

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

JORDELINA SCHIER

**HOSPITAL-DIA GERIÁTRICO:
SUBSÍDIOS PARA CONFORMAÇÃO DESSE SERVIÇO NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

JORDELINA SCHIER

**HOSPITAL-DIA GERIÁTRICO:
SUBSÍDIOS PARA CONFORMAÇÃO DESSE SERVIÇO NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S332h Schier, Jordelina
Hospital-Dia Geriátrico [tese] : subsídios para
Conformação desse serviço no sistema público de saúde
brasileiro / Jordelina Schier ; orientadora, Lúcia Hisako
Takase Gonçalves. - Florianópolis, SC, 2010.
186 p.: quadros

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Hospitais Dia. 3. Idosos. 4.
Geriatrics. 5. Gerontology. 6. Serviço de saúde para
idosos. I. Gonçalves, Lúcia H. Takase - (Lúcia Hisako
Takase). II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JORDELINA SCHIER

**HOSPITAL-DIA GERIÁTRICO: SUBSÍDIOS PARA
CONFORMAÇÃO DESSE SERVIÇO NO SISTEMA PÚBLICO
DE SAÚDE BRASILEIRO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOCTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves
Presidente



Dra. Maria Gaby R. de Gutiérrez
Membro

Dr. Wilson Jacob Filho
Membro

Dr. Carlos Alberto J. da Silva
Membro

Dra. Silvia M. A. dos Santos
Membro

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro

*Dedico este trabalho a minha
amiga, orientadora e mestre
Lúcia Hisako Takase Gonçalves.
Sou grata por todo saber
compartilhado!*

*Agradeço especialmente minha
amiga e mestre Sílvia Maria
Azevedo dos Santos.*

AGRADECIMENTOS

À LUZ DIVINA presente na minha vida, condutora do meu viver, iluminadora das minhas escolhas! Segurança e conforto sempre!

À MINHA FAMÍLIA:

Presença constante e essencial!

São pessoas fortes, alegres, carinhosas!

Sempre dispostos a acolher mais um amigo como membro da família.

Grandiosa em número e generosa em fonte de amor!

Mãe! Eu sinto tuas orações sempre. Obrigada!

AOS MEUS AMORES:

Bill, o amor da minha vida!

Roberto, meu filho (eu que fiz!), a vida do meu amor!

À MINHA FAMÍLIA AMPLIADA E DO CORAÇÃO:

Amigos e companheiros de trabalho no HU/UFSC, equipe da Unidade de Tratamento Dialítico, especialmente as enfermeiras Ângela Luckner Goulart e Alzira Testoni.

NIPEG/HU/UFSC, onde nasceu a temática desta tese!

Grupo de Pesquisa GESPI, local de encontros e reflexões sobre o cuidado com o idoso!

NETI/UFSC, onde estou em contato direto com pessoas que vivem e envelhecem aprendendo e ensinando!

Aos professores do PEN/UFSC e aos professores convidados Dr. Francisco J. Mercado Martínez e Dra. Leticia Robles Silva, muitíssimo obrigada pelo incentivo e oportunidade!

À diretoria da SBGG-SC, em especial aos amigos Paulo César dos Santos Borges e Sílvia Maria Azevedo dos Santos, com os quais tenho compreendido a amplitude da gerontologia. Quanto evoluímos e o quanto ainda temos por fazer!

HDG do HC-FMUSP, em especial aos geriatras Wilson Jacob Filho, Juliana Yumi Tizon Kasai, Betina Barbiero Saad e Marlon Juliano Romero Aliberti, que abriram as portas do HDG e acolheram minhas necessidades de pesquisa e ideais de gerontóloga!

HDI de Anápolis, em especial a Júlia Oliveira e sua equipe 10! Também abriram as portas do HDI e mostraram a realidade possível.

M. Gorete Savi, Bibliotecária da BU/HU/UFSC, por me conduzir nas bases de dados; Bibliotecária Vera Ingrid, pela busca dos textos completos; Bibliotecária Eva Maria Seitz, presença que apóia e realiza! Colaboração Cochrane do Brasil, em especial a pesquisadora Cristiane Rufino de Macedo, por contribuir com o entendimento e a construção das estratégias de busca nas bases de dados.

Claudia Crespi Garcia, secretária do PEN/UFSC, pela paciência e eficiência na formatação da tese em tempo recorde!

Prof.^a Lia Rosa Leal, revisora de português, pela leitura atenta e cuidadosa!

Escola de Inglês One to One, em especial ao querido mestre e amigo Prof. Alfredo Branco!

AS AMIGAS DE MUITAS JORNADAS no Grupo de Leitura Infinito, minhas queridas amigas Marliese, Beatrice, Ana Paula, Anne, Marlene, Beth e Rita!

Companheiras do GESPI e do Doutorado, nem posso nominar...
E você, Silvinha, querida amiga, quanto colo você me deu!!!

BANCA EXAMINADORA, caros professores:

Maria Gaby R. de Gutiérrez, Wilson Jacob Filho, Carlos Alberto J. da Silva (Prof. Paraná), Silvia Maria A. dos Santos e Alacoque L. Erdmann, pelas contribuições, reflexões e por apontar caminhos!

Sou grata às pessoas idosas e suas famílias pelos ensinamentos generosos, pelas manifestações carinhosas e, sobretudo, por me ensinarem a viver um dia de cada vez, e cada dia como se fosse o único!

Desejo que o viver envelhecendo não seja um exercício doloroso de sobrevivência, mas a celebração de uma vida bem vivida, em cada entardecer.

Nina Schier

SCHIER, Jordelina. **Hospital-Dia Geriátrico**: subsídios para conformação desse serviço no sistema público de saúