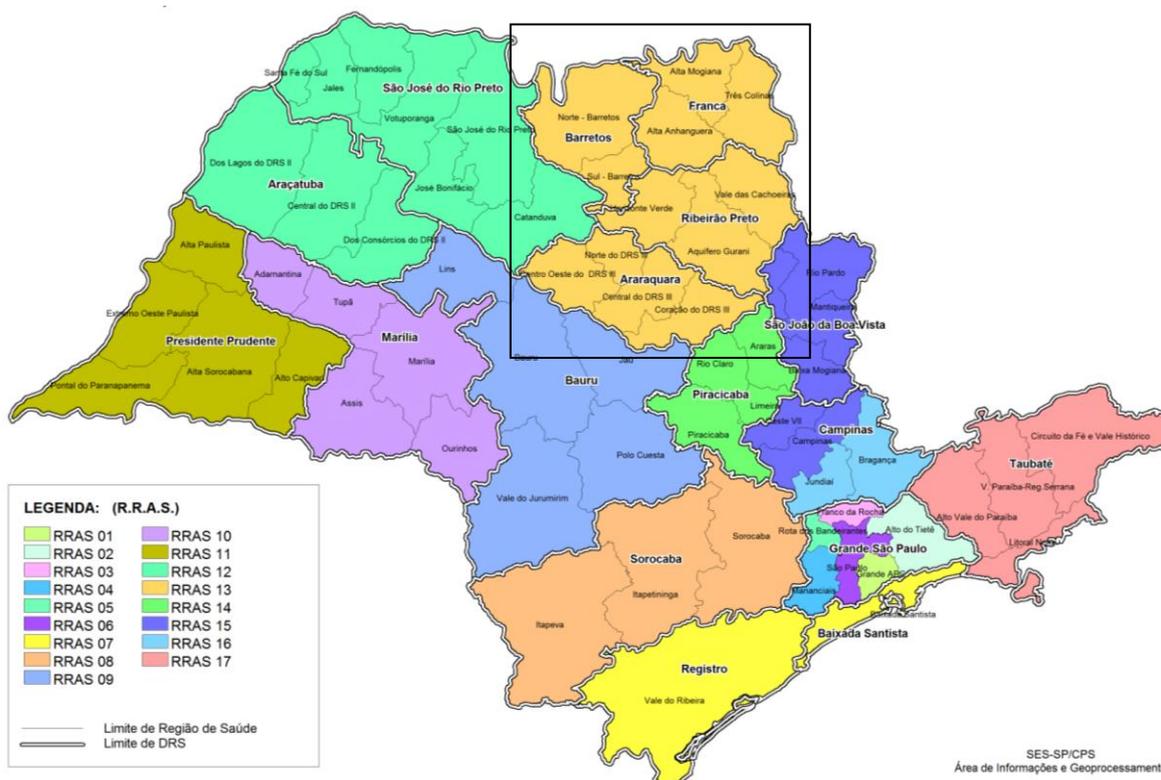
3.1. LOCAL DO ESTUDO

O Município de Ipuã possui uma população de 14.148 habitantes e fica situado há cerca de 420 quilômetros da capital paulista. O município de Pedregulho possui uma população de 15.700 habitantes e fica situado há cerca de 450 quilômetros da capital paulista.

Pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13, os municípios são localizados na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo. A RRAS 13 é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara, Barretos,

Franca e Ribeirão Preto, com 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde abrangendo uma população total de 3.307.320 habitantes (SES-SP, 2012).

Figura 7. Redes Regionais de Atenção à Saúde. Estado de São Paulo, 2012.



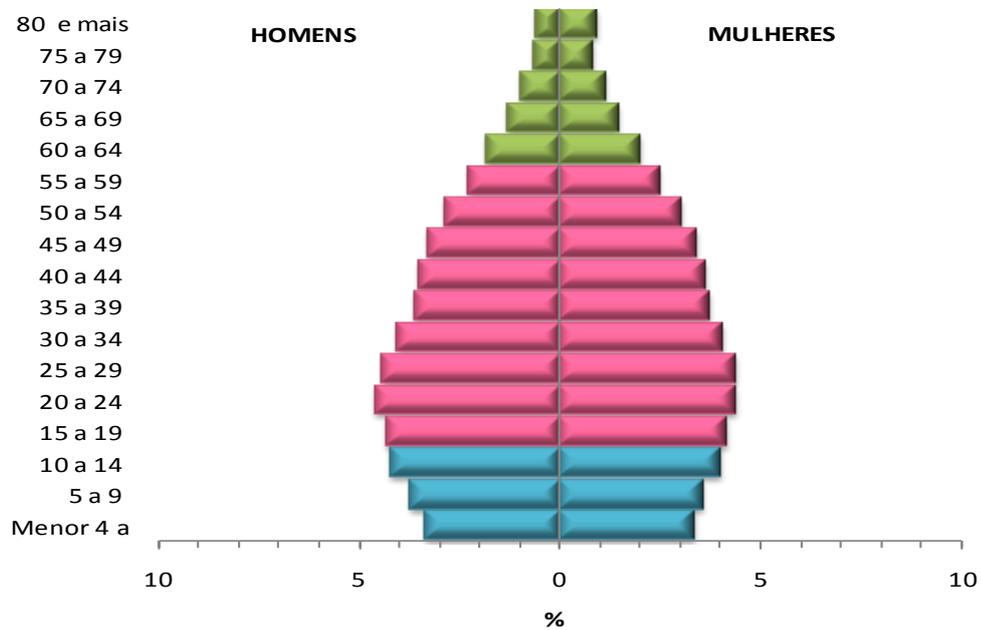
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo – (SES-SP).

Este estudo foi desenvolvido no Departamento Regional de Saúde de Franca DRS-VIII, o qual compreende 22 municípios e é subdividido em 3 colegiados, sendo eles: Alta Mogiana, Alta Anhanguera e Três Colinas abrangendo uma população total de 649.807 habitantes, de acordo com o Censo 2010. O município de Ipuã pertence ao colegiado Alta Anhanguera e o município de Pedregulho ao Colegiado Três Colinas (SES-SP, 2012).

Figura 8. Divisão geográfica da RRAS 13 e localização da UCP.



A prevalência de indivíduos com 65 anos ou mais, na DRS-VIII, em 2010, equivalia a 7,9% dos habitantes, correspondendo aos índices mundiais e nacionais, conforme demonstrado na pirâmide populacional e na tabela que seguem:

Figura 9. Pirâmide populacional – DRS VIII – 2010

Fonte: Mapa Regional de Saúde, SES-SP, 2012

Tabela 1- Distribuição populacional segundo sexo e faixa etária. DRS Franca, 2010

| DRS - VIII | | | |
|---------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
| Menor 4 anos | 21.696 | 21.659 | 43.355 |
| 5 a 9 anos | 24.005 | 23.236 | 47241 |
| 10 a 14 anos | 27.245 | 26.161 | 53406 |
| 15 a 19 anos | 27.979 | 27.118 | 55097 |
| 20 a 24 anos | 29.778 | 28.458 | 58236 |
| 25 a 29 anos | 28.802 | 28.339 | 57141 |
| 30 a 34 anos | 26.122 | 26.251 | 52373 |
| 35 a 39 anos | 23.427 | 24.247 | 47674 |
| 40 a 44 anos | 22.612 | 23.560 | 46172 |
| 45 a 49 anos | 21.341 | 22.324 | 43665 |
| 50 a 54 anos | 18.499 | 19.745 | 38244 |
| 55 a 59 anos | 14.796 | 16.207 | 31003 |
| 60 a 64 anos | 11.829 | 13.217 | 25046 |
| 65 a 69 anos | 8.323 | 9.599 | 17922 |
| 70 a 74 anos | 6.294 | 7.561 | 13855 |
| 75 a 79 anos | 4.089 | 5.402 | 9491 |
| 80 anos e mais | 3.760 | 6.126 | 9886 |
| Total | 320.597 | 329.210 | 649.807 |

Fonte: IBGE – Censo 2010 apud SES-SP (2012)

Existem 12 hospitais na região, destacando-se 1 hospital de alta complexidade (Santa Casa de Franca).

3.1.1 UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS DE IPUÃ

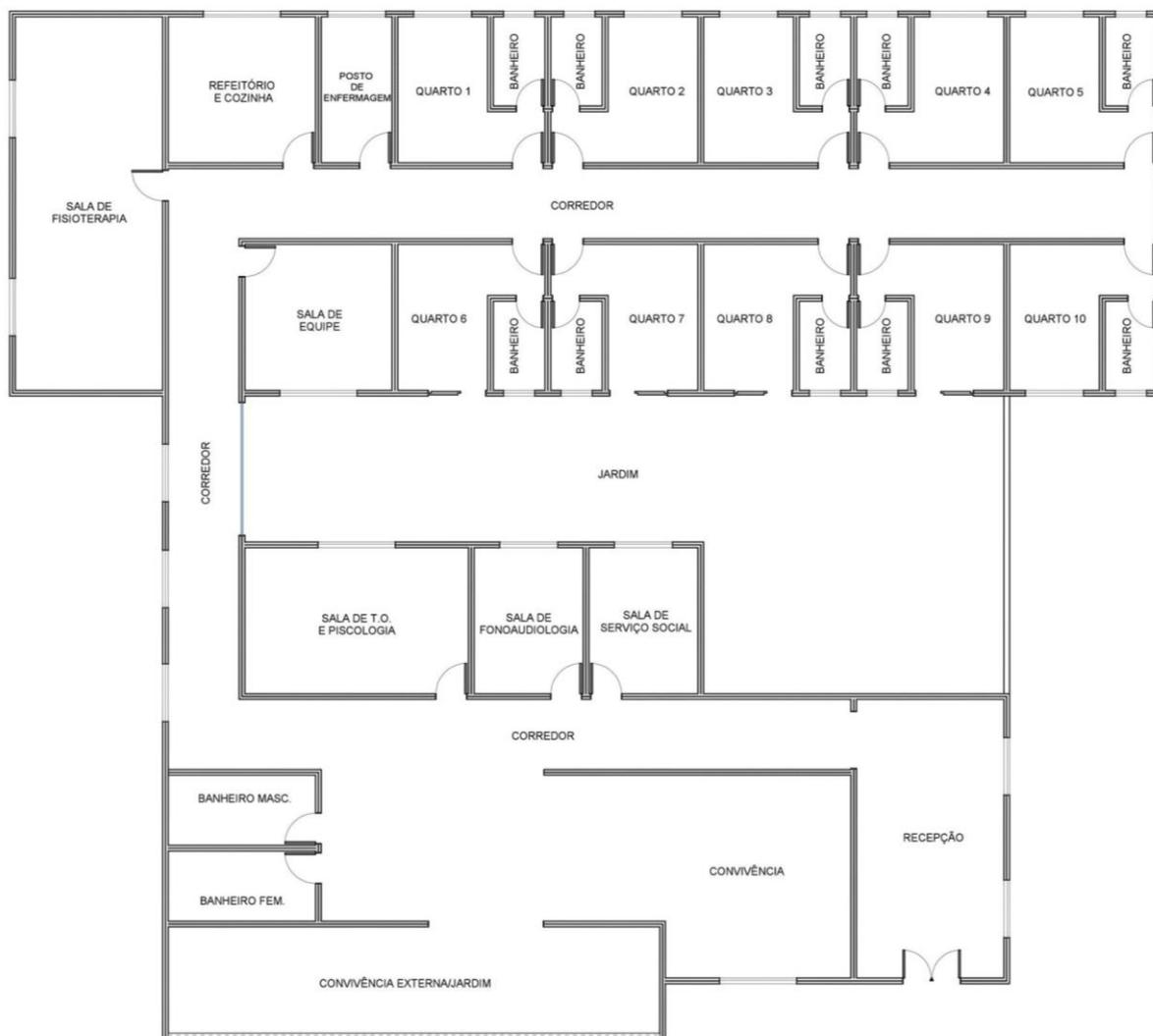
A UCP de Ipuã foi inaugurada em 31 de agosto de 2013 e habilitada em Unidade de Internação em Cuidados Prolongados pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 929 de 20 de agosto de 2013. Localizada como um setor da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, antes da implantação da UCP dispunha de 50 leitos, distribuídos entre clínica cirúrgica (3 leitos SUS e 2 particulares), obstetrícia (4 leitos SUS e 2 particulares), pediatria (3 leitos SUS e 1 particular) e clínica médica (30 leitos SUS e 4 particulares), 1 leito de isolamento. Após a implantação da UCP, 20 leitos SUS de clínica médica foram destinados a leitos de cuidados prolongados.

Antes da sua inauguração, passou por reforma do espaço físico e aquisição de materiais permanentes. Sua estrutura é constituída por: 10 suítes com 2 leitos cada, sendo 5 delas com saída direta para o jardim interno, 1 posto de enfermagem, 1 refeitório, 1 cozinha (localizada no setor da UCP mas presta serviço para todo o hospital), 1 sala de atendimento de fisioterapia, 1 sala de equipe, 1 jardim interno (para convivência), 1 sala de atendimento de psicologia e terapia ocupacional, 1 sala de atendimento de fonoaudiologia, 1 sala de serviço social, 1 área de convivência associado à 1 jardim externo, 1 sala de banho assistido, 2 banheiros para uso de pacientes e visitantes, 1 recepção com banheiro. Conforme demonstra ilustrativamente a figura 10. Todo o espaço físico da UCP é adaptado conforme regras de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT).

Figura 10. Planta baixa da UCP de Ipuã³.

UCP Ipuã



Fonte: Produzido pelo autor

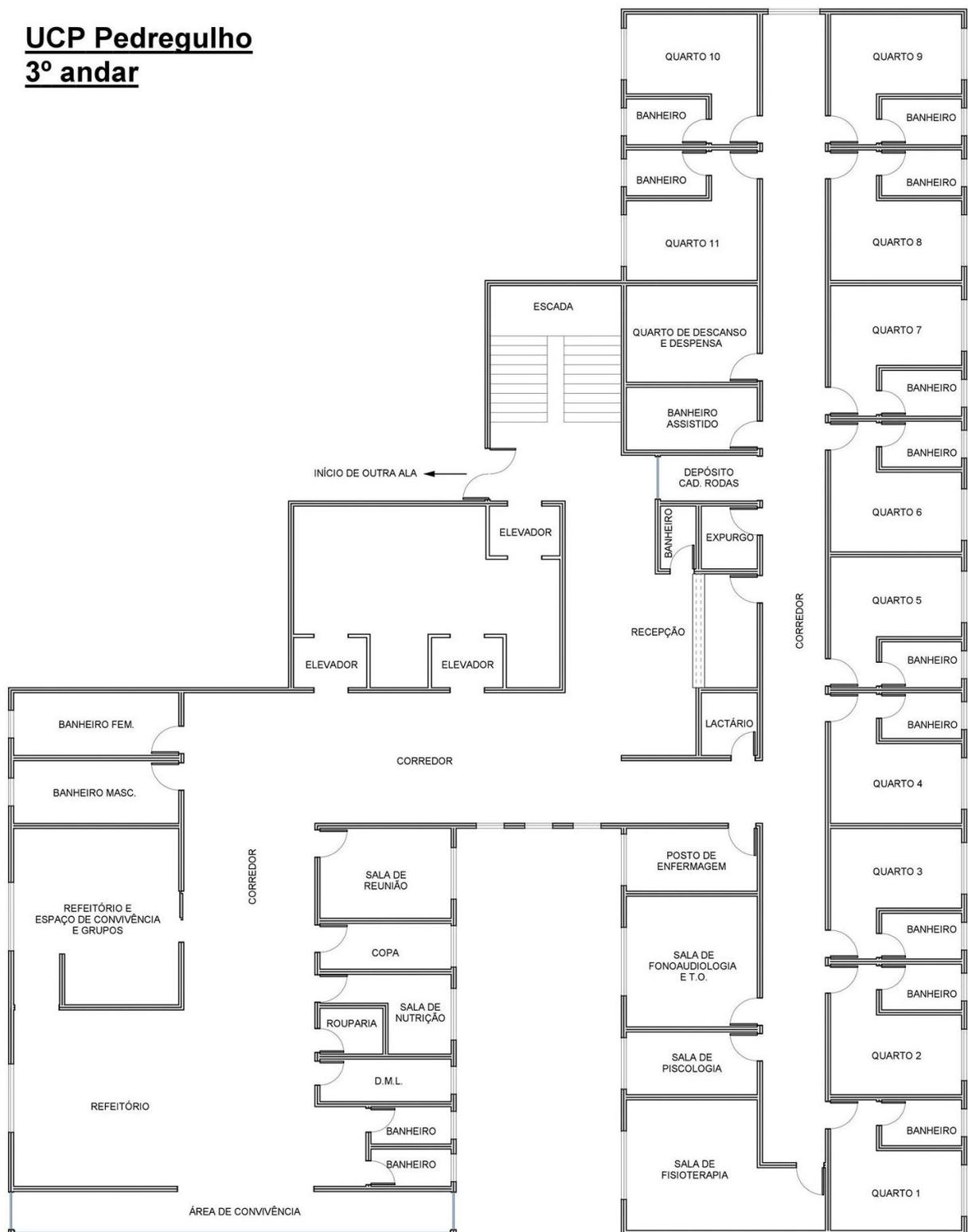
A equipe multiprofissional da UCP-Ipuã, durante o período de coleta de dados do presente trabalho contava com uma equipe composta por: 2 médicos, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudióloga, 2 fisioterapeutas, 1 enfermeira, 1 nutricionista, além de 2 recepcionistas exclusivas para o setor da UCP e equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), copa/cozinha e limpeza (a serviço de todo o hospital).

³ A figura não é a planta oficial do prédio da UCP, uma vez que foi elaborada com finalidade de facilitar a visualização do espaço para os leitores, baseada nas observações obtidas durante coleta de dados.

3.1.2 UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS DE PEDREGULHO

A UCP de Pedregulho foi inaugurada em 31 de agosto de 2013 e habilitada como Unidade de Internação em Cuidados Prolongados pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 450 de 9 de junho de 2014. Localizada no 3º andar da Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho. A Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho antes da implantação da UCP dispunha de 52 leitos, distribuídos entre leitos de clínica médica, maternidade e pediatria, além do serviço de urgência e emergência que presta retaguarda ao Município. O hospital também é referência no serviço de retaguarda de urgência e emergência para os municípios de Jeriquara e Rifaina (SMS, 2014).

Antes da sua inauguração, passou por reforma do espaço físico e aquisição de materiais permanentes e atualmente sua estrutura é constituída por: 11 suítes com 2 leitos cada, 1 sala atendimento de fisioterapia, 1 sala atendimento de psicologia e serviço social, 1 sala de atendimento de fonoaudiologia e terapia ocupacional, 1 posto de enfermagem, 1 lactário, 1 recepção com 1 banheiro, 1 expurgo, 1 sala de banho assistido, 1 quarto de descanso e dispensa, 2 banheiros e vestiários para funcionários, 1 sala de reunião, 1 copa, 1 sala de atendimento nutricional, 1 rouparia, 1 depósito de material de limpeza (DML), 1 área de convivência com vista panorâmica, 2 banheiros para pacientes e visitantes, 1 refeitório e 1 sala de grupos e convivência, além de 3 elevadores e escadas como via de acesso. Conforme demonstra a figura 11. Todo o espaço físico da UCP é adaptado conforme regras de acessibilidade da ABNT

Figura 11. Planta baixa da UCP de Pedregulho⁴.

Fonte: Produzido pelo autor

⁴ A figura não é a planta oficial do prédio da UCP, uma vez que foi elaborada com finalidade de facilitar a visualização do espaço para os leitores, baseada nas observações obtidas durante coleta de dados.

A equipe multiprofissional da UCP-Pedregulho, durante o período de coleta de dados do presente trabalho contava com uma equipe composta por: 1 médico, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudióloga, 2 fisioterapeutas, 1 enfermeira, 1 nutricionista, além de 1 recepcionista exclusiva para o setor da UCP e 1 farmacêutico, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), copa/cozinha e limpeza (a serviço de todo o hospital).

3.2. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados na Unidade de Cuidados Prolongados de Ipuã, integrada à Santa Casa de Misericórdia de Ipuã, Ipuã-SP, e na Unidade de Cuidados Prolongados de Pedregulho, integrado à Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho, Pedregulho - SP.

As unidades estudadas serão discriminadas nesse trabalho através do termo 'UNIDADE A' e 'UNIDADE B', respectivamente.

Embora haja outras unidades no estado de São Paulo, intituladas UCP e também regidas pela portaria 2.809, a escolha das unidades acima descritas se deu, pelo fato da pesquisadora pertencer ao quadro de funcionários de uma das unidades até dezembro de 2016 e elas serem as duas primeiras unidades, do projeto piloto, sob a abordagem dos CCI, inauguradas no Brasil, além do projeto de pesquisa se enquadrar aos propósitos do Programa de Mestrado Profissionalizante (BRASIL, MS, 2012).

A coleta de dados se deu no segundo semestre de 2016 na unidade B e no primeiro semestre de 2017, na unidade A.

Para a coleta, foram realizadas três etapas complementares e concomitantes descritas à seguir.

3.2.1. DOCUMENTOS

Documentos gerais, produzidos para o processo de trabalho, roteiro de interações, fluxograma, procedimentos operacionais padrão (POP), critérios de inclusão, manuais de orientação, entre outros, foram objeto de estudo, a fim de

compreender o funcionamento da unidade. Foram utilizados também, os indicadores de produção e qualificação da gestão das UCP referentes ao ano de 2016. Taxa de ocupação, tempo médio de permanência do paciente, perfil do usuário e evolução da capacidade funcional do usuário.

Para sistematizar as informações colhidas, foi elaborado o roteiro de registro documental. (APÊNDICE I)

A análise documental foi feita com finalidade descritiva, no sentido de buscar aspectos organizacionais, enfocando o processo de trabalho, a forma como acontecem os registros, descrições de diagnósticos e evoluções, bem como a adequação dessa documentação à finalidade da proposta.

3.2.2. OBSERVAÇÃO

Para esta etapa foi desenvolvido um roteiro de observação baseado nas tecnologias de Gestão da Clínica e nos eixos da Clínica Ampliada (APÊNDICE II) (Mendes, 2011, p.369) (BRASIL, 2009 p. 14-16).

Este roteiro foi subdividido em sete domínios: estrutura física, ambiência, organização/funcionamento, rotina de trabalho individual, rotina do trabalho em equipe e rotina do paciente, processos de trabalho.

O pesquisador participou de ações cotidianas das unidades em questão (reuniões de equipe, atendimentos à usuários, ambiência, entre outros), na modalidade de observação, seguindo o roteiro de observação, pelo período necessário, autorizado pelo responsável da Unidade.

Foi realizada uma observação sistemática, não estruturada, participante e aberta, a fim de proporcionar uma avaliação qualitativa e descritiva dos dados obtidos. Os dados de observação foram descritos com foco nos temas estabelecidos.

3.2.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO - PERCEPÇÃO DE CADA PROFISSIONAL

Foi desenvolvido um questionário estruturado, baseado nas tecnologias de Gestão da Clínica e nos eixos da Clínica Ampliada, conforme abordado no item 1.3 desse trabalho (APÊNDICE III) (Mendes, 2011, p.369) (BRASIL, 2009 p. 14-16).

O questionário contou com oitenta e duas (82) assertivas distribuídas por seis blocos temáticos, sendo eles: trabalho em equipe, fluxo do usuário, a prática clínica, estrutura/ambiente/materiais, a gestão da qualidade e satisfação profissional. As assertivas versam sobre a caracterização dos sujeitos, a rotina de trabalho, o trabalho em equipe, sistema de admissão, internação, alta e pós alta de usuários e a satisfação pessoal.

Cada afirmação do questionário deveria ser respondida através da escala de Likert (concorda totalmente, concorda, indiferente, discorda, discorda totalmente), conforme demonstrado no esquema a seguir.

| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
|-----------------------|------------|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| BLOCO TEMÁTICO | | | | | | |
| | | | | | | |

Antes de passar pelo processo de coleta dos dados, o instrumento em questão passou por uma fase de pré-teste, com uma amostra de profissionais da saúde, escolhidos aleatoriamente e sem relação qualquer, com as unidades estudadas, com o intuito de corrigir situações de omissões e ambiguidade.

Esta etapa buscou ser sensível à percepção individual e do grupo, em relação às ações desenvolvidas na UCP. O tempo necessário para resposta foi em média de quarenta minutos.

A casuística dessa etapa contou com um N de 13 participantes na UNIDADE A e 13 participantes na UNIDADE B, sendo um total de 26 participantes. Para ser incluído nesta etapa, era necessário ser membro da equipe multiprofissional ou técnico de enfermagem das UNIDADES A ou B e aceitar voluntariamente a participar do estudo.

Os dados foram codificados para posterior inserção em planilhas de análise, correlacionando as variáveis estudadas intra e interunidades e buscando significação nas variações.

3.2.3.1 ANÁLISE DA ETAPA DE CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO - PERCEPÇÃO DE CADA PROFISSIONAL

Para análise das perguntas fechadas de caráter quantitativo, foi utilizada abordagem através de cálculo de Ranking Médio (RM) para escala de Likert, mensurando o grau de concordância dos participantes, em relação às respostas assinaladas no questionário e comparações entre as unidades. Neste modelo atribui-se um valor de 1 a 5 para cada resposta a partir da qual é calculada a média ponderada para cada item, baseando-se na frequência das respostas (OLIVEIRA, 2005).

Desta forma foi obtido o RM através da seguinte estratégia:

$$\text{Média Ponderada (MP)} = \sum (f_i \cdot V_i)$$

$$\text{Ranking Médio (RM)} = \text{MP} / (\text{NS})$$

f_i = frequência observada de cada resposta para cada item

V_i = valor de cada resposta

NS = nº de sujeitos

Quanto mais próximo de 5 o RM estiver maior será o nível de satisfação dos respondentes e quanto mais próximo de 1 menor. Conforme demonstrado abaixo:

| | | | | |
|------------------------|-----|-----|-----|------------------------|
| - | | + | | |
| Discordo Totalmente[1] | [2] | [3] | [4] | [5]Concordo Totalmente |

Foram realizados o RM do grupo equipe multiprofissional, considerado como RM-M, do grupo técnicos de enfermagem, considerado como RM-E, e do agrupamento total das duas categorias, considerado como RM-T, sendo dispostos por assertivas e por blocos temáticos. Os valores obtidos através do RM estão dispostos em tabelas, conforme a tabela demonstrativa a seguir, por unidade A e B.

Também foram dispostos na tabela a quantidade de respostas em cada assertiva de todos os respondentes de cada unidade, para se observar a frequência de resposta em cada item.

| BLOCO TEMÁTICO: TRABALHO EM EQUIPE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|----------|----|-----------|--------------|---|---|---|---|----|----|-----------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | B | | | | | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi desenvolvido segundo os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HC-FMRP-USP e aprovado através do parecer nº 1.557.049 em 23 de maio de 2016 (ANEXO A).

Os questionários foram entregues aos participantes de pesquisa em dia e horário previamente combinados com a coordenação de cada UCP, após o recebimento, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) . Todo procedimento de coleta de dados envolvendo os sujeitos da pesquisa foi realizado por profissional de saúde distinto do pesquisador e não pertencente às unidades em estudo.

3.3.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

Ao abordar temas relacionados ao desempenho de funções laborais, dos profissionais de saúde da UCP, os mesmos foram colocados ao menor risco possível, como eventuais situações de constrangimento ou de tempo consumido, e

foram devidamente esclarecidos e convidados a participar, aderindo aos procedimentos voluntariamente.

Os resultados deste estudo podem vir a contribuir para a melhora da qualidade do processo de trabalho da instituição, pois a partir da identificação de questões importantes a ele relacionadas e sua divulgação científica, ficam oportunizadas o desenvolvimento de práticas que favoreçam a gestão do mesmo.

Os resultados da pesquisa podem ser utilizados em benefício de instituições semelhantes, bem como as envolvidas.

3.3.2 PESQUISA COM GRUPOS VULNERÁVEIS

Por tratar-se de estudo envolvendo sujeitos (profissionais) em relação de vínculo com a instituição em questão (Unidade de Cuidados Prolongados), a pesquisadora responsável por este estudo assumiu o compromisso de não alterar a rotina da mesma ou expor profissionais e pacientes a qualquer situação de constrangimento, desconforto e de desrespeito às condições de desempenho de suas atividades, jamais vinculando sua adesão a participar do estudo com quaisquer responsabilidades ou obrigatoriedades para com a instituição. Nesse sentido, os procedimentos foram realizados de forma a não interferir na rotina da instituição e dos sujeitos.

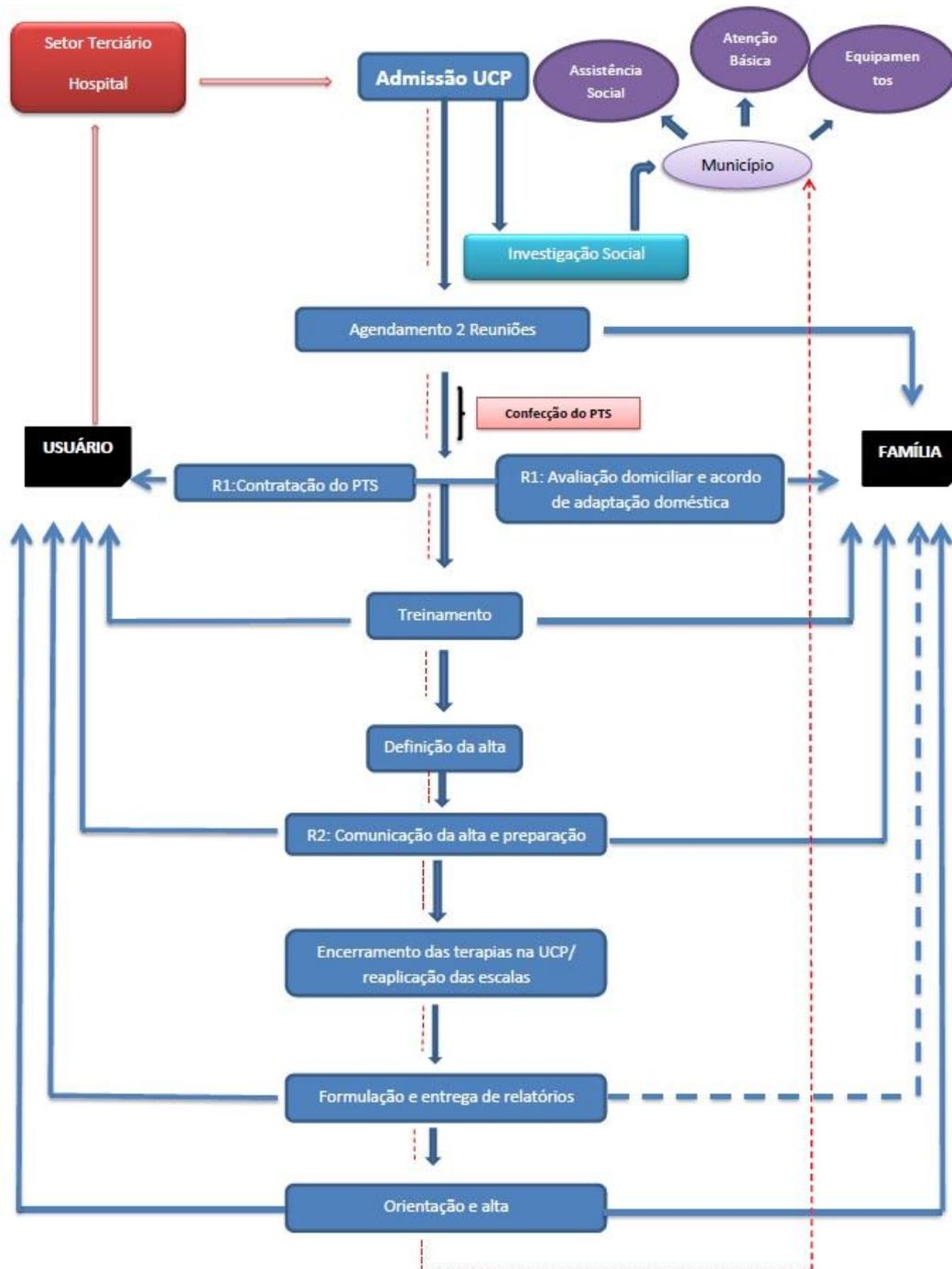
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados foi realizada de maneira a compreender o processo de trabalho das unidades A e B e a percepção dos trabalhadores e equipe sobre a ótica das temáticas envolvidas neste processo.

4.1 PROCESSO DE TRABALHO E FLUXO DO USUÁRIO

Através das observações realizadas e de documentos obtidos durante a coleta de dados, foi possível identificar a trajetória do paciente desde o momento em que ele se torna um candidato à uma vaga na UCP, até o seu processo de reabilitação, alta e retorno para o município, bem como entender o processo de trabalho referente ao desenho assistencial ao qual às UCP estudadas desenvolvem. Sendo assim, a seguir será apresentado o fluxo dos usuários identificado conforme demonstrado na figura 12 e discutido o referente processo de trabalho.

Figura 12. Fluxograma de gestão de internação e alta.



Fonte: Unidade de Cuidados Prolongados de Pedregulho
 Elaborado pela equipe multiprofissional UCP-Pedregulho

4.1.1 PROCESSO DE SINALIZAÇÃO DO PACIENTE

Os resultados descritos nesse item podem ser identificados no Protocolo de Sinalização (ANEXO B) e confirmados a partir das observações realizadas.

Para que o paciente possa ser admitido nas unidades estudadas, é necessário que o mesmo passe por um processo denominado 'sinalização' realizado pela unidade referenciadora à UCP.

O processo ideal de sinalização do paciente se dá, quando ele ainda está internado em um hospital geral. Este hospital sinalizador deve conter uma Equipe de Gestão de Alta (EGA), responsável por gerenciar a alta qualificada de seus pacientes (sugere-se que a EGA seja composta por médico, enfermeiro e assistente social).

A EGA se utiliza de um formulário de sinalização (ANEXO C) para descrever o caso do paciente evidenciando sua identificação, o motivo do encaminhamento, a necessidade de reabilitação, a avaliação global do paciente, suas hipóteses diagnósticas, medicamentos em uso, breve resumo sócio-familiar, exame físico e exames complementares recentes. O formulário de sinalização é encaminhado à UCP via email.

Outro caminho de referenciamento assegurado é via atenção básica, dessa forma, quando a equipe de saúde da família (ESF) identifica um paciente que se beneficiará dos cuidados prestados na UCP, pode solicitar um formulário de sinalização e sinalizar o paciente seguindo os mesmos princípios do hospital geral.

Após sinalizado, a equipe da UCP (principalmente médico, assistente social e enfermagem), avalia se o paciente é elegível segundo os critérios de elegibilidade (ANEXO B) e responde à sinalização, conforme disponibilidade de vagas e fila de espera, iniciando assim o processo de admissão do paciente. Em uma das unidades, há preferência para que toda a equipe dê um parecer sobre a sinalização do paciente, se utilizado de um impresso para favorecer a comunicação entre profissionais e agilizar o processo de resposta, sem necessariamente aguardar a reunião de equipe. (ANEXO D). Quando há dúvidas sobre a sinalização, o quadro do paciente sinalizado ou outros aspectos, a comunicação entre as equipes é facilitada, permitindo uma rápida e oportuna discussão do caso.

Considerando que as unidades estudadas se encontram regulamentadas pela portaria 2.809 de 7 de dezembro de 2012, a qual estabelece a organização dos

Cuidados Prolongados para retaguarda à RUE e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, é importante compreender a regulação do fluxo assistencial da RUE. Segundo a lógica do fluxo regulado e efetivo, disposto pela Resolução no 1.451, de março de 1995 do Conselho Federal de Medicina (CFM) o conceito de atendimento de urgência/ emergência pressupõe o “atendimento em rede”; para que ao passar para outro nível assistencial seja possível dar condições de continuidade à assistência, manutenção da vida ou alívio do sofrimento; o que podemos chamar de atendimento referenciado (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Dessa forma, o processo de sinalização do paciente do hospital geral à UCP enquadra-se como a regulação do acesso e transferência dos pacientes inicialmente atendidos e estabilizados nas unidades consideradas como portas de entrada da RUE para Leitos de Retaguarda da RUE que incluem, leitos de longa permanência e leitos de acidente vascular cerebral, os quais a unidade estudada se enquadra, bem como leitos clínicos, leitos de unidade de terapia intensiva e leitos de unidade coronariana. (UNA-SUS/UFMA, 2015)

Além disso, em relação ao processo de alta hospitalar para referenciamento e continuidade do cuidado, Mello (2013) discute que:

"seu processo tem seu início, legalmente, no momento da admissão do usuário pelo serviço de internação hospitalar e termina apenas no momento de sua liberação pelo médico (BRASIL, 2002). No entanto, mediante o modelo do cuidado em rede para o usuário portador de doença crônica, pode-se afirmar que esse processo não termina ali. O seu produto final estará em constante aperfeiçoamento mediante as novas recidivas da doença e aprendizagens, e é, portanto, estendido para além da saída do usuário do hospital ou outro local de atendimento. Está relacionado também ao caminho que ele vai trilhar nos pontos de atenção da linha de cuidado que procedem cuidados e acompanhamento de projeto terapêutico singular". (MELLO, 2013, p. 41).

Todavia, Mello ainda discute que nem sempre o sistema de gerenciamento de alta hospitalar nas conjunturas atuais consegue englobar todo processo de saúde doença do usuário, devido à ainda hoje, forte concepção da estrutura hospitalocêntrica de cuidado, baseado na cura e estabilização da vida, e pouca formação dos profissionais no que se refere a RAS e em especial à RUE, de

maneira que a alta hospitalar fica procedida como um expediente burocrático de liberação do usuário que está apto a voltar ao domicílio de origem sem que lhe seja oportunizado, durante o período de internação, as informações necessárias para promover maior autonomia em relação a sua doença e sem que seja viabilizado os recursos necessários e disponíveis no SUS (MELLO, 2013).

Pode-se inferir que em um hospital sem um gerenciamento de alta qualificada, com a necessidade de rotatividade de leitos e fluxo rápido do usuário o profissional não acompanha o tempo do processo de sinalização e resposta, uma vez que esse deveria iniciar logo no processo de admissão do paciente. Dessa forma, faz-se necessário o investimento na educação permanente dos profissionais conforme preconizado pelo SUS, através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), incluindo o entendimento adequado da RAS para melhor uso dos leitos de retaguarda.

4.1.1.1 HOSPITAIS REFERENCIADORES

De acordo com o levantamento realizado, todos os hospitais da DRS-8 podem ter EGA e serem referenciadores. Todavia os principais hospitais referenciadores são a Santa Casa de Franca (alta complexidade), a Santa Casa de Ituverava (média complexidade e a Santa Casa de São Joaquim da Barra (média complexidade); sendo que a Santa Casa de Franca apresenta uma incidência de maior sinalização de pacientes para a UCP-Pedregulho e as demais para a UCP-Ipuã, o que pode ser explicado principalmente pela localização geográfica entre os hospitais referenciadores e às unidades (PEIXOTO, 2015).

Nesses hospitais existe uma EGA permanente e atuante no processo de gestão de alta hospitalar.

4.1.2 PROCESSO DE ADMISSÃO DO PACIENTE

Após avaliação e aprovação da sinalização do paciente, o leito é disponibilizado e preparado, o prontuário é aberto e a admissão do paciente se dá

em dia e horário pré determinado entre UCP e EGA e acompanhado por um familiar responsável.

Nesse momento, o familiar recebe todas as orientações necessárias sobre o funcionamento da unidade e processo de internação; são agendadas reuniões entre a família e a equipe, assim como são assinadas os papéis da documentação de internação. Na unidade A todas as informações são dadas verbalmente, na unidade B, além das informações verbais, também é oferecido um manual de orientações, elaborado pelos membros da equipe (ANEXO E).

Assim que o paciente é admitido, a unidade emite um comunicado à unidade de saúde da atenção básica do município em que o paciente reside, informando a chegada do paciente aos cuidados prolongados, informações de identificação, patologia e previsão de alta.

A equipe multiprofissional tem até 72 horas para concluir as avaliações do paciente admitido, com exceção de médico e enfermagem, que iniciam sua avaliação imediatamente após a admissão do mesmo. Há o preenchimento dos instrumentos de avaliação e mensuração e após a conclusão dos mesmos inicia-se o processo de confecção do projeto terapêutico singular (PTS), nas reuniões de equipe. O modelo de PTS usado por ambas unidades se encontram nos anexos F e G.

O PTS é elaborado com uma perspectiva de 30 dias, devido aos critérios de convalescência da unidade, sendo reformulado para mais ou menos dias, dependendo das questões biopsicossociais do paciente.

O processo de admissão é semelhante nas unidades e está descrito em um POP fornecido por uma das unidades (ANEXO H).

Ao identificar que o processo de admissão culmina na elaboração de um PTS, fica possível perceber de início que o desenho assistencial estudado se inclina às tendências nacionais, sobretudo à Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH), que nos alicerces da clínica ampliada, institui o PTS como instrumento fundamental de uma nova forma de produzir saúde (MS, 2007).

Para Campos e Amaral (2007), o PTS é o aprimoramento da discussão de caso em equipe. Um grupo que incorpore a noção interdisciplinar e que recolha a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões; fazendo uma

discussão prospectiva com, a intenção de se lançar no presente em direção ao futuro, depois de uma reflexão sistematizada. (CAMPOS E AMARAL, 2007)

Assim, o delineamento do trabalho a ser realizado se torna contruído por todos e acessível por todos, sendo então uma ferramenta de gestão do caso integradora de todo processo de assistência e fundamental para nortear os profissionais à realizarem a atenção que esse modelo se dispõe à executar.

4.1.2.1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO

Os instrumentos de avaliação e mensuração utilizados pelas UCP, são aplicados para a admissão e para a alta do paciente, trata-se de instrumentos aceitos e utilizados mundialmente e de rápida aplicação, conforme apresentado à seguir.

Além dos instrumentos utilizados, os quais buscam avaliar a capacidade funcional, o risco de aparecimento de úlceras por pressão, o risco de desnutrição, às habilidades cognitivas, o risco social e os sintomas depressivos; todos os profissionais da equipe multiprofissional realizam sua anamnese e entrevistas, de acordo com suas respectivas práticas.

4.1.2.1.1 ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel é um instrumento amplamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade pertence ao campo de avaliação AVDs. Foi desenvolvido para monitorar o desempenho de pacientes internados por um tempo prolongado, com condições de paralisia, antes e depois do tratamento, e para indicar os cuidados de saúde necessários. Na reabilitação, tem sido usado para prever o tempo de internação, estimar prognósticos, antecipar conseqüências da alta e como um instrumento de avaliação (MISSONO et al, 2010).

Dentre os itens avaliados estão incluídos: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres (micção e evacuação), deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (SEQUEIRA, 2007).

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo subdivida a capacidade funcional em itens: 0-15 dependência total, 20-35 dependência grave, 40-55 dependência moderada, 60-95 dependência leve e 100 independência (APÓSTOLO, 2012).

Na UCP geralmente é aplicado pelo profissional fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.

4.1.2.1.2 ESCALA DE BRADEN

A escala de Braden, desenvolvida nos Estados Unidos em 1987, vem sendo mundialmente utilizada para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. A escala é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento.

Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão, não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e viceversa. É considerado de alto risco de desenvolvimento de úlcera por pressão todo o indivíduo que obtiver uma pontuação de 16 ou inferior e de baixo risco o que apresentar uma pontuação igual ou superior a 17. (APÓSTOLO, 2012)

Na UCP, geralmente é aplicada pelo(a) enfermeiro(a).

4.1.2.1.3 MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A MNA® é uma ferramenta de controle e avaliação, desenvolvido pela Nestlé em parceria com uma equipe de geriatras e que pode ser utilizada para identificar pacientes idosos com risco de desnutrição ou já desnutridos.

Busca identificar o risco de desnutrição antes da ocorrência de mudanças de peso ou dos níveis de proteína sérica. O MNA® pode ser preenchido periodicamente no ambiente comunitário e hospitalar, ou em locais de cuidados de longo prazo. (NESTLÉ)

Na UCP é habitualmente aplicada pelo profissional de nutrição.

4.1.2.1.4 ESCALA DE PFEIFFER

O teste de Pfeiffer trata-se de um questionário para rastreio cognitivo, administrado por um aplicador e constituído por 10 itens relacionados às habilidades cognitivas. A pontuação é realizada a partir dos acertos e erros das perguntas. Considera-se que de 3 a 7 erros há uma deterioração mental leve / moderada e de 8 a 10 erros há uma deterioração mental severo. Para pessoas com baixa escolarização é permitido um erro a mais e para pessoas com estudos superiores, se contabiliza um erro a menos (PFEIFFER, 1975).

Na UCP é habitualmente aplicado pelo profissional de psicologia.

4.1.2.1.5 ESCALA DE GIJON

A escala de Gijon é considerada uma escala de avaliação sócio familiar a qual busca ser sensível ao risco social que envolve a pessoa avaliada. É subdividida em 5 itens: situação familiar, econômica, habitação, relações sociais e suporte de rede social. O avaliado pode pontuar de 1 a 5 pontos em cada item e de acordo com sua pontuação, pode ser enquadrado em uma das três características: normal ou risco social baixo; risco social intermediário e risco social elevado (MOURÃO, 2008).

Na UCP é habitualmente aplicada pelo profissional de serviço social.

4.1.2.1.6 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

A Escala de Depressão Geriátrica foi desenvolvida com o intuito de ser sensível aos sintomas depressivos no idoso. É composta por perguntas fáceis de serem entendidas e a variação nas possibilidades de respostas é de sim/não, pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado, trata-se de uma escala de rápida aplicação, com tempo médio de resposta de 10 minutos.

Inicialmente foi composta por 30 questões de fácil compreensão, a partir da qual se desenvolveu uma versão reduzida, com 15 itens, a EDG-15, cujo uso é realizado nas UCPs estudadas. Possui uma variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos). O escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos (APÓSTOLO, 2012).

Na UCP é habitualmente aplicada pelo profissional de psicologia.

4.1.3 PROCESSO DE REABILITAÇÃO E ROTINA DA UNIDADE

Após elaborado o PTS, o mesmo é acordado entre família e paciente (quando possível) e inicia-se o processo de intervenção terapêutica, conforme demonstrado na figura 12.

Nota-se que em ambas as unidades, existe uma distribuição da rotina de terapias, principalmente fisioterapia e fonoaudiologia, oferecendo previsibilidade das atividades a serem realizadas pelo indivíduo.

Também é possível identificar um esforço dos profissionais para que os pacientes permaneçam menos tempo possível em seus leitos, oferecendo banhos de sol, horários de visita expandidos, atividades ou permanência nas áreas de convivência e refeições no refeitório da área comum.

Visitas médicas e da equipe multiprofissional vão sendo realizadas diariamente, no decorrer da rotina. Na unidade B é utilizado um impresso denominado checklist de visita multiprofissional, aonde é possível identificar os profissionais que fizeram a avaliação no paciente, bem como aspectos importantes do quadro geral do mesmo, tais como sinais vitais, hidratação, ausculta cardíaca e

pulmonar, presença de diurese e evacuação, presença de edema, dentre outros aspectos. Esse momento passa a ser um espaço de educação em saúde, aonde cuidador, familiares e paciente podem fazer perguntas e entender melhor sua condição de saúde naquele momento (ANEXO I)

As visitas interdisciplinares são consideradas um rico momento de intercâmbio de conhecimentos estimulando a abertura profissional. Sugere-se que uma ou duas vezes por semana, o profissional responsável pelo caso promova uma “corrida de leitos” com outros profissionais de sua equipe, ou até com especialistas, sendo esta uma iniciativa importante para qualificar a atenção. (CAMPOS; AMARAL; 2007)

Além das atividades acima apresentadas, a rotina diária inclui: banho, café da manhã, visita médica e multiprofissional, atividades de reabilitação, almoço, trocas (se necessário) descanso no leito, café da tarde, atividades de convivência, atividades de reabilitação, jantar, descanso noturno, além das reuniões familiares.

É válido ressaltar que desde o momento da admissão, os membros da equipe, já iniciaram articulações para o referenciamento do paciente e gestão da alta, sendo assim durante a rotina da unidade reuniões com a família e articuladores da atenção básicas vão sendo realizadas, com o propósito da longitudinalidade do cuidado, a fim de que o processo de doença que culminou na necessidade de intervenção hospitalar de média ou alta complexidade seja transformado em um processo de saúde, aonde a assistência percorrerá o hospital geral, às UCP e a atenção primária, no domicílio.

Fica evidente que durante a rotina de intervenção e cuidado nas unidades estudadas, existe um esforço contínuo para que os usuários e suas famílias apresentem não só uma melhora de sua capacidade funcional, mas a produção de autonomia, gerando capacidade de decidir e opinar sobre sua própria condição e suas possibilidades para além da unidade.

O conjunto de aspectos que caracterizam as relações profissionais entre profissionais e usuários, assim como entre os próprios profissionais nas unidades estudadas aproxima-se do que tem sido destacado nos debates recentes acerca da construção do SUS com vistas a sua efetivação na realidade brasileira. De acordo com levantamentos realizados por Matos, Pires e Campos, (2009) muitos trabalhos

vêm sendo produzidos destacando a importância de aspectos como a humanização da assistência, a integralidade em saúde, a produção de sujeitos no processo de atenção à saúde, a necessidade de formação de vínculos entre os profissionais e entre os profissionais e os usuários, o acolhimento, a necessidade de ampliação do acesso (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

O Ministério da Saúde, a partir da iniciativa do PNH demonstram que inúmeros estudos científicos têm acumulado evidências favoráveis à valorização do autocuidado, do trabalho em equipe interdisciplinar e da consideração de fatores subjetivos e sociais na prática clínica (CAMPOS; AMARAL, 2007)(BRASIL, 2009).A perspectiva interdisciplinar pode possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos/as trabalhadores/as sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho (MATOS, PIRES, CAMPOS; 2009).

Além das importantes evidências sobre o trabalho interdisciplinar corroboradas pelos estudos nacionais apresentados acima, resultados positivos são apresentados por Silva (2017), em um levantamento realizado nas UCCI em Portugal, sendo possível identificar na revisão, a existência de quatro vezes mais usuários autônomos e independentes no momento da alta da rede, revelando a importância da internação. Confirmando ser essencial o desenvolvimento de programas de apoio a doentes crônicos que facilitem a sua adaptação à família e à sua doença, considerando que as UCCI são transitórias (SILVA, 2017).

"A necessidade de promoção de saúde, reabilitação, manutenção da funcionalidade, e a necessidade de desenvolver novos modelos de prestação de cuidados, mais integrados e direcionados para as necessidades dos indivíduos é um facto. Convém lembrar o papel, objetivos e finalidades das Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da RNCCI que, para além de promover o treino de funções motoras, sensoriais e cognitivas, é também a ressocialização e atividades socio ocupacionais, que envolvem uma equipe multidisciplinar, promovendo uma melhor qualidade de vida dos indivíduos. (SILVA, 2017 p.104)

4.1.4 ROTINA DE TRABALHO DA EQUIPE

Em relação às atribuições e organização do trabalho da equipe multiprofissional e interdisciplinar, habitualmente às atividades desempenhadas são, anamnese, aplicação e reaplicação de instrumentos de mensuração, atendimentos individuais especializados, atendimentos grupais, visita multiprofissional, reunião e treinos com familiares, construção do PTS, registros em prontuários, elaboração de relatórios e reunião de equipe. Tais atribuições são distribuídas de acordo com a carga horária de cada profissional.

Na unidade A, as reuniões de equipe acontecem sempre que necessário, para discussão de casos e outros assuntos. Na unidade B acontece uma reunião semanal com data e hora estabelecida e quando necessário, surgem outros momentos de encontro para discussão e resolução dos assuntos necessários.

4.1.5 PROCESSO DE ALTA E TRANSFERÊNCIAS

As unidades estudadas sugerem que o processo de alta qualificada do paciente se inicia logo no momento da admissão, uma vez que assim que admitido é submetido à investigação social, inicia-se o processo de reuniões familiares, e se comunica ao município a previsão de alta. Com isso é possível que com antecedência, os envolvidos no processo de continuidade do cuidado, juntamente com a UCP, possam articular a rede, propiciando adequações necessárias para o pós alta. Conforme sugere a figura 12.

Para que a alta na UCP seja considerada qualificada são considerados os seguintes processos:

1. Comunicação de admissão e previsão de alta à atenção básica do município de destino

2. Reunião familiar para avaliação do domicílio e orientações de adaptação e acessibilidade. Os acordos realizados nessa reunião são acompanhados durante toda internação. Em alguns casos é utilizado um checklist de avaliação domiciliar, para facilitar o processo de compreensão e orientação do ambiente. (ANEXO J)

3. Reunião familiar para educação em saúde, orientação da patologia, explicação sobre o PTS, as evoluções e prognósticos do paciente e necessidades e garantias de continuidade do cuidado pós alta.

4. Treinamentos com os cuidadores (quando necessário), tais como manejo de sondas, transferências, treinos funcionais.

5. Definição da data de alta, articulação com as políticas públicas, família e demais equipamentos de suporte à comunidade (igrejas, vizinhos, centros comunitários) e referenciamento.

6. Preparação do paciente para a alta.

7. Reaplicação de instrumentos de avaliação e mensuração

8. Elaboração de relatórios e formulários de alta. São elaborados relatórios individuais das terapias executadas, bem como um relatório geral, cuja composição é igual nas duas unidades estudadas, conforme demonstra o anexo K.

9. Orientações finais, entrega dos relatórios e documentos de acesso aos equipamentos no município (todos os pacientes saem da unidade com consulta médica com clínico geral agendada e terapias agendadas, orientação para aquisição de medicamentos e outros materiais necessários, como fraldas, suplementos alimentares, entre outros) e despedida.

Os procedimentos de alta das unidades são executados de forma semelhantes e estão descritos em um POP, oferecido como documento de coleta de dados, por uma das unidades estudadas. (ANEXO L)

Quando um paciente e/ou família decide por uma alta antes do previsto e determinado pela equipe multiprofissional, é possível realizar um processo de alta à pedido, no qual a família é orientada e são assinados termos de responsabilidade. Quando possível, a equipe tenta articular a alta desse paciente, mesmo que não previamente programada, para que o mesmo possa dar continuidade à seu tratamento no município de destino.

Em casos em que há uma descompensação e/ou agudização do quadro clínico do paciente, há uma pactuação realizada entre UCP-DRS-VIII-Hospital Geral, garantindo vaga ao paciente da UCP, permitindo assim o acesso e transferência imediata do mesmo para o Hospital Geral, dessa forma, o paciente recebe as

primeiras intervenções médicas na própria unidade e em seguida é encaminhado para assistência hospitalar de maior complexidade. Após estabilização do quadro, caso paciente ainda tenha critérios de elegibilidade para continuar o seguimento na UCP, pode ser referenciado novamente para a unidade.

Uma alta qualificada garante à unidade exercer a proposta em se tornar uma unidade denominada de "ligação", ou ainda de unidade "ponte" entre o hospital geral e atenção básica, dando subsídio para o usuário retornar para o lar reabilitado ou ainda mais adaptado às suas deficiências. (MIRALLES; ESPERANZA; VÁZQUEZ, 2005)

Vale considerar que o presente estudo se trata de uma pesquisa descritiva e exploratória na perspectiva dos profissionais e portanto os casos de cada indivíduos não foram qualificados, analisados e comentados. Os indicadores de produção e qualificação da gestão estão abaixo, no entanto.

4.2 INDICADORES DE PRODUÇÃO E QUALIFICAÇÃO NA GESTÃO DAS UNIDADES NO ANO DE 2016

Uma vez que esse trabalho se dispõe a transitar sobre a organização e processo de trabalho das UCP, torna-se de fundamental importância um olhar sobre os indicadores de produção e qualificação para gestão produzidos por essas unidades. Segundo Remor (2010), uma gestão de saúde que utilizasse os indicadores como apoio no planejamento e na tomada de decisão estariam mais pautadas na realidade das condições de seus usuários, no perfil epidemiológico e nas necessidades de saúde (REMOR et al, 2010).

Mediante o uso de indicadores há a construção de espaço onde ocorra a contratação dos objetivos institucionais, elaboração dos planos operativos, acompanhamento e avaliação de processos e resultados (CAMPOS; AMARAL, 2007).

4.2.1 TAXA DE OCUPAÇÃO

Tabela 2 - Taxa de ocupação dos leitos de UCP no ano de 2016

| TAXA DE OCUPAÇÃO - 2016 | | |
|--------------------------------|------------------|------------------|
| Período | Unidade A | Unidade B |
| JANEIRO | 86,13% | 81,96% |
| FEVEREIRO | 81,55% | 57,21% |
| MARÇO | 81,94% | 65,25% |
| ABRIL | 77,00% | 88,03% |
| MAIO | 81,77% | 86,80% |
| JUNHO | 81,83% | 81,67% |
| JULHO | 84,35% | 75,66% |
| AGOSTO | 84,52% | 78,59% |
| SETEMBRO | 85,83% | 87,12% |
| OUTUBRO | 80,81% | 73,60% |
| NOVEMBRO | 83,50% | 57,88% |
| DEZEMBRO | 76,94% | 57,62% |
| 2016 | 82,18% | 74,28% |

Ao observar a tabela 2 é possível identificar que durante o ano de 2016, a taxa de ocupação dos leitos UCP estão predominantemente próximos dos 80%. Considerando o auto investimento econômico e o potencial de intervenção que a unidade se propõe, estabelece-se adequado como meta manter a taxa de ocupação entre 75 a 85% para se enquadrar dentro das recomendações do MS. Dessa forma, considerando que com aproximados 3 anos de funcionamento não se trata mais de unidades com implantação recente, pode-se considerar que durante a maior parte do ano avaliado nesse trabalho, a unidade se enquadrou às recomendações nacionais.

Entretanto, é importante destacar que a unidade B, durante 4 meses do ano de 2016, apresentou índices significativamente abaixo do índice esperado, alcançando apenas a média de sua capacidade de funcionamento.

O MS refere que a taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital, bem como uma inadequada utilização deste recurso, indicando falha no planejamento do hospital, índices de satisfação baixos ou ainda, inadequada articulação com a rede de serviços. (BRASIL, MS, 2012).

Diante do exposto, faz-se necessário compreender os motivos e os resultados encontrados. Peixoto (2015) levanta como uma das hipóteses para a dificuldade do acesso dos usuários, o preenchimento de relatórios e rotinas burocráticas que tendem a dificultar o encaminhamento das EGA's que, por vezes, acabam por referenciar o usuário para o domicílio. Também aponta que, em momentos aonde a equipe referenciadora localizada no hospital geral não está consolidada e não tem conhecimentos sobre a assistência em RAS e leitos de retaguarda, além de um sistema de alta planejada, é esperado que haja, conseqüentemente, uma diminuição dos indicadores de ocupação na unidade de retaguarda (PEIXOTO, 2015)

4.2.2 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

Tabela 3 - Tempo médio de permanência dos pacientes, nos leitos UCP, no ano de 2016.

| TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA - JANEIRO À DEZEMBRO 2016 | | | | |
|---|------------------|-------|------------------|-------|
| Tempo de permanência | Unidade A | | Unidade B | |
| 0 a 30 dias | 52 | 41,3% | 33 | 26,4% |
| 31 a 45 dias | 23 | 18,2% | 32 | 25,6% |
| 46 a 60 dias | 22 | 17,5% | 34 | 27,2% |
| 61 dias ou mais | 29 | 23% | 26 | 20,8% |
| Total | 126 altas | 100% | 125 altas | 100% |

As unidades de convalescença destinam-se ao tratamento de situações pós-agudas, com necessidade de recuperação intensiva, nomeadamente no âmbito da reabilitação da pessoa, na sequência de internação hospitalar ou agudização de

doença crônica cujo tratamento não exija recursos de um hospital de agudos. Destinando-se a internações com previsibilidade de até trinta dias consecutivos (PEREIRA, 2011).

Apesar da previsibilidade dos 30 dias, conforme modelo de convalescença adotado pelas UCP, ao analisar a tabela 3 é possível identificar que na unidade A, apenas 41,3% das internações foram realizadas dentro do tempo previsto e na unidade B esse valor é ainda menor (26,4%). Um dos motivos desse valor ser menor na unidade B pode estar relacionado com a maior incidência de referenciamento desta unidade ser realizada por um hospital terciário (conforme apresentado no item 4.1.1.1), o que pode estar co-relacionado à um grau de complexidade maior dos casos referenciados, necessitando por conseguinte um tempo maior de intervenção.

Um aspecto a ser considerado de acordo com a portaria 2.809, em seu artigo 30. onde fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal destinado às UCP e/ou HCP habilitados, há uma redução progressiva do valor das diárias, incentivando as unidades que o processo de intervenção e alta se dê preferencialmente nos primeiros 2 meses de internação. Conforme demonstrado abaixo:

I - diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) por leito de UCP e HCP, até o 60º dia de internação;

II - diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) por leito de UCP e HCP, a partir do 61º dia de internação; e

III - valor atual da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a partir do 91º dia de internação.

Quando se analisa o modelo Português da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a Unidade de convalescença apenas coexiste com a de média permanência e de cuidados paliativos. Na legislação brasileira (portaria 2.809) não há limites ou restrições, de maneira que usuários, em fase terminal, por exemplo, poderiam ser admitidos, porém tal estratégia alteraria o perfil de usuários atendidos, necessitando se reestruturar e reorganizar o serviço prestado, da equipe e do tempo de intervenção. (PEIXOTO, 2015)

4.2.3 PERFIL DO USUÁRIO INTERNADO

Tabela 4 - Incidência de patologias nas altas realizadas nas UCP no ano de 2016, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID-10), com relevância estatística.

| CID | | Unidade A | Unidade B |
|---------------------------------|---|-----------|--------------|
| Doenças cardiovasculares | | | |
| I64 | Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico | 35 | 85 |
| I69 | Seqüelas de doenças cerebrovasculares | 10 | - |
| I68 | Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte | 02 | - |
| I67 | Outras doenças cerebrovasculares | 01 | - |
| Total: | | 48 | 38,1% |
| | | | 85 |
| | | | 68% |
| Fraturas | | | |
| S72 | Fratura do Fêmur | 31 | 10 |
| S42 | Fratura do ombro e do braço | 02 | - |
| S32 | Fratura da coluna lombar e da pelve | 02 | - |
| Total: | | 35 | 27,8% |
| | | | 10 |
| | | | 8% |
| Traumatismos | | | |
| T90 | Seqüelas de traumatismo da cabeça | 02 | 01 |
| S06 | Traumatismo intracraniano | 02 | - |
| S14 | Traumatismo de nervos e da medula espinhal ao nível cervical | - | 02 |
| S34 | Traumatismo dos nervos e da medula lombar ao nível do abdome, do dorso e da pelve | - | 01 |
| T91.3 | Seqüelas de traumatismo de medula espinhal | - | 01 |
| T06 | Outros traumatismos envolvendo regiões múltiplas do corpo, não classificados em outra parte | 01 | - |

Continua

| CID | | Unidade A | | Unidade B | |
|---------------|--|-----------|-------------|-----------|-----------|
| T09 | Outros traumatismos de coluna e tronco, nível não especificado | 01 | | | |
| G82 | Paraplegia e tetraplegia | 01 | | - | |
| Total: | | 07 | 5,6% | 05 | 4% |
| I83 | Varizes dos membros inferiores | 8 | 6,4% | - | |
| L89 | Úlcera de decúbito | 06 | 4,8% | 01 | - |
| S91 | Ferimentos do tornozelo e do pé | 05 | 4% | - | |

Conclusão

Além das patologias apresentadas na tabela 4, também foram admitidos usuários com todas as outras patologias descritas abaixo. Foram explicitadas na tabela patologias com 5 admissões no ano ou mais.

A41 Outras septicemias, A46 Erisipela, C71 Neoplasia Maligna do Encéfalo, D32 Neoplasia benigna das meninges, E10 Diabetes mellitus insulino dependente, E11 Diabetes mellitus não insulino-dependente, E43 Desnutrição proteico-calórica grave não especificada, E44 Desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve, G23 Outras doenças degenerativas dos gânglios da base, G32.1 Polineuropatia Alcolica, G37.3 Mielite transversa aguda em doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, G61 Polineuropatia inflamatória, G61.0 Síndrome de Guillain Barré G93 Outros transtornos do encéfalo, I80.3 Flebite e tromboflebite dos membros inferiores, não especificada, J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, J90 Derrame pleural não clasificado em outra parte, J96 Insuficiência respiratória não classificada de outra parte, K40 Hérnia inguinal, K74 Fibrose e cirrose hepáticas, K92 Outras doenças do aparelho digestivo, M16 Coxartrose, M17 Gonartrose, M23 Trasntornos internos dos joelhos, M50 Transtornos de discos cervicais, M51 Outros transtornos de discos intervertebrais, M72.6 Fasciíte Necrosante, M88 Doença de Paget do osso (osteíte deformante)N49 Transtornos inflamatórios de órgãos genitais masculinos, não classificados em outra parte, R10 Dor abdominal e pélvica, S88.9 Amputação traumática da perna ao nível não especificado e T34.8 Gelatura, com necrose de tecidos, tornozelo e do pé.

A partir da análise da tabela 4 é possível detectar que o perfil de pacientes internados é composto predominantemente por pacientes acometidos por doenças cardiovasculares, com um percentual de 38,1% das admissões na unidade A e 68% na unidade B, no ano de 2016. Seguidos das fraturas, com enfoque na fratura de fêmur (27,8% na unidade A e 8% na unidade B) e dos traumatismos (5,6% na unidade A e 4% na unidade B)

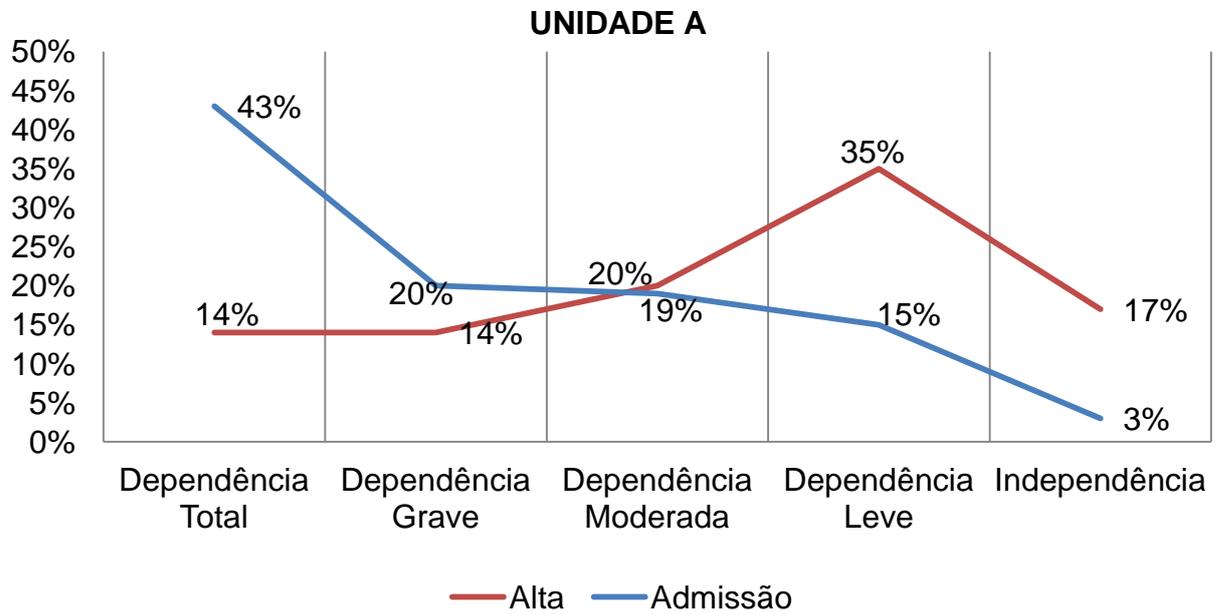
Os dados encontrados, seguem os dados apresentados pela SES-SP em relação às principais causas de internação na RRAS-13, de doenças incapacitantes (SES-SP, 2012). Também seguem as características de admissões das unidades portuguesas de CCI, onde no momento da admissão, há majoritariamente a incidência de doenças do aparelho circulatório, seguidas pelos traumatismos que, em conjunto, detêm um pouco mais de 80% dos diagnósticos principais (SILVA, 2017).

4.2.4 EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Conforme foi descrito no item 4.1.2.1.1 ao ser admitido na UCP e no momento da sua alta qualificada, o usuário é submetido à algumas escalas com a finalidade de avaliação da intervenção oferecida e da mensuração da melhora obtida. O Índice de Barthel é o instrumento utilizado nas unidades estudadas para mensurar a independência funcional nas AVD's.

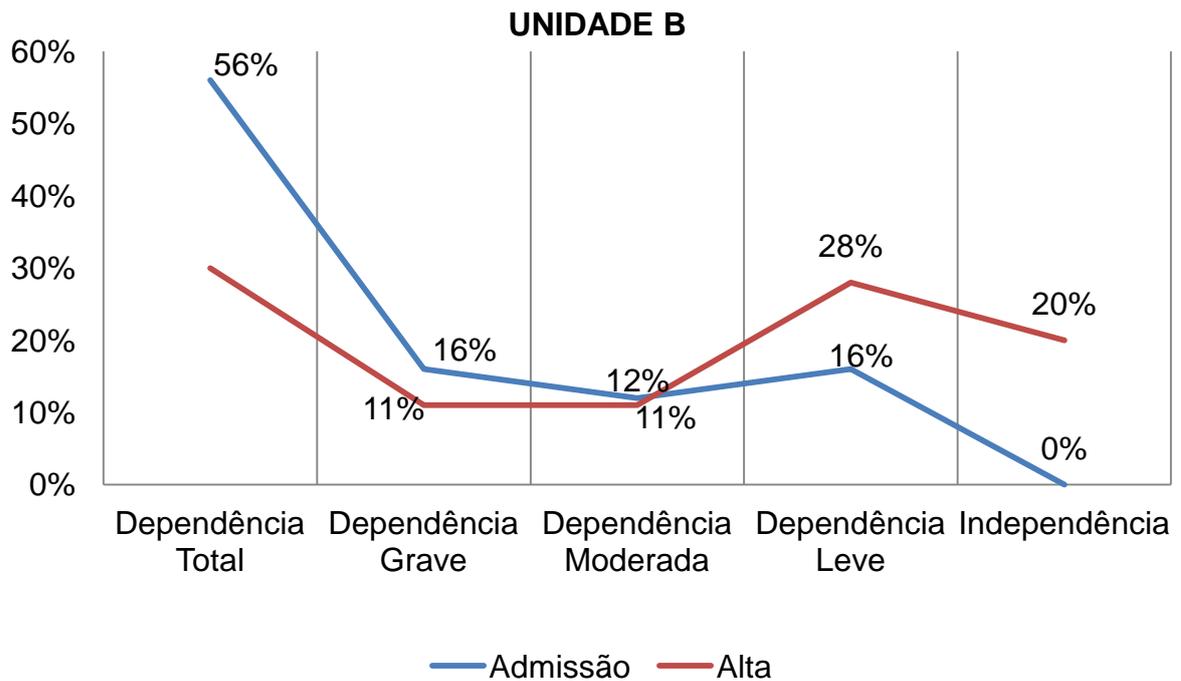
Na figura 13 e 14 tem-se a evolução da capacidade funcional dos pacientes nas unidades A e B respectivamente, os valores obtidos à seguir consideram todas as altas no período de 2016, inclusive aqueles à pedido, ou por outros motivos, das quais possam não ter sido altas qualificadas, ou seja, pactuadas com o município de origem ou DRS-VIII. Não são consideradas nesse dado as agudizações e/ou reinternações hospitalares (transferências), bem como óbitos.

Figura 13. Evolução da capacidade funcional dos usuários admitidos na unidade A no ano de 2016. Mensuração realizada no momento da admissão e alta dos usuários.



Fonte: Indicadores de gestão, UCP-Ipuã

Figura 14. Evolução da capacidade funcional dos usuários admitidos na unidade A no ano de 2016. Mensuração realizada no momento da admissão e alta dos usuários.



Fonte: Indicadores de gestão, UCP-Pedregulho

A partir da análise dos gráficos, é notória a evolução da capacidade funcional quando comparados ao momento da admissão e da alta dos usuários em ambas unidades

Ao se observar a figura 13 constata-se um aumento da proporção dos usuários com melhora funcional na unidade A. Em relação à dependência total, o índice caiu de 43% de pacientes no momento da admissão para 14% no momento da alta, os dados continuam a evidenciar queda em relação à dependência grave (de 20% para 14%). A diminuição dos valores nesses itens, representam um impacto positivo da internação em relação à capacidade funcional dos usuários. A partir da dependência moderada, os dados começam indicar aumento, subindo de 19% para 20%, na dependência leve de 15% para 35 % e na independência de 3% para 17%. Assim, no momento da alta, os usuários apresentam uma capacidade funcional significativamente mais elevada e menor índice de dependência.

Da mesma forma, ao se observar a figura 14 constata-se um aumento da proporção dos usuários com melhora funcional na unidade B. Em relação à dependência total, o índice que apresentava o valor de 56% no momento da admissão desceu para 30% no momento da alta, os dados continuam a evidenciar queda em relação à dependência grave (de 16% para 11%) e na dependência parcial (de 12% para 11%). Sendo possível afirmar também que a diminuição dos valores nesses itens, representam um impacto positivo da internação em relação à capacidade funcional dos usuários. Ao passo que a partir dependência leve os valores apresentam importante acréscimo, saltando de 16% para 28 % e na independência de 0% para 20%. Assim, no momento da alta, os usuários apresentam uma capacidade funcional significativamente mais elevada e menor índice de dependência.

Ao considerar que a unidade estudada se propõe a fazer a reabilitação de pacientes pós agudos com perda da capacidade funcional potencialmente recuperáveis, a análise dos dados referentes ao processo de evolução da capacidade funcional são cruciais na perspectiva de uma avaliação e entendimento da qualidade, eficácia e eficiência do trabalho desenvolvido. Portanto, os dados aqui apresentados são de grande relevância haja vista a perspectiva do processo de trabalho.

Atualmente, as ações de reabilitação no Brasil ainda se dão em uma rede precária e desarticulada, com dificuldade de comunicação, e não contemplam uma política integral de atendimento às incapacidades (RIBEIRO et al. , 2010).

Assim sendo, o modelo assistencial aqui estudado, conforme esperado, aparenta ser eficiente no que se refere ao processo de reabilitação. Em estudos portugueses, conforme demonstrado por Silva, também é possível constatar que os usuários submetidos à internação em CCI, obtiveram maior nível de capacidade funcional, ou seja, um aumento da independência, tendo em conta a sua situação, no momento da admissão e no momento da alta. (SILVA, 2017).

4.3. CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO - PERCEPÇÃO DE CADA PROFISSIONAL

A finalidade do processo de trabalho em saúde é, por meio de alguma ação terapêutica, co-produzir saúde e o que define o trabalho em saúde é a necessidade colocada pelo sujeito que busca estes serviços. No entanto, a necessidade não se constitui unilateralmente. No caso do trabalho em saúde estão envolvidas as necessidades dos/as trabalhadores/as, dos usuários do serviço e as da instituição (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Neste tópico serão apresentados os resultados e discussão obtidos a partir da aplicação do questionário referente ao item 3.2.3 desse estudo. Para tanto, serão abordados o perfil dos participantes do estudo e o processo de trabalho dividido por blocos temáticos, condizentes aos blocos do questionário: trabalho em equipe, fluxo do usuário, prática clínica, estrutura / ambiente / materiais, gestão da qualidade e satisfação profissional.

Os dados serão dispostos em tabelas e em seguida discutidos. Será utilizado a terminologia 'equipe multiprofissional' (EM) para o grupo de profissionais de nível superior que desempenham suas atividades na UCP, tais como médico, fonoaudiólogo, enfermeiro, entre os demais. Será utilizado a terminologia 'equipe técnicos de enfermagem' (ETE) para o grupo de profissionais com formação técnica em enfermagem que desempenham suas atividades nas UCPs estudadas.

4.3.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O perfil dos participantes do estudo foi traçado com base no tempo de formação profissional, tempo de trabalho na UCP e se o profissional passou ou não por algum treinamento para compor a equipe de trabalho das UCP

Tabela 5 - Tempo de formação profissional dos participantes do estudo (em anos).

| Tempo de Formação Profissional (em anos) | | | | | |
|--|--------|-------------|-----------|--------|-------------|
| Unidade A | | | Unidade B | | |
| 0 - 5 | 5 - 10 | acima de 10 | 0 - 5 | 6 a 10 | acima de 10 |
| 6 | 5 | 2 | 5 | 6 | 2 |
| 46,1% | 38,5% | 15,4% | 38,46% | 46,15% | 15,38% |

Tabela 6 - Tempo de trabalho nas UCP dos participantes do estudo (em anos).

| Tempo de trabalho na UCP (em anos) | | | |
|------------------------------------|--------------|-----------|--------------|
| Unidade A | | Unidade B | |
| Até 1,5 | Acima de 1,5 | Até 1,5 | Acima de 1,5 |
| 4 | 9 | 3 | 10 |
| 30,8% | 69,2% | 23,1% | 76,9% |

Tabela 7 - Incidência de participação em treinamento para compor a equipe pelos participantes do estudo.

| Treinamento para compor a equipe | | | |
|----------------------------------|-------|-----------|-------|
| Unidade A | | Unidade B | |
| Sim | Não | Sim | Não |
| 6 | 7 | 5 | 8 |
| 46,1% | 53,9% | 38,5% | 68,5% |

Diante dos dados obtidos, pode-se identificar que o perfil é semelhante nas duas unidades, se tratando de uma equipe com tempo de formação predominantemente abaixo dos 10 anos, sendo que aproximadamente 40% estão da categoria dos 0 aos 5 anos, podendo ser considerados profissionais com formação recente.

Em relação ao tempo de trabalho na UCP, adotou-se as categorias até 1,5 anos e acima de 1,5 anos devido ao fato das unidades terem sido inauguradas em 2013. Dessa forma, pode-se inferir que cerca de 70% dos trabalhadores, estão inseridos no serviço por pelo menos metade do seu tempo de funcionamento.

Por fim, em relação à passar por algum tipo de treinamento para compor a equipe, nota-se que fica relativamente dividida a quantidade de profissionais que passaram, aos que não passaram por treinamento. Ainda em relação à esse assunto, diante das observações realizadas e dos documentos obtidos, identificou-se que houve apenas um treinamento oferecido à equipe, que ocorreu antes da inauguração das atividades e foi realizado pelo CEALAG, no DRS-VIII, bem como algumas atividades de formação com o mesmo grupo, via videoconferências, durante o primeiro ano de atividades, portanto é possível relacionar que os profissionais que sinalizaram terem passado por formação para compor à equipe, são profissionais que à compõe desde sua inauguração. Nesse sentido, fica possível inferir que durante os aproximadamente 3 anos de existência das UCPs, houve uma rotatividade profissional de cerca da metade da equipe.

4.3.2 PROCESSO DE TRABALHO: TRABALHO EM EQUIPE

Tabela 8 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Trabalho em Equipe'

| BLOCO TEMÁTICO: TRABALHO EM EQUIPE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 1. Eu tenho conhecimento do que é e como funciona uma Unidade de Cuidados Prolongados (UCP). | 8 | 5 | - | - | - | 4,9 | 4,0 | 4,6 | 10 | 3 | - | - | - | 4,8 | 4,8 | 4,8 |
| 2. Na UCP a equipe é multiprofissional e o trabalho é realizado como de forma interdisciplinar, entendendo que a interdisciplinaridade acontece com a interação e troca de saberes entre os profissionais, em um mesmo espaço, gerando ações recíprocas e mútuas, propiciando visões e práticas abrangentes para o usuário. (Amorim, Gattás, 2007) | 6 | 6 | 1 | - | - | 4,7 | 3,8 | 4,4 | 8 | 4 | 1 | - | - | 4,6 | 4,5 | 4,5 |
| 3. Eu me sinto integrante da equipe multiprofissional. | 7 | 2 | 1 | 3 | - | 4,4 | 3,0 | 4,0 | 8 | - | 2 | 2 | 1 | 4,8 | 2,0 | 3,9 |
| 4. Eu me sinto parte integrante e responsável pelo resultado final conquistado por cada usuário. | 7 | 5 | 1 | - | - | 4,6 | 4,3 | 4,5 | 10 | 3 | - | - | - | 4,9 | 4,5 | 4,8 |
| 5. Eu participo das reuniões de equipe. | 5 | 1 | 1 | 4 | 2 | 4,0 | 1,5 | 3,2 | 8 | 1 | - | 1 | 3 | 4,9 | 1,3 | 3,8 |
| 6. As reuniões de equipe acontecem de forma objetiva, dinâmica e eficaz. | - | 3 | 6 | 4 | - | 3,0 | 2,8 | 2,9 | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 3,8 | 2,5 | 3,4 |
| 7. Eu tenho acesso às informações que considero importantes para a minha melhor integração como parte da equipe. | 4 | 7 | 1 | 1 | - | 4,3 | 3,5 | 4,1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4,4 | 2,0 | 3,7 |
| 8. Eu considero que existe uma boa relação e comunicação entre os profissionais. | 3 | 6 | 3 | - | 1 | 4,1 | 3,0 | 3,8 | 3 | 6 | 1 | 3 | - | 3,9 | 3,3 | 3,7 |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | 4,3 | 3,2 | 3,9 | | | | | | 4,5 | 3,1 | 4,1 |

O bloco temático 'trabalho em equipe' é composto por 8 assertivas.

Ao realizar a análise desse bloco é possível inferir que os profissionais das quatro categorias analisadas sabem o que é e como funciona as UCPs, além de

concordarem sobre a equipe ser multiprofissional e atuar de forma intedisciplinar. Entretanto ao serem questionados sobre se sentirem integrantes da EM, as ETE não concordam com essa assertiva, sendo que os técnicos da equipe A tendem à indiferença e da equipe B discordam; embora todos se sintam importantes e responsáveis no resultado final conquistado por cada usuário.

Também é possível notar que há uma discrepância na resposta das EM em relação às ETE quando questionados sobre participarem da reunião de equipe, ficando evidente a não participação dos técnicos nas reuniões de ambas unidades.

As equipes da unidade A tendem à indiferença na relação da objetividade da reunião de equipe, na unidade B os profissionais da EM se inclinam a concordância e os ETE ficam entre a indiferença e a discordância.

Por fim, as EM acreditam ter um bom diálogo entre os trabalhadores, enquanto que a ETE tendem a indiferença. Na unidade B a ETE também acredita não ter acesso às informações que precisa para prática do trabalho.

De modo geral nesse bloco o maior destaque se dá para o distanciamento das ações entre EM e ETE. Deixando claro a dificuldade de integração dessas duas condições profissionais, atuantes diretamente nos cuidados aos usuários em uma mesma proposta de intervenção, sem conseguir compor a interdisciplinaridade entre elas.

Para Matos, Pires e Campos, no campo da saúde esta discussão tem aberto, nas últimas décadas, um amplo espaço de debates, tanto no que diz respeito à produção acadêmica quanto à prestação dos serviços de saúde. Embora se fale incessantemente da interdisciplinaridade, muitas são as dificuldades de seu exercício na prática dos serviços de saúde, conforme demonstra assertiva 3, 5 e a 7 na qual fica evidente a discordância dos técnicos (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Para que a interdisciplinaridade seja plenamente realizada em uma equipe requer destaque a natureza das relações de trabalho nestas equipes de todos os membros que a compõem. O trabalho interdisciplinar pressupõe novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que os/as trabalhadores/as estabelecem entre si e com os usuários do serviço, buscando

ouvir e gerar consenso entre todos os envolvidos. (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Sobre a reunião de equipe, fator crucial no processo de integralidade e interdisciplinaridade, o Ministério da Saúde define que a mesma não é um espaço apenas para que um líder se manifeste e delegue funções. Na clínica ampliada a reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião, associado à objetividade nas reuniões. Vale considerar que nessa abordagem as exigências são muitas e que para um bom desenvolvimento do processo de trabalho uma maturidade da equipe é a primeira tarefa à ser alcançada (MS, 2007).

4.3.3 PROCESSO DE TRABALHO: FLUXO DO USUÁRIO

Tabela 9 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Fluxo do Usuário'

| BLOCO TEMÁTICO: FLUXO DO USUÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|--------------|----------|---|---|---|-----|-----|------------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 9. O sistema de sinalização do usuário para a UCP é eficaz e efetivo. | 5 | 2 | 5 | 1 | - | 4,3 | 2,8 | 3,8 | - | 3 | 2 | 7 | 1 | 2,7 | 2,3 | 2,5 |
| 10. O sistema de referenciamento da UCP para o município de origem é eficaz e efetivo. | 4 | 7 | 2 | - | - | 4,4 | 3,5 | 4,2 | 5 | 6 | 1 | 1 | - | 4,2 | 4,0 | 4,2 |
| 11. O sistema de admissão do usuário na UCP é eficaz e efetivo. | 5 | 7 | 1 | - | - | 4,6 | 3,8 | 4,3 | 3 | 7 | 2 | 1 | - | 4,2 | 3,3 | 3,9 |
| 12. O sistema de alta do usuário é realizado de forma responsável e seguro. | 5 | 7 | - | 1 | - | 4,6 | 3,5 | 4,2 | 7 | 5 | 1 | - | - | 4,6 | 4,3 | 4,5 |
| 13. A UCP auxilia os familiares no acesso ao transporte para frequentar a unidade. | 4 | 2 | 3 | 4 | - | 4,0 | 2,3 | 3,5 | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | 2,1 | 2,5 | 2,2 |
| 14. A continuidade do cuidado é assegurada pelo município de origem. | 4 | 3 | 6 | - | - | 4,1 | 3,3 | 3,8 | 3 | 3 | 3 | 4 | - | 3,2 | 3,8 | 3,4 |

Continua

| ASSERTIVAS | A | | | | | B | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 15. A UCP realiza contato com usuários egressos para acompanhamento da continuidade do cuidado após a alta. | 1 | 7 | 5 | - | - | 3,8 | 3,5 | 3,7 | - | 6 | 2 | 4 | 1 | 2,8 | 3,5 | 3,0 |
| 16. Após o usuário receber alta da UCP, a unidade se transforma em um espaço de retaguarda aos usuários e suas famílias, para que eles possam retirar dúvidas e ansiedades em relação a continuidade do seu tratamento. | 1 | 4 | 6 | 2 | - | 3,2 | 3,5 | 3,3 | 5 | 7 | 1 | - | - | 4,4 | 4,0 | 4,3 |
| 17. Em casos em que a unidade está com todos os leitos ocupados, a admissão de novos usuários é feita via lista de espera. | 6 | 6 | 1 | - | - | 4,4 | 4,3 | 4,4 | 9 | 3 | 1 | - | - | 4,9 | 4,0 | 4,6 |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | 4,2 | 3,4 | 3,9 | | | | | | 3,7 | 3,5 | 3,6 |

Conclusão

O presente bloco temático é composto por 9 assertivas.

De modo geral, em relação ao fluxo do usuário, a resposta dos profissionais se aproximam à concordância, aparentando proximidade entre às propostas da clínica ampliada e da gestão da clínica no aspecto discutido por este bloco.

Todavia, alguns pontos de destaque precisam ser considerados. Em relação ao sistema de sinalização, os profissionais da unidade B tendem à discordância ao considerar que o mesmo seja eficaz e efetivo, assim como a ETE da unidade A.

Outro destaque é para o fato de a unidade B discordar que a UCP auxilia os familiares no acesso ao transporte para frequentar a unidade, deixando claro que nessa unidade a prática desse item não é habitualmente realizada. Na unidade A, a EM concorda com a assertiva, embora sua ETE discorde.

Variações aparentes nesse bloco temático permite refletir que a concordância ou discordâncias das assertivas não necessariamente se tratam de as práticas apresentadas serem ou não realizadas, de forma determinista, mas sim aparentam demonstrar à expectativa dos profissionais do que seria ideal frente à realidade

vivenciada, assim sendo, as práticas aparentam ser realizadas, mas não o suficiente para o que seria ideal na concepção dos profissionais.

4.3.4 PROCESSO DE TRABALHO: PRÁTICA CLÍNICA

Tabela 10 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Prática Clínica'

| BLOCO TEMÁTICO: PRÁTICA CLÍNICA | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 18. Na minha anamnese, além dos levantamentos físicos e da doença, eu procuro escutar a história de vida dos usuários e acompanhantes. | 7 | 6 | - | - | - | 4,8 | 4,0 | 4,5 | 9 | 4 | - | - | - | 4,8 | 4,5 | 4,7 |
| 19. Em minha opinião, os demais membros da equipe, consideram em sua anamnese, além dos levantamentos físicos e da doença, a história de vida dos usuários e acompanhantes. | 5 | 6 | 2 | - | - | 4,4 | 3,8 | 4,2 | 4 | 6 | - | 1 | - | 3,9 | 4,0 | 3,9 |
| 20. Eu procuro descobrir o sentido da doença para o usuário e quais as relações causais que o indivíduo atribui ao seu adoecimento. | 7 | 4 | 2 | - | - | 4,7 | 3,8 | 4,4 | 4 | 8 | - | 1 | - | 4,1 | 4,3 | 4,2 |
| 21. Em minha opinião, os demais membros da equipe procuram descobrir o sentido da doença para o usuário e quais as relações causais que o indivíduo atribui ao seu adoecimento. | 5 | 6 | 2 | - | - | 4,6 | 3,5 | 4,2 | 3 | 8 | 1 | - | 1 | 3,9 | 4,0 | 3,9 |
| 22. Eu procuro saber as expectativas, projetos e sonhos do usuário. | 4 | 4 | 4 | 1 | - | 4,0 | 3,5 | 3,8 | 4 | 6 | 2 | 1 | - | 4,1 | 3,8 | 4,0 |
| 23. Em minha opinião, os demais membros da equipe procuram saber as expectativas, projetos e sonhos do usuário. | 5 | 5 | 3 | - | - | 4,3 | 3,8 | 4,2 | 3 | 8 | 1 | - | 1 | 4,0 | 3,8 | 3,9 |
| 24. Eu sei o que é Projeto Terapêutico Singular (PTS). | 5 | 4 | 2 | 2 | - | 4,6 | 2,5 | 3,9 | 8 | 2 | 2 | - | 1 | 4,9 | 2,8 | 4,2 |
| 25. Eu participo da elaboração do PTS. | 6 | 3 | 3 | - | 1 | 4,7 | 2,5 | 4,0 | 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4,4 | 1,8 | 3,6 |

Continua

| ASSERTIVAS | A | | | | | B | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|--------------|---|---|----|---|-----|-----|------------|
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 26. Eu considero que o PTS elaborado na unidade em que trabalho, é realizado com base em uma revisão conjunta do diagnóstico, uma avaliação de riscos e são definidas intervenções, tarefas e responsabilidades. | 3 | 1 | 5 | 3 | 1 | 3,7 | 2,0 | 3,2 | 4 | 3 | 2 | 4 | - | 3,8 | 3,0 | 3,5 |
| 27. A forma como o PTS é elaborado é eficaz e efetivo. | 2 | 8 | 3 | - | - | 4,1 | 3,5 | 3,9 | 2 | 2 | 2 | 7 | - | 3,1 | 2,5 | 2,9 |
| 28. A opinião e percepção do usuário são levadas em consideração, ao se construir o PTS. | - | 5 | 5 | 3 | - | 3,4 | 2,5 | 3,2 | 2 | 4 | 3 | 4 | - | 3,4 | 3,0 | 3,3 |
| 29. Após a confecção do PTS o mesmo é discutido, conjuntamente, com o usuário e seus familiares/cuidadores, sendo esclarecidos os objetivos das intervenções propostas, as opções de tratamento e o plano de ação, gerando responsabilização do processo terapêutico. | - | 2 | 6 | 5 | - | 2,9 | 2,5 | 2,8 | - | 6 | 4 | 3 | - | 3,1 | 3,5 | 3,2 |
| 30. Os usuários e suas famílias/cuidadores são suficientemente informados e orientados em relação ao quadro clínico, evolução e processo de tratamento a ser realizado na UCP. | 5 | 7 | - | 1 | - | 4,6 | 4,3 | 4,5 | 2 | 9 | 2 | - | - | 4,2 | 3,5 | 4,0 |
| 31. Eu considero que as atividades que compõem a rotina do usuário na unidade, são suficientes. | 6 | 7 | - | - | - | 4,4 | 3,5 | 4,2 | - | - | 2 | 11 | - | 2,1 | 2,3 | 2,2 |
| 32. Eu considero que a quantidade de terapia oferecida é suficiente. | 2 | 6 | 3 | 2 | - | 3,9 | 3,0 | 3,6 | - | 3 | 3 | 7 | - | 2,9 | 2,3 | 2,7 |
| 33. São realizados, regularmente, grupos e atividades para integração entre os usuários. | 4 | 7 | - | 1 | 1 | 4,4 | 2,8 | 3,9 | 1 | 1 | 2 | 9 | - | 2,4 | 2,8 | 2,5 |
| 34. São desenvolvidos grupos e atividades de educação em saúde, assim como espaços de diálogo, aonde são discutidos temas de interesse do usuário e cuidadores. | 3 | 7 | 1 | 2 | - | 4,3 | 2,8 | 3,8 | - | 2 | 2 | 8 | 1 | 2,3 | 2,5 | 2,4 |

Continua

| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--|--|
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | | |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | | |
| 35. Na unidade em que atuo, o horário da visita hospitalar é amplo e flexível. | 1 | 9 | - | - | 3 | 3,0 | 4,3 | 3,4 | 9 | 3 | - | - | 1 | 4,9 | 3,5 | 4,5 | | |
| 36. Na unidade em que atuo, o acompanhante pode permanecer em horário integral. | - | - | 1 | 7 | 5 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 9 | 3 | - | - | 1 | 4,8 | 3,8 | 4,5 | | |
| 37. A quantidade de profissionais é suficiente. | 1 | 4 | 2 | 4 | - | 3,4 | 2,5 | 3,2 | 2 | 3 | 1 | 5 | 2 | 2,9 | 2,8 | 2,8 | | |
| 38. Existem protocolos para direcionar as práticas clínicas. | 4 | 3 | 2 | 4 | - | 4,0 | 2,5 | 3,5 | 4 | 5 | 2 | 2 | - | 4,2 | 3,0 | 3,8 | | |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | 4,0 | 3,1 | 3,7 | | | | | | 3,7 | 3,2 | 3,6 | | |

Conclusão

O bloco temático referente a prática clínica contém 20 assertivas.

Sobre a prática clínica, a partir da análise dos dados, é possível inferir que os profissionais tem um olhar amplo sobre o usuário, englobando não só sua patologia, mas condições biopsicossociais, sonhos e expectativas; além de conseguirem observar essa prática também nos seus parceiros de trabalho. Este aspecto se traduz em uma conduta oportuna e valiosa dos profissionais, já que a falta de atenção dos/as profissionais de saúde na prestação de cuidados, se revelam como queixas recorrentes. Pesa negativamente na relação usuário/profissional a impessoalidade, e as relações superficiais que os/as trabalhadores/as têm mantido com a pessoa que busca estes serviços.

Segundo o MS, é fundamental procurar conhecer quais os projetos e desejos do usuário. Os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos, ou não, mas não podem ser ignorados (MS, 2007).

"A atenção das equipes e a disponibilidade para conversarem, ouvirem as situações que envolvem a vida e a doença e as dificuldades familiares, são consideradas como fator positivo no atendimento que recebem.[...] Nas equipes interdisciplinares os usuários dispõem de acesso aos profissionais, o vínculo é percebido pela confiança depositada pelos usuários nos profissionais, na equipe e na atenção recebida, destacando-se

o processo de acolhimento e de escuta de suas necessidades (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009).

Nas assertivas referentes ao PTS, fica evidente que as discordâncias transitam nas opiniões das ETE tanto da unidade A quanto B. Os técnicos não tem claro para si o que é o PTS, o que pode ser explicado pelo fato de não comporem o grupo responsável pela elaboração do mesmo, além de complementar os dados obtidos no bloco temático referente ao trabalho em equipe, aonde os mesmos não participam da reunião de equipe.

O MS, em sua cartilha sobre o PNH - humanizaSUS ,define que PTS é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. Assim sendo, não dar voz e escuta efetiva às ETE é também perder um potencial de conhecimento de profissionais que cuidam do usuário de uma forma muito íntima (MS, 2007). Ainda sobre o PTS, a unidade B aparenta não se aproximar da concordância sobre a efetividade na construção do PTS. As unidades demonstrando necessitar de melhorias no diálogo para elaboração do mesmo, na perspectiva da intersicliplaridade, mas principalmente na relação conjunta com usuários e familiares, durante seu desenvolvimento .

Ao que se refere à rotina da unidade quantidade de terapias e atividades oferecidas, fica evidente que a unidade B se encontra menos satisfeita com a intervenção que consegue oferecer, além de seus profissionais, juntamente com a ETE da unidade A, acreditarem faltar profissionais para desempenhar o trabalho.

Por fim, um aspecto da prática clínica que fica evidente na unidade A é o fato do acompanhante não poder permanecer com o usuário em tempo integral. Para Campos e Amaral (2007), uma das formas de ampliar a possibilidade do usuário e de seus familiares participarem do processo de gestão e dos projetos terapêuticos se refere à presença de acompanhantes; somar ao paciente alguém de sua confiança, tanto para companhia e apoio quanto para participar de momentos do projeto terapêutico em que o paciente e clínico julgarem convenientes (CAMPOS, AMARAL, 2007).

De modo geral neste bloco temático, há uma inclinação à concordância das ações da UCP, norteadas para os modelos teórico-operacionais adotados, contudo sugerindo importantes ajustes nos quisitos acima discutidos.

4.3.5 PROCESSO DE TRABALHO: ESTRUTURA / AMBIENTE / MATERIAIS

Tabela 11 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Estrutura / Ambiente / Materiais'

| BLOCO TEMÁTICO: ESTRUTURA / AMBIENTE / MATERIAIS | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|----|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---|---|----|---|------------|------------|------------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | B | | | | | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 39. A infraestrutura é adequada e acessível. | 2 | 8 | 2 | 1 | - | 4,0 | 3,5 | 3,8 | 3 | 7 | 2 | - | 1 | 4,2 | 3,0 | 3,8 |
| 40. A infraestrutura oferece condições satisfatórias de trabalho. | 5 | 7 | - | 1 | - | 4,6 | 3,5 | 4,2 | 2 | 7 | 1 | 3 | - | 3,7 | 3,5 | 3,6 |
| 41. As instalações da UCP buscam não se assemelhar a uma unidade hospitalar. | 2 | 11 | - | - | - | 4,2 | 4,0 | 4,2 | 3 | 8 | 1 | 1 | - | 3,9 | 4,3 | 4,0 |
| 42. O ambiente é agradável e acolhedor, favorecendo o processo terapêutico. | 3 | 10 | - | - | - | 4,3 | 4,0 | 4,2 | 3 | 5 | 3 | 2 | - | 3,4 | 4,3 | 3,7 |
| 43. A manutenção e reparo do espaço físico e equipamentos é realizado de forma rápida e eficiente. | 5 | 7 | 1 | - | - | 4,4 | 4,0 | 4,3 | - | 1 | 2 | 10 | - | 2,0 | 3,0 | 2,3 |
| 44. Os materiais necessários para o bom andamento da UCP estão sempre disponíveis. | 7 | 5 | 1 | - | - | 4,6 | 4,3 | 4,5 | - | - | 4 | 9 | - | 2,1 | 2,8 | 2,3 |
| 45. Os profissionais e terapeutas possuem os recursos que julgam necessários para sua prática. | 5 | 6 | 2 | - | - | 4,6 | 3,5 | 4,2 | - | 3 | 4 | 6 | - | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| 46. O serviço de lavanderia funciona de forma eficaz. | 7 | 6 | - | - | - | 4,7 | 4,3 | 4,5 | 2 | 4 | 2 | 5 | - | 3,1 | 3,5 | 3,2 |
| 47. O serviço de limpeza funciona de forma eficaz. | 9 | 4 | - | - | - | 4,9 | 4,3 | 4,7 | 1 | 3 | 4 | 5 | - | 3,0 | 3,0 | 3,0 |
| 48. O serviço de copa/cozinha funciona de forma eficaz. | 9 | 4 | - | - | - | 4,9 | 4,3 | 4,7 | - | 6 | 3 | 4 | - | 3,4 | 3,5 | 3,5 |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | 4,5 | 4,0 | 4,3 | | | | | | 3,2 | 3,4 | 3,2 |

O bloco em questão é composto por 9 assertivas.

De acordo com a temática dessas assertivas, fica possível concluir que a unidade B apresenta maior insatisfação com o acesso à materiais para utilização na prática clínica, bem como menos satisfação com os serviços prestados como manutenção (que aparenta ter uma morosidade para serem resolucionados), limpeza e lavanderia; aparentando ter dificuldades no que tange aos materiais e serviços. A unidade A apresenta satisfação próxima ao total, no bloco em discussão.

4.3.6 PROCESSO DE TRABALHO: GESTÃO DA QUALIDADE

Tabela 12 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Gestão da Qualidade'

| BLOCO TEMÁTICO: GESTÃO DA QUALIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 49. Em minha opinião, na UCP em que atuo, não existe problemas de organização e funcionamento a serem resolvidos. | 1 | 2 | 3 | 6 | 1 | 3,1 | 1,8 | 2,7 | - | 3 | 3 | 5 | 2 | 2,3 | 3,0 | 2,5 |
| 50. O gestor/coordenador da UCP pede minha opinião e ela é levada em consideração, quando decisões precisam ser tomadas. | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3,8 | 2,0 | 3,2 | 4 | 4 | 3 | 2 | - | 4,2 | 2,8 | 3,8 |
| 51. Eu participei da eleição/votação para decidir o coordenador da UCP. | - | - | 5 | 5 | 3 | 2,4 | 1,5 | 2,2 | 7 | 2 | 2 | 2 | - | 4,8 | 2,5 | 4,1 |
| 52. Eu participo do planejamento das ações. | - | 1 | 5 | 5 | 2 | 2,8 | 1,5 | 2,4 | 4 | 5 | 2 | 2 | - | 4,4 | 2,5 | 3,8 |
| 53. Eu sou convidado a participar de reuniões para discutir questões do processo de trabalho. | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 3,3 | 1,5 | 2,8 | 5 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4,6 | 2,3 | 3,8 |
| 54. Na UCP, a equipe tem autonomia para refletir e organizar seus processos de trabalho e projetos terapêuticos. | 2 | 3 | 5 | 3 | - | 3,7 | 2,5 | 3,3 | 6 | 4 | 3 | - | - | 4,7 | 3,3 | 4,2 |

Continua

| ASSERTIVAS | A | | | | | B | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 55. Visto que a UCP está inserida em uma instituição hospitalar, a gestão do hospital interfere positivamente, para o andamento da mesma. | 4 | 4 | 5 | - | - | 4,3 | 3,0 | 3,9 | 1 | 7 | 4 | 1 | - | 3,7 | 3,5 | 3,6 |
| 56. Existem reuniões de discussão com representantes da direção do hospital, dos usuários e de profissionais de saúde. | 2 | 2 | 3 | 6 | - | 3,3 | 2,3 | 3,0 | 1 | 6 | 5 | 2 | - | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| 57. A opinião dos usuários é levada em conta para o planejamento das ações de organização e funcionamento da UCP. | - | 5 | 5 | 3 | - | 3,3 | 2,8 | 3,2 | - | 8 | 2 | 3 | - | 3,6 | 3,0 | 3,4 |
| 58. Existe um sistema de ouvidoria na UCP. | - | 6 | 4 | 2 | 1 | 4,6 | 4,5 | 4,5 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | 3,8 | 2,8 | 3,5 |
| 59. Quando acontece um erro, ao invés de apenas procurar o culpado pelo mesmo e responsabilizá-lo, os gestores trabalham para identificar quais fatores organizacionais criaram as condições locais para o erro. | - | 6 | 4 | 2 | 1 | 3,6 | 2,3 | 3,2 | 1 | 7 | 4 | 1 | - | 3,7 | 3,5 | 3,6 |
| 60. Existem indicadores e mecanismos definidos pelo grupo, para avaliação de resultados. | 2 | 4 | 6 | 1 | - | 3,4 | 2,5 | 3,2 | 1 | 4 | 4 | 4 | - | 3,1 | 3,3 | 3,2 |
| 61. A UCP que eu atuo, tem mecanismos de análise estatística e monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a atenção prestada. | 5 | 6 | 2 | - | - | 4,4 | 3,8 | 4,2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3,0 | 3,5 | 3,2 |
| 62. Na UCP acontece revisão de prontuário e casos antigos, a fim de se estudar e avaliar os procedimentos e condutas adotadas. | - | 2 | 2 | 9 | - | 2,1 | 3,3 | 2,5 | - | 3 | 5 | 5 | - | 2,8 | 3,0 | 2,8 |
| 63. É realizada, sistematicamente, discussões para rever e discutir os procedimentos realizados, durante a internação. | 2 | 2 | 1 | 8 | - | 3,1 | 2,3 | 2,8 | 1 | 6 | 4 | 2 | - | 3,6 | 3,3 | 3,5 |
| 64. Há uma relação de parceria entre as UCPs de Ipuã e Pedregulho e sua unidade busca realizar espaços de diálogo e troca com a parceira. | - | - | 3 | 9 | 1 | 2,0 | 2,5 | 2,2 | - | 2 | 5 | 4 | 2 | 2,3 | 3,0 | 2,5 |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | 3,3 | 2,5 | 3,1 | | | | | | 3,6 | 3,0 | 3,4 |

O bloco temático referente à gestão da qualidade é composto por quinze assertivas.

Nas assertivas que estão relacionadas o envolvimento das equipes nos planejamentos, votações, tomadas de decisões, apenas a EM da unidade B apresenta um grau de concordância mais elevado, demonstrando participar e se envolver com esses processos, a partir da abertura da gestão da instituição em que estão inseridas. Todas as outras equipes, aparentam não estarem suficientemente envolvidas nos processos de gestão da qualidade ou não percebem sua existência nas instituições em que estão inseridas.

Para Campos e Amaral (2007), um procedimento que não somente educa, mas que também aumenta a democracia institucional e amplia o poder de influência das deliberações é a adoção de uma metodologia de co-gestão (gestão participativa), segundo eles:

"Adotar o costume de construir protocolos ou diretrizes clínicas sempre buscando sua construção dialógica: a proposta inicial é elaborada pelos especialistas ou encarregados dos problemas, mas, em seguida, institui-se um processo de análise e de reelaboração do documento pelas equipes e pessoas que serão afetadas pela nova diretriz. O mesmo procedimento processual poderá ser adotado quando da elaboração de planos, projetos ou programas, bem quando da realização de avaliações ou de creditações. Tanto a construção de indicadores como a análise sobre seu significado podem ser realizadas de modo compartilhado e não somente pela chefia ou pelos especialistas. Esses mecanismos servem não apenas para ampliar o "efeito Paidéia" – efeito pedagógico terapêutico sobre as equipes – mas também dão maior legitimidade e eficácia às deliberações, planos e protocolos" (CAMPOS; AMARAL, 2007).

De modo geral, ambas unidades precisam caminhar rumo à gestão da qualidade para que suas práticas se aproximem mais das propostas da gestão da clínica e para aumentar a satisfação e concordância de seus profissionais nesse quesito.

As EM de ambas unidades tem, predominantemente, pontuações mais elevadas quando comparadas com as ETE, fazendo aparentar que as EM tem mais força e voz nas instituições, enquanto que os ETE, por terem maior dificuldade de

manifestar as opiniões oriundas de sua classe, tendo menos espaço para serem ouvidos, demonstram sempre um grau de concordância e satisfação menor.

Um ponto de destaque nesse bloco está na assertiva 64, aonde os profissionais afirmam não ter uma relação de parceria, espaços de diálogo e troca entre as unidades estudadas, fato este que vai em desencontro com à expectativa, já que ao se tratar de unidades que se propõem a fazer um papel integrador e serem as duas que se enquadram no projeto piloto, a parceria e a troca poderia resultar no fortalecimento e consolidação não só das unidades, mas do modelo assistencial como um todo.

4.3.7 PROCESSO DE TRABALHO: SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Tabela 13 - Nível de concordância dos participantes em relação ao bloco temático 'Satisfação Profissional'

| BLOCO TEMÁTICO: SATISFAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|----|---|-----|-----|------------|--------------|---|---|---|---|-----|-----|------------|
| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | |
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T |
| 65. No ambiente de trabalho, há um sentimento de confiança que garanta a estabilidade da equipe e funcionário. | 3 | 5 | 4 | - | 1 | 4,2 | 2,5 | 3,7 | 2 | 5 | 1 | 5 | - | 3,4 | 3,0 | 3,3 |
| 66. A rotatividade de profissionais na UCP é pequena. | 2 | 5 | 4 | 2 | - | 3,7 | 3,3 | 3,5 | 3 | 8 | - | 2 | - | 4,3 | 3,0 | 3,9 |
| 67. Eu me sinto valorizado como trabalhador. | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3,8 | 2,0 | 3,2 | 1 | 6 | 1 | 5 | - | 3,1 | 3,5 | 3,2 |
| 68. Eu sinto que o trabalho que realizo é valorizado. | - | 6 | 2 | 4 | 1 | 3,6 | 1,8 | 3,0 | 3 | 5 | 3 | 1 | 1 | 3,8 | 3,3 | 3,6 |
| 69. Além da remuneração fixa, há outras formas variáveis de pagamento, por exemplo, de acordo com o cumprimento de metas ou com a melhora de indicadores de desempenho. | - | - | 1 | 10 | 2 | 2,0 | 1,8 | 1,9 | 1 | 4 | - | 4 | 4 | 1,9 | 4,0 | 2,5 |
| 70. Eu acho meu salário justo. | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 3,7 | 1,8 | 3,1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 5 | 2,8 | 2,3 | 2,6 |
| 71. Não há sobrecarga nas minhas funções. | 1 | 5 | 2 | 4 | 1 | 3,7 | 1,8 | 3,1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2,7 | 3,0 | 2,8 |

Continua

| ASSERTIVAS | A | | | | | | | | | B | | | | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--------------|---|---|---|---|------------|------------|------------|--|--|
| | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | Nº respostas | | | | | RM | RM | RM | | |
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | M | E | T | | |
| 72. Eu gosto do trabalho que desempenho. | 7 | 6 | - | - | - | 4,7 | 4,3 | 4,5 | 6 | 6 | - | 1 | - | 4,2 | 4,5 | 4,3 | | |
| 73. Eu me sinto motivado para realizar minhas funções. | 3 | 8 | 1 | - | 1 | 4,3 | 3,0 | 3,9 | 2 | 9 | - | 2 | - | 3,8 | 4,0 | 3,8 | | |
| 74. Eu tenho espaços para expor minhas queixas. | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 3,7 | 2,3 | 3,2 | 2 | 9 | 1 | 1 | - | 4,2 | 3,3 | 3,9 | | |
| 75. Eu me sinto orgulhoso e realizado profissionalmente por trabalhar na UCP. | 7 | 1 | 4 | 1 | - | 4,6 | 3,0 | 4,1 | 1 | 5 | 3 | 4 | - | 3,2 | 3,3 | 3,2 | | |
| 76. Na UCP, existem objetivos e metas a serem alcançados por todos. | 5 | 4 | 2 | 2 | - | 4,2 | 3,3 | 3,9 | 2 | 5 | 1 | 4 | 1 | 3,2 | 3,3 | 3,2 | | |
| 77. Eu considero que no meu espaço de trabalho, há compartilhamento de saberes. | 5 | 7 | - | 1 | - | 4,6 | 3,5 | 4,2 | 4 | 8 | 1 | - | - | 4,3 | 4,0 | 4,2 | | |
| 78. Na unidade em que atuo, são oferecidos incentivos e facilidades para que eu possa realizar cursos e outras atividades de educação permanente. | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 3,2 | 2,3 | 2,9 | 2 | 1 | 1 | 3 | 6 | 2,4 | 1,8 | 2,2 | | |
| 79. Existe algum tipo de formação e educação permanente, realizada no meu espaço de trabalho e na minha carga horária. | - | 1 | - | 9 | 3 | 2,1 | 1,5 | 1,9 | - | 4 | 2 | 7 | - | 2,8 | 2,8 | 2,8 | | |
| 80. Há uma equipe de retaguarda que oferece suporte assistencial para a equipe da UCP de forma eficaz e efetiva. | - | 1 | 9 | 2 | 1 | 2,9 | 2,5 | 2,8 | - | 1 | 5 | 2 | 5 | 2,0 | 2,5 | 2,2 | | |
| 81. Há uma equipe de apoio que oferece suporte técnico-pedagógico para a equipe da UCP de forma eficaz e efetiva. | - | - | 6 | 6 | 1 | 2,6 | 2,0 | 2,4 | - | - | 4 | 5 | 4 | 1,7 | 2,8 | 2,0 | | |
| 82. Houve mudança no perfil de trabalho da UCP em que atuo, desde sua implantação até atualmente. | 1 | 7 | 3 | 2 | - | 3,8 | 3,0 | 3,5 | 3 | 8 | - | 2 | - | 4,3 | 3,0 | 3,9 | | |
| TOTAL GRUPO TEMÁTICO | | | | | | 3,6 | 2,5 | 3,3 | | | | | | 3,2 | 3,2 | 3,2 | | |

Conclusão

O bloco temático sobre satisfação profissional é composto por 17 assertivas

Em relação à rotatividade profissional, os participantes tendem à concordar que nas UCPs ela é pequena, todavia é possível colocar esse dado em contraponto com o dado apresentado no item 4.3.1, aonde se identificou que cerca de metade da equipe inicial (do momento da inauguração) passou por mudanças.

Apenas a EM da unidade A tende a achar seu salário justo e não sentir sobrecarga, e apenas a ETE da unidade B aparenta ter melhorias salariais de acordo com o trabalho desempenhado.

De modo geral o grupo de profissionais que apresenta maior impacto nesse bloco temático é a ETE da unidade A, ficando claro seu descontentamento em relação às assertivas relacionadas à valorização profissional.

Com os dados obtidos, as equipes demonstram não ser incentivadas para passar por programas de educação permanente, além de aparentemente não ter equipe de retaguarda, efetivas, para apoio às práticas

Ao analisar a proposta do bloco temático como um todo, fica possível entender que satisfação profissional, com base nas propostas da clínica ampliada e de co-gestão não é motivada apenas por interesses financeiros ou de carreira, mas também pelo desejo de realizar-se profissionalmente e de serem aceitos como legítimos pela comunidade, pelo sentimento de fazer parte. Assim, reconhecemos que o sentimento de co-autoria das melhorias produzidas, o sentido de obra, é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização e um dado projeto (CAMPOS; AMARAL 2007).

5. CONCLUSÕES

Este estudo transita sobre a organização do processo de trabalho de UCPs, considerando estas como um novo desenho de assistência à pessoas com perda da capacidade funcional potencialmente recuperáveis.

Faz-se importante considerar que ao se tratar de uma política pública regulamentada, o modelo de UCP, através de sua equipe interdisciplinar, contribui para a construção do SUS, através de novas formas de organização do trabalho.

É fato que o modelo em questão apresenta a evidência de positivos resultados terapêuticos, além de apresentar um modelo de funcionamento que vai ao encontro dos princípios do SUS e do cuidado longitudinal à saúde. Contudo a articulação desse modelo na rede ainda é um ponto a ser aprimorado, para melhora do fluxo do usuário, desde sua porta de entrada na RUE até a continuidade e gerenciamento da saúde na atenção primária,

Embora esse cenário, o trabalho desenvolvido na UCP faz sentido na RAS, uma vez que, além de fazer uma intervenção reabilitativa, articula a rede para garantia da assistência continuada.

No que tange às percepções profissionais em relação ao processo de trabalho fica possível inferir que as unidades direcionam suas práticas dentro do modelo assistencial designado e este modelo é significativamente baseado nas práticas orientadas pelos modelos teórico-operacionais da gestão da clínica e da clínica ampliada, uma vez que nenhum bloco temático apresentou seus resultados globais tendendo à discordância, de um modo geral. Todavia, a satisfação e concordância da equipe em relação à suas práticas, transitam predominantemente na linha média tendendo à concordância, o que permite-se concluir que embora às práticas sejam norteadas, na opinião dos profissionais, ainda há muitas melhorias a serem conquistadas no processo de trabalho, para que o mesmo seja considerado ideal e plenamente ajustado aos referenciais propostos nesse estudo.

Através desta metodologia, não é possível concluir se o processo de trabalho já foi em outro momento mais próximo à concordância total, por conseguinte se aproximando mais do que seria ideal para CCI e para os modelos de gestão da saúde propostos pelo SUS, e ao longo do tempo foi sofrendo perdas e desajustes no

que tange o processo de trabalho; ou se os pontos de discordância apresentados estão relacionados às possíveis metas que desde sua implantação das unidades não foram conquistadas. Assim sendo, não fica possível compreender nesse estudo se os pontos de discordância são reflexos de perdas das equipes e das unidades ao longo do tempo ou se são reflexos de uma construção ainda inalcançada.

Por fim, as unidades estudadas estão inseridas em organizações hospitalares já em funcionamento, sendo assim, de acordo com o estudo levantado, faz-se necessário uma melhor implementação de mecanismos de gestão da qualidade. Destarte, para que as ações decoleem é crucial que haja amplo entendimento dos gestores no que se refere às novas práticas e ações, tanto das esferas locais, quanto da sociedade de uma forma mais ampla.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, ET AL. Perfil da capacidade funcional do idoso. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu/MG 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em

http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf

AMORIM, D. S., GATTÁS, M.L.B. Modelo de prática interdisciplinar em saúde. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, 40 (1) p.82-84, jan./mar. 2007.

APÓSTOLO, J.L.A. Instrumentos para avaliação em geriatria. **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**. ESENFEC. Documento de apoio. 118p. Maio, 2012.

BARDIN, L. Análise de conteúdo, Edições 70, Lisboa, 1977.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v11, 2002. P78-84.

BRASIL. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL; Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU 31-12 -2010, seção 1 p.88.

BRASIL, Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de Ocupação Operacional Geral. V1.01. Nov.2012.

BRASIL; Portaria nº. 2809 de 07 de dezembro de 2015. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU nº 237, de 10-12-2012, Seção 1, pág. 36.

BRASIL. Portaria nº 929 de 20 de agosto de 2013. Habilita a Santa Casa de Ipuã como Unidade de Internação em Cuidados Prolongados - UCP. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições. DOU 21-08-2013, Seção 1, pág. 32.

BRASIL. Portaria nº 450 de 09 de junho de 2014. Habilita a Santa Casa de Pedregulho como Unidade de Internação em Cuidados Prolongados - UCP. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições. DOU 09-06-2014, Seção 1, pág. 27.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007

CARNEIRO, L.A.F. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar** – Livro eletrônico São Paulo IESS [org], 2013.

CARVALHO, J.A.M; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.

CARVALHO, M. I. L. B. de. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 261-271, Dec. 2014

CASTRO, P.C. Programa de Responsabilidade Social de Empresas na Melhoria da Gestão de Hospitais Filantrópicos. Estudo de Caso. São Paulo, 2009.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde, ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 2005. 36p..

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O tempo não para. Estamos preparados para envelhecer?. **CONSENSUS, Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. p20-24, ano IV, número 10 jan-mar. 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão no SUS**– Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

DIAS, C.F.. O sistema de referência e contra-referência na estratégia saúde da família no município de Bauru: perspectiva dos gestores / Botucatu, 2010 Dissertação [mestrado].

DIAS, D.; SANTANA, S. Cuidados Integrados: Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. Out/Dez 2008, Jan/Mar 2009. P 12-20.

DYMEK, C, et al. Clinical-Community Relationships Measures Atlas. (Prepared under Contract No. HHS 290-2010-00021. Westat prime contractor) AHRQ Publication No. 13-0041-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013.

FEHOSP Fundação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo. Balanço de Atividades, São Paulo- SP, 2013. Disponível em:<www.fehosp.com.br/v2/servicos/publicacoes/exibir/?id=7442> Acesso em: 25 de set. 2015.

IBGE. Estrutura populacional por sexo e grupos de idade. **Sinopse do censo demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pag. 53-57

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOPES, M. ET AL. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. 2010.

MALHOTRA, N. Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada. Bookman 6ª ed. Porto Alegre:, 2011.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 6, p. 863-869, Dec. 2009 .

MELLO, A.I. da S. Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade. Dissertação. UFSC. 203p. 2013.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª Edição. Brasília, p.549, 2011.

MIRALLES, R. ESPERANZA, A. VÁZQUEZ, O. Valoración geriátrica em el hospital: unidades de postagudos. **Revista Multidisciplinar de Gerontologia.** P 30-35, 2005.

MINOSSO, J.S.M. et al . Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 218-223, Abril. 2010 .MONTEIRO, O.M.C. Eficiência dos Cuidados Continuados Integrados: Hospitais do Serviço Nacional de Saúde ou Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 2012. 68f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas), Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012.

MOURÃO, L.M.R. Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social. Universidade de Aveiro . Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Dissertação(mestrado),2008.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Demografia e epidemiologia do envelhecimento.** Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6

NESTLÉ. Nestlé Nutrition Intitute. Guia Para completar a Mini Avaliação Nutricional® Disponível em: https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf

OLIVEIRA, F.B. Gestão da Clínica e Clínica Ampliada: Sistematizando e Exemplificando Princípios e Proposições para a Qualificação da Assistência Hospitalar. 2008.114f.Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, L. H. Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert. Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA: Varginha, 2005. Disponível em

OMS-Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

ONU-Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2003. 86p.

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

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E.T.; GARCIA, Y.M. Biologia e Teorias do Envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007. P 85-103.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: Abrangência e Termos Básicos e Objetivos. . In PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007. P 29-38.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definições do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V.F. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do Envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007. P 39-56.

PEDROSO, M.C. Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010.423p.

PEIXOTO, G.F. A Unidade de Cuidados Prolongados de Pedregulho-SP e a questão do referenciamento. ENSP-FIOCRUZ. Rio de Janeiro,TCC (especialização) 29p. 2015.

PEREIRA, P.M.A. Estudo de Caso: Viabilidade Económico-Financeira do Projecto da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Fundação COI. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **J Am Geriatr Soc** 1975 Oct;23(10) p.433-41

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, abr.- jun. 2000.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 101/2006. D.R. Iª Série-A. 109 (2006-06-06) 3856-3865 – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em : https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf acessado em 28/10/2014

REMOR, ET AL. Indicadores de Saúde como apoio à gestão do sistema único de saúde. **InterSciencePlace**. Ano 3 - N º 15 , p 157-175. Setembro/Novembro – 2010

RIBEIRO, C.T.M., ET AL. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 28(1), p.43–48, 2010.

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C. Concodância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev Saúde Pública** 2005;39(4):655-62

ROSA, T.E.D. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. **Rev Saúde Pública** 2003;37(1):40-8

SANTOS, J.L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados.**, São Paulo , v. 13, n. 35, p. 71-88, Apr. 1999 .

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO.(SES-SP) Mapa Regional de Saúde. RRAS 13 – Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. 2012.

SILVA, M DA C.R.DA. A influência do internamento em unidades de média duração e reabilitação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação (mestrado),190p. 2017.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2002, vol.7, n.4, pp. 899-906.

UMCCI - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. Manual do Prestador: Recomendações para Melhoria Contínua. Lisboa, Ago 2011. 153p. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735095/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5?version=1.1, acesso em 30/11/15.

UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

WENGER, N.S.; YOUNG,R.T. Quality Indicators for Continuity and Coordination of Care in Vulnerable Elders. **Journal of the American Geriatrics Society**. Vol. 55, NO. S2. Oct. 2007.

Vídeos

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. Produção: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=6bSLri8fcvI>>. Acesso em: 14/01/2016

PROGRAMA CPFL DE REVITALIZAÇÃO DE HOSPITAIS FILANTRÓPICOS Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=q68Q1Rq-FY8&feature=c4-overview&list=UUmZkeEtvbgw8a34ig7kRndw>> Acesso em: 20/01/2016

APÊNDICE I - ROTEIRO DE REGISTRO DOCUMENTAL

ROTEIRO DE REGISTRO DOCUMENTAL

Unidade de Cuidados Prolongados de: ()IPUÃ ()PEDREGULHO

Data: ____/____/____

Nome do documento: _____

Finalidade:

Desenvolvido por: _____

Descrição:

APÊNDICE I - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

Unidade de Cuidados Prolongados de: () IPUÃ () PEDREGULHO

Observador: _____ Data: ____/____/____

Tempo de observação: _____

OBS: Este roteiro deve ser utilizado de forma descritiva

Estrutura física:

Localização

Planta

Acessibilidade

Mobília

Equipamentos

Limpeza

Ambiência:

Ambiente se assemelha com espaço hospitalar ou domiciliar?

É aconchegante?

Favorece a relação entre os pacientes e familiares?

Possui decoração e exposição de materiais produzidos durante atividades?

Organização e funcionamento

Rotina de trabalho individual

Rotina de trabalho da equipe

Atividades realizadas em equipe

Como é realizada a reunião de equipe (Organização /condução / Dinâmica)

Corpo técnico (quantidade de profissionais e suas formações)

Relação entre os profissionais

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO – PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL

I. Caracterização

Você atua na Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) de: () Ipuã () Pedregulho

Idade: _____ Cargo: _____ Tempo de formação profissional: _____

Formação Profissional: _____

Pós Graduação: () não () sim Qual: _____

Há quanto tempo trabalha na Santa Casa? _____ E na UCP? _____

Você passou por algum tipo de treinamento para integrar esta equipe? () não () sim

II. Leia as assertivas a seguir e assinale a alternativa que, segundo a sua opinião, mais se aproxima da sua realidade de trabalho na UCP. Ao final de cada bloco temático, você encontrará um espaço para observações, aonde você poderá escrever livremente sua opinião sobre o tema e/ou alguma assertiva especificamente.

| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
|---------------------------|--|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| TRABALHO EM EQUIPE | | | | | | |
| 1. | Eu tenho conhecimento do que é e como funciona uma Unidade de Cuidados Prolongados (UCP). | | | | | |
| 2. | Na UCP a equipe é multiprofissional e o trabalho é realizado como de forma interdisciplinar, entendendo que a interdisciplinaridade acontece com a interação e troca de saberes entre os profissionais, em um mesmo espaço, gerando ações recíprocas e mútuas, propiciando visões e práticas abrangentes para o usuário. | | | | | |

| (Amorim, Gattás, 2007) | | | | | | |
|-------------------------|---|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
| 3. | Eu me sinto integrante da equipe multiprofissional. | | | | | |
| 4. | Eu me sinto parte integrante e responsável pelo resultado final conquistado por cada usuário. | | | | | |
| 5. | Eu participo das reuniões de equipe. | | | | | |
| 6. | As reuniões de equipe acontecem de forma objetiva, dinâmica e eficaz. | | | | | |
| 7. | Eu tenho acesso às informações que considero importantes para a minha melhor integração como parte da equipe. | | | | | |
| 8. | Eu considero que existe uma boa relação e comunicação entre os profissionais. | | | | | |
| FLUXO DO USUÁRIO | | | | | | |
| 9. | O sistema de sinalização do usuário para a UCP é eficaz e efetivo. | | | | | |
| 10. | O sistema de referenciamento da UCP para o município de origem é eficaz e efetivo. | | | | | |
| 11. | O sistema de admissão do usuário na UCP é eficaz e efetivo. | | | | | |
| 12. | O sistema de alta do usuário é realizado de forma responsável e seguro. | | | | | |
| 13. | A UCP auxilia os familiares no acesso ao transporte para frequentar a unidade. | | | | | |
| 14. | A continuidade do cuidado é assegurada pelo município de origem. | | | | | |
| 15. | A UCP realiza contato com usuários egressos para acompanhamento da continuidade do cuidado após a | | | | | |

| | alta. | | | | | |
|------------------------|---|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
| 16. | Após o usuário receber alta da UCP, a unidade se transforma em um espaço de retaguarda aos usuários e suas famílias, para que eles possam retirar dúvidas e ansiedades em relação a continuidade do seu tratamento. | | | | | |
| 17. | Em casos em que a unidade está com todos os leitos ocupados, a admissão de novos usuários é feita via lista de espera. | | | | | |
| PRÁTICA CLÍNICA | | | | | | |
| 18. | Na minha anamnese, além dos levantamentos físicos e da doença, eu procuro escutar a história de vida dos usuários e acompanhantes. | | | | | |
| 19. | Em minha opinião, os demais membros da equipe, consideram em sua anamnese, além dos levantamentos físicos e da doença, a história de vida dos usuários e acompanhantes. | | | | | |
| 20. | Eu procuro descobrir o sentido da doença para o usuário e quais as relações causais que o indivíduo atribui ao seu adoecimento. | | | | | |
| 21. | Em minha opinião, os demais membros da equipe procuram descobrir o sentido da doença para o usuário e quais as relações causais que o indivíduo atribui ao seu adoecimento. | | | | | |
| 22. | Eu procuro saber as expectativas, projetos e sonhos do usuário. | | | | | |
| 23. | Em minha opinião, os demais membros da equipe procuram saber as expectativas, projetos e sonhos | | | | | |

| | do usuário. | | | | | |
|-----------|---|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
| 24. | Eu sei o que é Projeto Terapêutico Singular (PTS). | | | | | |
| 25. | Eu participo da elaboração do PTS. | | | | | |
| 26. | Eu considero que o PTS elaborado na unidade em que trabalho, é realizado com base em uma revisão conjunta do diagnóstico, uma avaliação de riscos e são definidas intervenções, tarefas e responsabilidades. | | | | | |
| 27. | A forma como o PTS é elaborado é eficaz e efetivo. | | | | | |
| 28. | A opinião e percepção do usuário são levadas em consideração, ao se construir o PTS. | | | | | |
| 29. | Após a confecção do PTS o mesmo é discutido, conjuntamente, com o usuário e seus familiares/cuidadores, sendo esclarecidos os objetivos das intervenções propostas, as opções de tratamento e o plano de ação, gerando responsabilização do processo terapêutico. | | | | | |
| 30. | Os usuários e suas famílias/cuidadores são suficientemente informados e orientados em relação ao quadro clínico, evolução e processo de tratamento a ser realizado na UCP. | | | | | |
| 31. | Eu considero que as atividades que compõem a rotina do usuário na unidade, são suficientes. | | | | | |
| 32. | Eu considero que a quantidade de terapia oferecida é suficiente. | | | | | |
| 33. | São realizados, regularmente, grupos e atividades para integração entre os usuários. | | | | | |

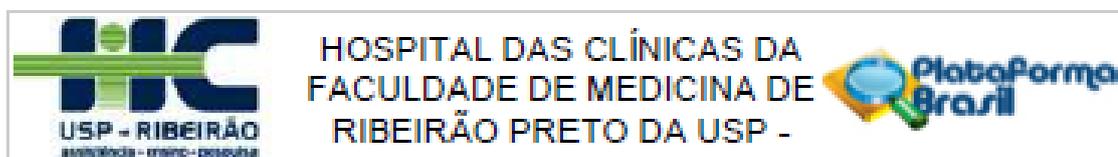
| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
|---|---|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 34. | São desenvolvidos grupos e atividades de educação em saúde, assim como espaços de diálogo, aonde são discutidos temas de interesse do usuário e cuidadores. | | | | | |
| 35. | Na unidade em que atuo, o horário da visita hospitalar é amplo e flexível. | | | | | |
| 36. | Na unidade em que atuo, o acompanhante pode permanecer em horário integral. | | | | | |
| 37. | A quantidade de profissionais é suficiente. | | | | | |
| 38. | Existem protocolos para direcionar as práticas clínicas. | | | | | |
| ESTRUTURA / AMBIENTE / MATERIAIS | | | | | | |
| 39. | A infraestrutura é adequada e acessível. | | | | | |
| 40. | A infraestrutura oferece condições satisfatórias de trabalho. | | | | | |
| 41. | As instalações da UCP buscam não se assemelhar a uma unidade hospitalar. | | | | | |
| 42. | O ambiente é agradável e acolhedor, favorecendo o processo terapêutico. | | | | | |
| 43. | A manutenção e reparo do espaço físico e equipamentos é realizado de forma rápida e eficiente. | | | | | |
| 44. | Os materiais necessários para o bom andamento da UCP estão sempre disponíveis. | | | | | |
| 45. | Os profissionais e terapeutas possuem os recursos que julgam necessários para sua prática. | | | | | |
| 46. | O serviço de lavanderia funciona de forma eficaz. | | | | | |
| 47. | O serviço de limpeza funciona de forma eficaz. | | | | | |

| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
|----------------------------|---|---------------------|----------|-------------|----------|---------------------|
| 48. | O serviço de copa/cozinha funciona de forma eficaz. | | | | | |
| GESTÃO DA QUALIDADE | | | | | | |
| 49. | Em minha opinião, na UCP em que atuo, não existe problemas de organização e funcionamento a serem resolvidos. | | | | | |
| 50. | O gestor/coordenador da UCP pede minha opinião e ela é levada em consideração, quando decisões precisam ser tomadas. | | | | | |
| 51. | Eu participei da eleição/votação para decidir o coordenador da UCP. | | | | | |
| 52. | Eu participo do planejamento das ações. | | | | | |
| 53. | Eu sou convidado a participar de reuniões para discutir questões do processo de trabalho. | | | | | |
| 54. | Na UCP, a equipe tem autonomia para refletir e organizar seus processos de trabalho e projetos terapêuticos. | | | | | |
| 55. | Visto que a UCP está inserida em uma instituição hospitalar, a gestão do hospital interfere positivamente, para o andamento da mesma. | | | | | |
| 56. | Existem reuniões de discussão com representantes da direção do hospital, dos usuários e de profissionais de saúde. | | | | | |
| 57. | A opinião dos usuários é levada em conta para o planejamento das ações de organização e funcionamento da UCP. | | | | | |
| 58. | Existe um sistema de ouvidoria na UCP. | | | | | |
| 59. | Quando acontece um erro, ao invés de apenas | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| | procurar o culpado pelo mesmo e responsabilizá-lo, os gestores trabalham para identificar quais fatores organizacionais criaram as condições locais para o erro. | | | | | |
| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
| 60. | Existem indicadores e mecanismos definidos pelo grupo, para avaliação de resultados. | | | | | |
| 61. | A UCP que eu atuo, tem mecanismos de análise estatística e monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitam avaliar a atenção prestada. | | | | | |
| 62. | Na UCP acontece revisão de prontuário e casos antigos, a fim de se estudar e avaliar os procedimentos e condutas adotadas. | | | | | |
| 63. | É realizada, sistematicamente, discussões para rever e discutir os procedimentos realizados, durante a internação. | | | | | |
| 64. | Há uma relação de parceria entre as UCPs de Ipuã e Pedregulho e sua unidade busca realizar espaços de diálogo e troca com a parceira. | | | | | |
| SATISFAÇÃO PROFISSIONAL | | | | | | |
| 65. | No ambiente de trabalho, há um sentimento de confiança que garanta a estabilidade da equipe e funcionário. | | | | | |
| 66. | A rotatividade de profissionais na UCP é pequena. | | | | | |
| 67. | Eu me sinto valorizado como trabalhador. | | | | | |
| 68. | Eu sinto que o trabalho que realizo é valorizado. | | | | | |

| Nº | Assertivas | Concorda Totalmente | Concorda | Indiferente | Discorda | Discorda Totalmente |
|-----------|---|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 69. | Além da remuneração fixa, há outras formas variáveis de pagamento, por exemplo, de acordo com o cumprimento de metas ou com a melhora de indicadores de desempenho. | | | | | |
| 70. | Eu acho meu salário justo. | | | | | |
| 71. | Não há sobrecarga nas minhas funções. | | | | | |
| 72. | Eu gosto do trabalho que desempenho. | | | | | |
| 73. | Eu me sinto motivado para realizar minhas funções. | | | | | |
| 74. | Eu tenho espaços para expor minhas queixas. | | | | | |
| 75. | Eu me sinto orgulhoso e realizado profissionalmente por trabalhar na UCP. | | | | | |
| 76. | Na UCP, existem objetivos e metas a serem alcançados por todos. | | | | | |
| 77. | Eu considero que no meu espaço de trabalho, há compartilhamento de saberes. | | | | | |
| 78. | Na unidade em que atuo, são oferecidos incentivos e facilidades para que eu possa realizar cursos e outras atividades de educação permanente. | | | | | |
| 79. | Existe algum tipo de formação e educação permanente, realizada no meu espaço de trabalho e na minha carga horária. | | | | | |
| 80. | Há uma equipe de retaguarda que oferece suporte assistencial para a equipe da UCP de forma eficaz e efetiva. | | | | | |
| 81. | Há uma equipe de apoio que oferece suporte técnico-pedagógico para a equipe da UCP de forma eficaz e efetiva. | | | | | |

ANEXO A - Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa HC-FMRP-USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Organização do processo de trabalho em Unidades de Cuidados Prolongados no Estado de São Paulo

Pesquisador: Marília Melo Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55686616.3.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.557.049

Apresentação do Projeto:

Com a recente implementação dos Cuidados Continuados Integrados no Brasil e o funcionamento de duas unidades pertencentes ao projeto piloto, bem como a inauguração de diversas unidades em toda extensão nacional, faz-se necessário iniciar estudos e estabelecer fundamento teórico-científico nacional para embasamento das práticas, já que desde o planejamento das UCCIs até os dias atuais, o fundamento utilizado é baseado nos estudos internacionais, já consolidados através de suas experiências exitosas.

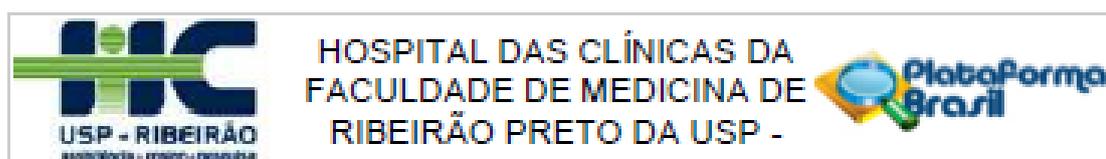
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: o presente projeto de pesquisa tem por objetivo estudar a Unidade de Cuidados Prolongados no Brasil, como uma estratégia de atenção no SUS, identificando a organização do processo de trabalho de unidades do projeto piloto. **Objetivo secundário:** Identificar a organização e metodologia de trabalho que vem sendo executada pelas UCPs sob as referências da Gestão da Clínica e da Clínica Ampliada, desde o início do funcionamento dessas unidades; Identificar os principais arranjos institucionais e dispositivos de gestão; Identificar as experiências exitosas, bem como as dificuldades e situações-problema relativas a gestão do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: ao abordar temas relacionados ao desempenho de funções laborais, dos profissionais de

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-000
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 1.557.049

saúde da UCP, os mesmos serão colocados ao menor risco possível, e serão esclarecidos e convidados a participar, aderindo aos procedimentos voluntariamente. Benefícios: os resultados deste estudo podem vir a contribuir para a melhora da qualidade do processo de trabalho da Instituição, pois a partir da identificação de questões importantes a ele relacionadas e sua divulgação científica, ficam oportunizadas o desenvolvimento de práticas que favoreçam a gestão do mesmo. Os resultados da pesquisa podem ser utilizados em benefício de Instituições semelhantes, bem como as envolvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal, qualitativo e quantitativo quanto à abordagem, descritivo quanto aos objetivos e quanto aos procedimentos técnicos será realizado: pesquisa documental, observacional e aplicação de questionários.

Análise estatística será aplicada e os dados serão codificados para posterior inserção em planilhas de análise, correlacionando as variáveis estudadas Intra e Interunidades e buscando significação nas variações. Os dados de observação serão descritos com foco nos temas estabelecidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 456/2012, o projeto de pesquisa, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 2 – de 15 de maio de 2016 podem ser enquadrados na categoria **APROVADO**.

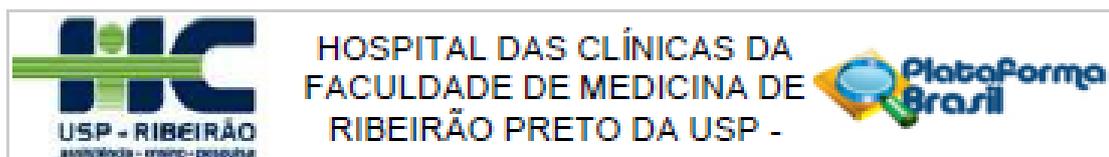
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|-----------------------------|------------|-------|----------|
| Informações | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P | 15/05/2016 | | Acelto |

| | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|--|--|
| Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO | | | | |
| Bairro: MONTE ALEGRE | CEP: 14.048-900 | | | |
| UF: SP | Município: RIBEIRAO PRETO | | | |
| Telefone: (16)3602-2228 | Fax: (16)3633-1144 | E-mail: cep@hcrp.usp.br | | |



Continuação do Parecer: 1.557.049

| | | | | |
|---|--------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Básicas do Projeto | ETO_451087.pdf | 12:31:45 | | Aceito |
| Outros | Carta.docx | 15/05/2016 12:31:10 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE2.docx | 15/05/2016 12:12:40 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 02/05/2016 21:37:12 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 02/05/2016 21:34:12 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| Outros | upc.pdf | 02/05/2016 11:39:49 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 18/04/2016 20:40:59 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraassinatura | lpua.png | 11/04/2016 06:38:58 | Marília Melo Andrade | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraassinatura | pedregulho.jpg | 03/03/2016 10:14:20 | Marília Melo Andrade | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 23 de Maio de 2016

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-000
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO B - Formulário de Sinalização de Pacientes (Fornecido pela unidade B)**Protocolo de Sinalização de Pacientes na
Unidade de Cuidados Prolongados de Pedregulho****1. OBJETIVOS**

O presente protocolo visa esclarecer às instituições interessadas, o processo de sinalização que deve ser seguido para a admissão do paciente na UCP de Pedregulho.

2. PROCEDIMENTOS

Abaixo segue os procedimentos necessários para solicitação de vaga na UCP para pacientes que se encontram em:

2.1 HOSPITAL GERAL

O hospital geral deverá conter uma Equipe de Gestão de Alta (EGA) para solicitar a vaga dos pacientes. Esta equipe deve preencher o formulário de sinalização do seu paciente, enquanto o mesmo se encontra internado e encaminhar via e-mail (ucppedregulho@gmail.com) para a UCP, solicitando a vaga. Sugere-se que a EGA seja composta por, pelo menos, um médico, um enfermeiro e um assistente social. Tal formulário segue anexo.

Ao receber o e-mail, a secretária da UCP deve imprimir o formulário de sinalização, juntamente com a folha de parecer de admissão da UCP. O médico da equipe juntamente com um enfermeiro e outro profissional da equipe multidisciplinar, devem ler o relatório e discutir em equipe se o paciente apresenta critérios de inclusão, conforme item 3, apresentado neste protocolo.

Caso exista necessidade de esclarecimento de alguma informação referente a dados gerais, a secretária da UCP deve solicitar ao hospital geral tais informações. Quando for necessário a discussão do caso proposto, membros da equipe multidisciplinar deverão entrar em contato com a EGA, a fim de obter os esclarecimentos necessários.

Após a avaliação da equipe de acordo com os critérios de elegibilidade, a resposta (positiva ou negativa) deverá ser encaminhada pela secretária para o hospital geral via e-mail. Iniciando assim o processo de admissão.

Caso a resposta seja:

- Negativa: os documentos originários desse processo de aceitação, serão arquivados no banco de dados da UCP Pedregulho. Informamos que, com a mudança do quadro clínico, outras solicitações de vaga, poderão ser efetuadas, posteriormente, para o mesmo paciente.
- Positiva, e a UCP não possua leitos disponíveis, o paciente entrará na fila de espera e assim que for liberada a vaga, a secretária entrará em contato com o hospital geral, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso em que o paciente já se encontre em regime de atenção domiciliar.
- Positiva, e a UCP possua leitos disponíveis, a secretária da UCP deve informar o processo de admissão do paciente para a EGA, realizando as combinações necessárias (data, horário, transporte, entre outras).

Vale ressaltar que é obrigatória a presença de um responsável pela internação no momento da admissão e que a não presença deste, bem como, a não compatibilidade do caso clínico discutido ao apresentado pelo paciente no momento da admissão, se tornam critérios não admissão do paciente na unidade, de maneira que o mesmo retornará ao hospital de origem.

Em casos aonde o paciente apresente suporte familiar inexistente, os acordos de contra referência e continuidade do cuidado, devem ser realizados entre a UCP, a EGA e o município de destino, antes do processo de admissão do paciente a fim se garantir a desospitalização em tempo oportuno.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA

Quando a Atenção Básica identifica que um paciente se beneficiará de internação na UCP, esta deverá preencher o formulário de sinalização (anexo), e envia-lo via e-mail (ucppedregulho@gmail.com), juntamente com relatórios dos profissionais e exames recentes.

Ao receber o e-mail, a secretária da UCP deve imprimir o formulário de alta, juntamente com a folha de parecer de admissão da UCP. O médico da equipe juntamente com um enfermeiro e outro profissional da equipe multidisciplinar, devem ler o relatório e discutir em equipe se o paciente apresenta critérios de inclusão, conforme item 3, apresentado neste protocolo. A equipe tem até 48 horas para responder a solicitação da vaga via e-mail, sendo que contatos fonados podem ocorrer de acordo com a necessidade de ambas equipes.

Caso a resposta seja:

- Negativa: os documentos originários desse processo de aceitação, serão arquivados no banco de dados da UCP Pedregulho. Informamos que, com a mudança do quadro clínico, outras solicitações de vaga, poderão ser efetuadas, posteriormente, para o mesmo paciente.

- Positiva, e a UCP não possua leitos disponíveis, o paciente entrará na fila de espera e assim que for liberada a vaga, a secretária entrará em contato com o profissional da Atenção Básica e família do paciente, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação.

- Positiva, e a UCP possua leitos disponíveis, o paciente será internado na clínica médica da Santa Casa de Pedregulho, a fim de avaliação clínica, realização de exames e verificação da estabilidade do quadro clínico (esta internação dura em média 2 dias), estando com quadro clínico estável e apto a iniciar o tratamento na UCP, o paciente é transferido para a unidade em questão, iniciando assim seu tratamento de reabilitação.

Cabe a secretária da UCP, informar o processo de admissão do paciente para a família e para o profissional responsável da Atenção Básica, realizando as combinações necessárias (data, horário, transporte, entre outras).

Vale ressaltar que é obrigatória a presença de um responsável pela internação no momento da admissão e que a não presença deste, bem como, a não compatibilidade do caso clínico discutido ao apresentado pelo paciente no momento da admissão, se tornam critérios de não admissão do paciente na unidade, de maneira que o mesmo retornará ao município de origem.

Em casos aonde o paciente apresente suporte familiar inexistente, os acordos de contra referência e continuidade do cuidado, devem ser realizados entre a UCP, a Atenção Básica e o município de destino, antes do processo de admissão do paciente a fim se garantir a desospitalização em tempo oportuno.

3. CRITÉRIOS

A UCP de Pedregulho foi instituída a partir da portaria 2.809 de 7 de dezembro de 2012. Trata-se de uma Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral. Se caracterizando como uma **unidade de convalescença** para reabilitação intensiva, sendo assim é necessário que o usuário conte com possibilidade de ganhos terapêuticos no período de 30 dias consecutivos (salvo situações excepcionais, criteriosamente avaliadas pela equipe da UCP e autorizadas pela Departamento Regional de Saúde).

3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Usuário em **situação clínica estável** cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características:

- recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico;
- necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico;
- dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total (exceto quadros crônicos).

O paciente deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas:

- Usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica;
- usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos;
- usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico- funcional;
- usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Subdural Traumático (HSDT), Hematoma Subdural Espontâneo (HSDE) e Traumatismo Raquimedular (TRM);
- usuários traqueostomizados em fase de decanulação;
- usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV;
- usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia;

- usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade;
- usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia;

3.2 CRITÉRIOS DE INEGIBILIDADE

- Usuário com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro **cl clinicamente instável**;
- Usuário que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipe da atenção básica, inclusive atenção domiciliar
- Internação cujo objetivo seja apenas a avaliação diagnóstica;
- Internação cujo objetivo seja apenas cuidados paliativos.
- Internação cujo objetivo seja apenas necessidade de ajustes sociais.

ANEXO C - Formulário de Sinalização de Pacientes**UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS
FORMULÁRIO DE SINALIZAÇÃO DE PACIENTE****Responsável pela avaliação (Equipe de Gestão de Alta – EGA)**

Médico (a):

Enfermeiro (a):

Assistente Social:

Contato da Equipe:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Data:**

Local de internação:

Nome:

Sexo:

Data de nascimento: – anos(idade:)

Motivo (s) do encaminhamento à Unidade de Cuidado Continuado

- Reabilitação intensiva: Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias
- Aspiração de secreções,
- Alimentação por sonda,
- Tratamento de úlceras por pressão graus 3 e 4,
- Necessidade de ajuste farmacológico/administração de terapêutica com supervisão contínua.
- Doente com algumas das seguintes síndromes potencialmente recuperáveis em curto prazo: desnutrição, disfagia, comprometimento da eficiência e/ou segurança da locomoção, comprometimento cognitivo agudo.
- outras:

Necessidade de reabilitação (uma ou mais de uma das seguintes):

- neurofuncional

- () traumato – ortopedica funcional
- () respiratória
- () cardio funcional
- () urogenital funcional

AVALIAÇÃO GLOBAL DO PACIENTE

Breve resumo do caso:

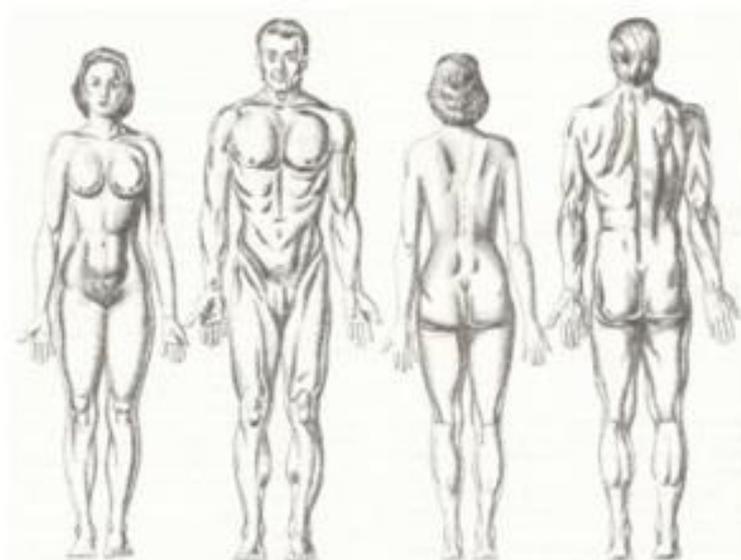
Hipóteses Diagnósticas:

- 1) _____ CID 10 _____
- 2) _____ CID 10 _____
- 3) _____ CID 10 _____
- 4) _____ CID 10 _____
- 5) _____ CID 10 _____

Antecedentes Pessoais:

Diagnóstico Enfermagem:

Marcar na figura todos os dispositivos utilizados e lesões de pele apresentadas paciente



Insumos e Medicamentos em uso:

| NOME | POSOLOGIA | “Não Padronizados” que não podem ser substituídos |
|------|-----------|---|
| 1) | | |
| 2) | | |
| 3) | | |
| 4) | | |
| 5) | | |
| 6) | | |
| 7) | | |
| 8) | | |
| 9) | | |
| 10) | | |

Situação sócio-familiar:

Estado Civil: () casado (a) () solteiro (a) () viúvo(a) () união estável ()
divorciado

Tipo de Convivência: () Filhos () Amigos() Outros parentes:

Existência de cuidador: () sim () não

Tipo de moradia:

() domicílio () rua () instituição de convívio comunitário:_____

EXAME FÍSICO**Sinais Vitais:**

PA: mmHg FC: bpm FR: ipm

Temp:

Glasgow: Pupilas:

Exame Físico:

Ap. Resp:

Ap. Cardiovasc:

Abdome:

Extremidades:

Familiar ou cuidador de contato (nome, forma de contato e horário).

ANEXAR AVALIAÇÃO DO MÉDICO, E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAUDE. QUANDO FOR O CASO ANEXAR TAMBÉM O RELATÓRIO DO MÉDICO ESPECIALISTA, DEFININDO PROGNÓSTICO E PLANO TERAPÊUTICO.

PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES

| Últimos exames (colocar Data) | | | | |
|-------------------------------|------|-------------------|------|---------------------------|
| Hb: | Data | AP/ INR | Data | Rx Tórax: |
| Ht: | | TTPa | | ECG: |
| Leuco: | | BT/BD | | ECOCARDIO: |
| Plaquetas: | | Albumina | | CATE: |
| Creatinina: | | UI | | |
| Uréia: | | HIV | | |
| Na: | | HBV | | |
| K: | | HCV | | |
| Ca: | | Glicemia jejum | | Prova de Função Pulmonar: |
| Mg: | | Hbglic | | |
| Colesterol total: | | | | TC de crânio: |
| HDL: | | | | |
| LDL: | | | | |
| Triglicérides | | | | |
| Culturas: | | | | |

ANEXO D - Parecer de admissão da UCP**Parecer de Admissão UCP- Pedregulho**

Parecer da equipe transdisciplinar para admissão dos pacientes na Unidade de Cuidados Prolongados.

Nome do paciente: _____

Proveniente: _____ Data do relatório de pós-alta: ___/___/___

| Categoria | Sim | Não | Justificativa |
|---------------------|------------|------------|----------------------|
| Assistente Social | | | |
| Enfermagem | | | |
| Farmácia | | | |
| Fisioterapia | | | |
| Fonoaudiologia | | | |
| Medicina | | | |
| Nutrição | | | |
| Psicologia | | | |
| Terapia Ocupacional | | | |

Materiais a serem providenciados para admissão do paciente:

Assistente Social

Enfermagem

Farmácia

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Medicina

Nutrição

Psicologia

Terapia Ocupacional

Data: ___/___/___

ANEXO E - Manual de Orientações ao usuário e aos familiares

Médico: Avaliar o usuário sob o ponto de vista da continuidade dos tratamentos, rever as patologias de base, intervir na reorganização medicamentosa que se fizer necessário e auxiliar na condução do plano terapêutico.

Nutricionista: Avaliação física, diagnóstico nutricional, visitas aos leitos esporadicamente e quando necessário, orientação nutricional, confecção de cardápios e receitas de suplementos adequados aos mais variados tipos de casos clínicos.

Psicóloga: Busca investigar, acompanhar e criar estratégias de enfrentamento do processo saúde e doença em relação ao usuário e seus familiares. Diante disso, poderão ser desenvolvidas as seguintes intervenções: reuniões familiares com o cuidador principal, entrevista inicial com o usuário, orientações familiares, acompanhamento psicológico individual e familiar e grupos terapêuticos.

Terapeuta Ocupacional: Objetiva estimular a autonomia e independência do usuário. Realiza suporte familiar para adequação e acessibilidade do domicílio, assim como atua diretamente no processo de reabilitação, realizando atendimentos com o usuário voltados para o treino funcional (estimulação da capacidade para realização das atividades de vida diária (AVD's), tais como higiene pessoal, banho, vestir-se, entre outros e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), tais como a manipulação de dinheiro, cuidados com a casa, entre outros), estimulação cognitiva, confecção de órteses e outros tipos de equipamentos. Também procura desenvolver estratégias para a reestruturação da rotina da família/usuário após a alta.

Telefone: (16) 31719050

Vídeo Institucional: <https://www.youtube.com/watch?v=6bSLri8fcvI>

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. Para segurança do usuário e eficácia do tratamento, não manipule os aparelhos e os equipamentos hospitalares;
2. Não é permitido adentrar em outras enfermarias/apartamentos e nas áreas exclusivas para funcionários (postos de enfermagem, copas e demais salas de serviços);
3. Se precisar de atendimento, acione a campainha para chamar a enfermagem;
4. Nas dependências da UCP, evite fazer barulho. Atente-se ao volume de voz, rádio, celulares e televisão.
5. É proibido trazer ou consumir bebidas alcoólicas e entrar sob efeito de álcool (embriagado);
6. É proibido entrar portando qualquer tipo de objeto cortante.
7. O registro de imagens (fotografias, filmagens) só é permitido diante do consentimento de todos envolvidos.
8. Apenas um acompanhante terá direito a refeição oferecida pela UCP; Terá direito à refeição aqueles acompanhantes que chegarem com, pelo menos, uma hora de antecedência.
9. O horário de recolher é estabelecido às 23 horas.
10. O horário de banho, medicação e atendimento pela equipe multidisciplinar deve ser respeitado.
11. Caso exista necessidade estabelecida pela equipe, ou pelo número de leitos ocupados, o quarto será dividido entre dois usuários. A unidade não disponibiliza leitos para acompanhantes, apenas poltronas.
12. Roupas dos usuários serão identificadas no posto de enfermagem. Sempre que trouxerem novas peças, os familiares deverão informar a equipe de enfermagem.
13. Oriente-se que os familiares não tragam objetos de valor e excesso de roupas, apenas o que for necessário.



UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS



Manual de Orientações ao usuário e aos seus familiares

Neste Manual constam rotinas e orientações que foram desenvolvidas pela Equipe Multiprofissional da UCP, visando à segurança e à preservação do bem-estar do usuário. Pedimos-lhe que o leia atentamente e, caso tenha dúvidas, que solicite esclarecimentos à equipe de profissionais da instituição.

INTERNAÇÃO: Para efetivar a internação o usuário deve estar acompanhado de uma pessoa que será a responsável. Ela fornecerá as informações solicitadas e apresentará os documentos do usuário.

OBJETOS USUÁRIOS: Ao ser internado, o usuário deve trazer objetos de uso pessoal (pijama, chinelos, roupas) e material para higiene (escova e creme dental, pente, sabonete, desodorante, etc.) OBS: O hospital não se responsabiliza por valores, aparelhos eletrônicos, jóias ou objetos deixados nas acomodações por usuários, acompanhantes ou visitantes.

ALIMENTAÇÃO: A alimentação faz parte do tratamento do usuário, a cada um é administrada uma dieta específica, sendo assim, não é permitido oferecer a eles alimentos ou bebidas que não sejam autorizados pelo nutricionista. Frutas é o único alimento que pode ser trazido pelos acompanhantes de casa. O profissional da Nutrição está à disposição, de segunda a sexta-feira, para tirar dúvidas ou emitir autorização para entrada de alimentos.

ACOMPANHANTES: É importante que as informações relacionadas ao usuário sejam compartilhadas com os demais membros da família. É importante que sejam seguidas as normas e rotinas do hospital. Somente usuários acima de 18 anos poderão ficar como acompanhantes. É permitida a permanência de apenas um acompanhante por vez. Não é permitido entrar na instituição sem camisa ou com roupas consideradas impróprias para esse ambiente (shorts, minissaia, roupas transparentes e decotes avantajados). Vale lembrar que não é obrigatória a presença do acompanhante, porém caso a equipe avalie esta necessidade, a família será comunicada.

VISITANTES: Sua presença é muito importante para a recuperação do usuário, por isso evite discutir temas polêmicos ou trazer informações que possam gerar preocupação, pois ele precisa de muita tranquilidade nesse momento. O horário de visitas foi estabelecido de modo a atender a privacidade, o bem-estar e o tratamento do usuário, respeitando a execução da rotina diária de atendimento (banho, medicação, curativos, alimentação, etc). Dessa forma, são autorizadas visitas de apenas dois visitantes por vez, sendo eles acima de 12 anos. O hospital **não** oferece refeição para visitantes, sendo

assim, caso haja visitas em horário de administração das refeições, a mesma será oferecida apenas para o acompanhante. Vale ressaltar que o horário de visitas fica estabelecido das **09:30 horas às 20 horas**.

MEDICAMENTOS: Ao ser internado, o usuário não deve fazer uso de nenhuma medicação que tenha trazido de casa sem antes consultar a enfermagem e o médico.

REUNIÕES COM A FAMÍLIA: É de suma importância que os familiares participem das reuniões que a equipe multidisciplinar convocar. Assim, a permanência do usuário na UCP também depende da participação da família durante a reabilitação.

EQUIPE DE SAÚDE MULTIDISCIPLINAR

A equipe é responsável por avaliar, planejar e executar o processo de reabilitação do usuário. Realiza reuniões semanais, as quais acontecem segundas-feiras às 14h15min e quintas-feiras 11horas, durante esse período a equipe não está disponível para atendimentos. Vale acrescentar que cada profissional juntamente com a equipe tem autonomia para decidir o número de terapias a serem efetuadas de acordo com a necessidade de cada usuário, ressaltamos que a mesma encontra-se disponível para esclarecer todas as dúvidas que surgirem durante o tratamento. A seguir constam as atividades desempenhadas por cada profissional:

Assistente Social: Esclarecer e orientar os usuários sobre seus direitos e prestar informações sobre a Unidade, entrevista familiar logo na admissão, encaminhamentos para a rede de saúde do município de origem do usuário, visita domiciliar, quando necessário, reuniões familiares, orientação em relação aos recursos existentes na rede de saúde e demais políticas públicas, orientação previdenciária e, apoio e acolhimento aos familiares. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira das 14h00 às 20h00.

Equipe de Enfermagem: Prestar assistência aos usuários, atendendo às suas necessidades, Propiciar condições e ambiente que facilitem o restabelecimento da saúde dos usuários internados; Executar as prescrições médicas e demais determinações da equipe, Manter atualizado e em ordem o material, equipamento, roupas e medicamentos sob sua guarda. O serviço funciona 24horas e é composto por enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Farmacêutico: Na Unidade de Cuidados Prolongados presta-se atenção farmacêutica por meio da qual assistirá os medicamentos e o usuário sempre com a visão mais próxima de sua realidade no lar. Portanto, a seleção, o fracionamento de doses, efetividade do medicamento e efeitos colaterais sempre serão estudados para melhor atender o usuário durante o período de internação e também em domicílio.

Fisioterapeutas: Realizar atendimentos de reabilitação nas diversas patologias existentes nas áreas da fisioterapia traumato-ortopédica, neuro-funcional, respiratória, geriátrica, reumática, a fim de conseguir uma melhor qualidade funcional.

Fonoaudióloga: Possibilitar ao usuário disfágico (com dificuldades de engolir), que permaneça ou não com sondas ou cânulas de traqueostomia, retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção, mastigação, deglutição, evitando infecções respiratórias por aspiração, além de atuar nos problemas de comunicação, de compreensão e voz (afasia, dispraxias, disartria, disfonias e disartrófonias).

ANEXO F - Projeto terapêutico Singular - Modelo de impresso unidade A**PROJETO TERAPÊUTICO**

Paciente: _____ Até dia: _____

| |
|---------------------|
| FISIOTERAPIA |
| FONO |
| ENFERMAGEM |
| TERAPIA OCUPACIONAL |
| PSICOLOGIA |
| NUTRIÇÃO |
| MÉDICO |
| ASSISTENTE SOCIAL |

ANEXO G - Projeto terapêutico Singular - Modelo de impresso unidade B

Nome: _____ idade: _____ quarto: _____ leito: _____

| PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR | | | | |
|--|------------------------------|---------------------|--|-------------------|
| Problema Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Intervenções | Prazo Responsável | Observação |
| Problema Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Intervenções | Prazo Responsável | Observação |
| Problema Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Intervenções | Prazo Responsável | Observação |

| | | | | |
|--|------------------------------|---------------------|--|-------------------|
| Problema Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Intervenções | Prazo Responsável | Observação |
| Problema Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Intervenções | Prazo Responsável | Observação |

Assinatura dos profissionais responsáveis:

ANEXO H - Procedimento Operacional Padrão de Admissão de Pacientes



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO
 CNPJ: 45.318.508/0001-70 – Inscrição Estadual: isento
 R: Tenente Salviano, 125 – Centro – Pedregulho – SP
 Cep: 14.470-000 – Fone/fax: (16) 3171-9050
 E-mail: santacasa.pedregulho@gmail.com

| | |
|--|------------------|
| PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP ROTINA UCP | POP-01.P001/2013 |
| | Edição 01 |
| ADMISSÃO DE PACIENTES | |

Procedimentos

- 1- Imprimir o Formulário de Pré-Alta (Anexo I).
- 2- Verificar se o paciente esta com a vaga liberada e responder ao solicitante a confirmação, informando o dia e a hora que será admitido.
 Observação: Por orientação do Departamento Regional de Saúde- DRS Franca e Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão- CEALAG, receber o paciente somente de segunda à quinta-feira em horário comercial.
- 3- Solicitar a disponibilização do leito à equipe de enfermagem.
- 4- Quando o paciente chegar, solicitar que o transporte estacione na entrada do Pronto Socorro.
 Observação: Qualquer membro da equipe pode receber o paciente sempre com um auxilio de um técnico de enfermagem.
- 5- Cabe a quem receber o paciente preparar o prontuário e preencher os "Dados Pessoais" dos formulários. Lembre-se todas as folhas devem conter nome, idade, quarto, leito e data.
- 6- No formulário de admissão (Anexo I) ficou acordado como responsabilidade a cada um membro da equipe as seguintes funções para o preenchimento:
 - Caracterização Social à Dados da Internação- **Assistente Social.**
 - Resumo da Admissão- **Médico/enfermagem.**
 - Barthel- **Terapeuta Ocupacional**
 - Lawton- **Terapeuta Ocupacional**
 - Minimental- **Psicóloga**
 - Get up and go- **Fisioterapeuta**

Elaborado pela Equipe da Unidade de Cuidados Prolongados- UCP
 Santa Casa de Misericórdia de Pedregulho- SP
 Página 1 de 2



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PEDREGULHO
 CNPJ: 45.318.508/0001-70 – Inscrição Estadual: isento
 R: Tenente Salviano, 125 – Centro – Pedregulho – SP
 Cep: 14.470-000 – Fone/fax: (16) 3171-9050
 E-mail: santacasa.pedregulho@gmail.com

- Braden- **Enfermagem**
 - Charlson- **Médico**
 - Mini nutricional- **Nutricionista**
 - Depressão/ GDS- **Psicóloga**
 - Antecedentes Pessoais- **Enfermagem**
 - Hábitos e Medicções em Uso- **Farmacêutico**
 - Vacinação/ Antecedentes Familiares e Exame Físico Detalhado- **Enfermagem e Médico**
- 7- Todos os profissionais devem avaliar o paciente e relatar na ficha de evolução em até 72 horas da sua admissão. As avaliações não obedecem uma sequencia de profissionais, considerando o horário da chegada, a rotina da Unidade, entre outros, respeitando a individualidade e o tempo do paciente. Cabe também a estes profissionais trazerem para discussão da reunião de equipe os problemas, objetivos terapêuticos (globais) e intervenções, afim de otimizar o tempo na construção do Plano Terapêutico Singular.
- 8- A equipe transdisciplinar deve-se reunir minimamente duas vezes na semana, afim de traçar os objetivos terapêuticos que devem ser revistos em uma semana.
- 9- Montar o Prontuário do paciente na seguinte ordem:
- Boletim de internação
 - Resumo de Saída
 - Admissão+ escalas preenchidas (pode-se anexar algum formulário específico)
 - Formulário de reunião Multidisciplinar (por data)
 - Evolução (por data)
 - Sistematização de enfermagem
 - Prescrição médica.

ANEXO I - Checklist de Visita Multiprofissional**DADOS PESSOAIS**

Nome: _____

Como gostaria de ser chamado? _____

Informante:

Hipóteses Diagnósticas:

1) _____ CID 10 _____

2) _____ CID 10 _____

HISTÓRICO

HAS ()sim ()não

DM ()sim ()não

ICC ()sim ()não

Dislipidemia ()sim ()não

AVC prévio? ()sim ()não data ___/___/___

Insuf. Arterial periférica? ()sim ()não

Insuf. Venosa periférica? ()sim ()não

Disfunção renal ()sim ()não

DPOC ()sim ()não

Transtorno de comportamento ()sim ()não

Qual? _____

Etilista ()sim ()não

Tabagista ()sim ()não

Controle de esfíncteres ()sim ()não

Fraturas prévias ()sim ()não _____

Quedas nos últimos 6 meses: () nenhuma () 1 () 2 ou mais

Cirurgias prévias _____

Alergia a medicamentos? _____

Óculos ()sim ()não

Aparelho auditivo ()sim ()não

Prótese dentária ()sim ()não

EXAME FÍSICO DETALHADO

S= Sim N=Não NA= não se aplica

| | / / | / / | / / | / / | / / |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| Data | | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | |
| Hidratado | | | | | |
| Acianótico | | | | | |
| Tipo de Dieta | | | | | |
| Há aceitação da dieta? | | | | | |
| Posição da SNG ou SNE | | | | | |
| Cabeceira elevada 30° ou mais | | | | | |
| Higiene Bucal | | | | | |
| Higiene Geral | | | | | |
| Ausculata Cardíaca | | | | | |
| Ausculata Pulmonar | | | | | |
| Abdome | | | | | |
| Diurese presente | | | | | |
| Evacuação presente | | | | | |
| Diarréia | | | | | |
| Edema Onde? _____ | | | | | |
| Úlcera por pressão grau ___ Onde? _____ | | | | | |
| Colchão caixa de ovo | | | | | |
| Dor (utilizar escala analógica) | | | | | |
| Analgesia está adequada | | | | | |
| Sonda Vesical | | | | | |
| Em uso de profilaxia para TVP/TEP | | | | | |
| Os exames foram checados | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Queixa do paciente / acompanhante:

Providências / Exames a serem realizadas**Preenchido por**

ANEXO J - Checklist de Avaliação Doméstica

TERAPIA OCUPACIONAL
CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DOMÉSTICA

Data: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____ Leito _____

Endereço: _____ Cidade _____

Contato familiar: ()Filho(a) ()Cônjuge ()Pai/Mãe ()Irmão(a) ()Outro _____

Nome: _____ Tel: _____ Cel: _____

Diagnóstico: _____ Condições de mobilidade:

()Sem dispositivos ()Bengala _____ ()Andador ()Cadeira de Rodas ()Outros _____

EXTERIOR

Casa fica em: ()Terreno Plano ()Subida

Tipo de casa: ()Casa própria ()Casa alugada ()Apartamento ()Asilo ou similar () _____

Andares: ()Térrea ()Sobrado () _____

Entrada: ()Inclinada ()Plana ()Lisa ()Irregular – É possível arrumar a entrada? (S)(N)

Garagem: ()Sim ()Não – Garagem é acessível?

ENTRADA

Pela ()Frente ()Fundos ()Lateral – É Acessível ()Sim ()Não

Degraus: ()Sim ()NãoQuantidade: _____

Há corrimão: ()Sim ()Não Altura de cada um: _____

Onde Ficam: ()Direita ()Esquerda Largura: _____

Altura do corrimão desde a superfície do degrau: _____ Profundidade: _____

Se não há corrimão, qual o espaço disponível para colocar: _____

O degrau é escorregadio: ()Sim ()Não

Rampas: ()Sim ()Não – Se sim, ()na frente da entrada ()atrás da entrada Altura _____

Há corrimão ()Sim ()Não Largura _____

Se sim, localização ()direita ()esquerda Comprimento _____

Se não há rampa, quanto de espaço há disponível para uma: _____

Varanda: ()Sim ()Não Largura _____ Comprimento _____

Soleira no mesmo nível do chão ()Sim ()Não

Porta: ()Abre para dentro ()Abre para fora ()Deslizante () _____

Largura da porta _____ Altura da soleira: _____ / Há possibilidade de mudança?(S) (N)

INTERIOR

Quantidade de cômodos: _____ Interruptores e tomadas acessíveis ()Sim ()Não Altura _____

Sala de Estar: A mobília é adequada para manobrar facilmente? ()Sim () não

A mobília frequentemente usada é acessível? ()Sim ()Não

Tipo de revestimento do piso: _____

Descreva os móveis desse ambiente:

Hall de Entrada: Uma cadeira de rodas ou dispositivo para locomoção podem ser manobrados no hall de entrada? ()Sim ()Não Largura do hall: _____ Largura da porta: _____

Curvas fechadas: ()Sim ()Não

Degraus: ()Sim ()NãoQuantidade: _____

Há corrimão: ()Sim ()Não Altura de cada um: _____

Onde Ficam: ()Direita ()Esquerda Largura: _____

Altura do corrimão desde a superfície do degrau: _____ Profundidade: _____

Quarto de dormir: ()Só para uma pessoa ()Compartilhado com quem _____

É suíte ()Sim ()Não – Se não, há espaço para um banheiro: ()Sim ()Não

Porta ()abre para dentro ()abre para fora ()deslizante () _____

Largura da porta _____ Altura da soleira: _____ / Há possibilidade de mudança?(S) (N)

Leito: ()Casal ()Solteiro ()Queen Size ()King Size ()Leito hospitalar

Altura do chão até o colchão _____ Leito hospitalar caberia no quarto se necessário?(S) (N)

Roupas: Gavetas são acessíveis ()Sim ()Não ()à direita ()à esquerda

Armário é acessível ()Sim ()Não ()à direita ()à esquerda

Descreva a disposição dos móveis do quarto:

Banheiro:

Porta ()abre para dentro ()abre para fora ()deslizante () _____

Largura da porta _____ Altura da soleira: _____ / Há possibilidade de mudança?(S) (N)

Banheira: ()Sim ()Não

Chuveiro: com Box ()Sim ()Não Largura da porta _____ Acessível: ()Sim ()Não

Altura da borda inferior: _____

Pia: altura _____ Tipo de torneira _____

Vaso sanitário: altura desde o chão _____ localização do papel higiênico: _____

Distância do vaso até a parede lateral: direita _____ esquerda _____

Barras de apoio: () Sim () Não

Localização _____

Obs: _____

Cozinha: Porta () abre para dentro () abre para fora () deslizante () _____

Largura da porta _____ Altura da soleira: _____ / Há possibilidade de mudança?(S) (N)

Fogão: altura _____ obs: _____

Forno: altura do chão até a maçaneta _____ localização do forno: _____

Pia: altura _____ tipo de torneira _____

Uma cadeira de rodas cabe sobre a pia: () Sim () Não

Armários: acessíveis de cadeira de rodas () Sim () Não Altura das pegas _____

Geladeira: Abre para a () direita () esquerda Acessível de cadeira de rodas () Sim () Não

Mesa da cozinha: altura desde o chão _____ acessível () Sim () Não

As cadeiras são () leves () pesadas

Obs: _____

Lavanderia: Porta () abre para dentro () abre para fora () deslizante () _____

Largura da porta _____ Altura da soleira: _____ / Há possibilidade de mudança?(S) (N)

Degraus: () Sim () NãoQuantidade: _____

Há corrimão: () Sim () Não Altura de cada um: _____

Onde Ficam: () Direita () Esquerda Largura: _____

Altura do corrimão desde a superfície do degrau: _____ Profundidade: _____

Se não há corrimão, qual o espaço disponível para colocar: _____

Lavadora: () Abertura em cima () Abertura na frente Acessível: () Sim () Não

Secadora: () Abertura em cima () Abertura na frente Acessível: () Sim () Não

SEGURANÇA

Tapetes () Sim () Não Possuem antiderrapantes () Sim () Não

Localização _____

Telefone: acessível () sim () não Localização _____

Caixa de correio: acessível () sim () não Localização _____

Assoalho irregular: () sim () não Localização _____

Móveis com quinas pontiagudas: () sim () não Localização _____

Áreas cheias de objetos desnecessários: () sim () não Localização _____

Cheklis adaptado de:

FOTI, D. Atividades de Vida Diária (Checklist da visita doméstica). In PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. – Terapia Ocupacional – Capacidades Práticas para as disfunções físicas. São Paulo, Roca, 2004.

LISTA DE PROBLEMAS:

RECOMENDAÇÕES PARA MODIFICAÇÃO:

Profissional Responsável: _____

ANEXO K - Formulário de Alta

| | | | |
|--|-------|---------|-------|
| Nome: | | Idade: | Nasc: |
| Estado civil: | Sexo: | | CNS: |
| Endereço | | Cidade: | |
| FORMULÁRIO DE ALTA DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS | | | |
| RESUMO DE ALTA | | | |

(Aqui se realiza uma breve descrição do caso)

| |
|---------------------------------|
| AValiação Global de Alta |
|---------------------------------|

| Situação na Admissão | | Situação na Alta | |
|----------------------|--------|-------------------|-------|
| Índice de Barthel | X/ 100 | Índice de Barthel | X/100 |

Úlceras de pressão () sim () não

Localização: _____ Grau: () I () II () III () IV

Localização: _____ Grau: () I () II () III () IV

Localização: _____ Grau: () I () II () III () IV

Localização: _____ Grau: () I () II () III () IV

Sondas, cateteres e estomias –

- () Sonda vesical de demora Data da última troca: __/__/__
- () Sonda nasoenteral Data da última troca: __/__/__ () D () E
- () gastrostomia Data do procedimento: __/__/__
- () colostomia Data do procedimento: __/__/__
- () Jejunostomia Data do procedimento: __/__/__

MEDICAÇÕES PRESCRITAS NA ALTA

| MEDICAÇÃO | POSOLOGIA |
|-----------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ORIENTAÇÕES GERAIS DE ALTA

Assinatura da equipe responsável:

Fonoaudióloga responsável:

Médico(a) responsável:

Assistente Social responsável:

Enfermeiro(a) responsável:

Farmacêutico responsável:

Fisioterapeuta responsável:

Nutricionista responsável:

Terapeuta ocupacional responsável:

Psicóloga responsável:

ANEXO L - Procedimento Operacional Padrão - Rotina de Alta

| | |
|--|------------------|
| PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO- POP ROTINA UCP | POP-01.P001/2013 |
| | Edição 01 |
| Rotina de Alta | |

Procedimento:

1. A alta do paciente começa a ser preparada no dia da admissão obedecendo aos seguintes tópicos:
 - a. Investigação Social,
 - b. Agendamento de reuniões familiares com a equipe, para as próximas duas semanas,
 - c. Orientações referentes ao período de internação e a continuidade do tratamento após a alta,
 - d. Informar para a Atenção Básica a entrada do paciente na Unidade de Cuidados Prolongados (UCP), contendo:
 - Nome
 - Data de nascimento
 - Cartão SUS
 - Registro Geral-RG
 - Cadastro de Pessoa Física (CPF)
 - Endereço
 - A patologia de base
 - Previsão de alta.
2. Na primeira etapa,
 - a. Deve ser realizado uma reunião familiar, na qual é realizada avaliação domiciliar, utilizando o “*check list*” padronizado pela unidade (Anexo).
 - b. Após minuciosa análise, acordar com a família as principais adaptações domésticas a serem realizadas, tendo em vista a preparação e adequação do lar para o retorno do paciente.

Observação: O acordo anteriormente citado deve ser documentado de forma escrita, sendo uma via para a unidade e uma para a família, sem prejuízo da orientação oral, com prazos previamente negociados para as adaptações, viabilizando um monitoramento nas semanas seguintes.

3. Na segunda etapa:
 - a. No início da segunda semana deve ser realizada uma reunião familiar, visando o esclarecimento e a contratação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e informando as expectativas da equipe quanto às capacidades e/ou incapacidades de seu familiar no momento da alta, sendo efetuada também a eleição do principal cuidador, bem como fomentar no núcleo familiar o retorno do paciente ao lar.
 - b. Iniciar o treinamento familiar em relação aos cuidados identificados que necessitarão ser prestados ao paciente após a alta, que se estenderão durante toda a internação.

4. Na terceira etapa:
 - a. A equipe definirá o dia da alta, bem como a necessidade de antecipação ou prorrogação da mesma e averiguação da necessidade de equipamentos adaptativos (cadeira de rodas e banho, fraldas entre outros) e encaminhamentos para as Políticas Públicas do município de origem.
 - b. Paciente é referenciado para atenção básica e/ou outros equipamentos do Município de origem.
 - c. Durante os encontros referentes ao Acompanhamento Terapêutico realizado pela psicóloga é trabalhada a alta do paciente e transmitida a informação ao paciente quanto à data da mesma.
 - d. Realização de nova reunião familiar para informar o dia da alta bem como identificar as necessidades de apoio para aquisição dos equipamentos de saúde citados acima, transporte, fralda e outras demandas identificadas. Nesta reunião, a família deverá prestar uma devolutiva para a equipe, em relação às adaptações domésticas orientadas e acompanhadas pela equipe durante o processo de internação, por meio de declaração verbal e/ou fotos, vídeos, visita domiciliar.

Observação: em casos específicos, a visita domiciliar pode acontecer no decorrer das adaptações ou após a efetuação das mesmas, a fim de averiguar e/ou apoiar tal processo.

5. Na quarta etapa:
 - a. Entre a terceira e a quarta semana o serviço de atenção básica da cidade de origem do paciente, dá um parecer em relação aos agendamentos previamente solicitados.

- b. Quando possível, além da assistente social, os profissionais da UCP, entrarão em contato com a equipe que continuara os cuidados na cidade de origem, para estabelecimento de vínculo e orientações quanto ao tratamento e evolução do caso.

Observação: em casos específicos, esse contato pode ser realizado nas semanas anteriores, a fim de que tal equipe possa auxiliar a UCP e a família no que for necessário.

- c. Os profissionais iniciam o processo de encerramento das terapias, fazendo um fechamento terapêutico das mesmas e reaplicando as escalas, de acordo com a divisão profissional já estabelecida no Protocolo de admissão.
- d. Preenchimento do relatório de alta pela equipe e elaboração de relatórios profissionais específicos de atendimento e encaminhamento. Os relatórios são impressos em duas vias, sendo uma para anexo ao prontuário e outra para ser entregue, no momento da alta, ao paciente ou cuidador/familiar.

Observação:

Para aqueles pacientes que permanecerão na unidade mais que 30 dias, devido à prorrogação da alta, é estabelecido entre a equipe, os cuidados a serem prestados, sendo acordado com o paciente a sua permanência e realizado uma reunião familiar a fim de esclarecer a família dos motivos da prorrogação, também acordando com os mesmos a permanência do familiar na UCP.

Nos casos de adiantamento da alta, não há mudança nas tarefas a serem feitas pela equipe, para o bom andamento da mesma, contudo à medida que a equipe identifica a possibilidade de antecipação da alta, os procedimentos de apoio familiar, encaminhamento, orientação, adaptação doméstica e treino ao cuidador, também serão adiantados.

6. Dia da alta:

a. Realizada uma reunião com a família e paciente a fim de oferecer as últimas orientações. Cada profissional oferece a família informações sobre o processo e evolução e finalização terapêutica do paciente, reforçando a manutenção dos estímulos treinados com a família durante a internação. Também são reforçadas orientações quanto a aquisição e uso de medicações e fraldas, bem como as datas e locais de encaminhamento e seguimento na cidade de origem. Esclarecimento de dúvidas

b. Despedida entre os pacientes e profissionais

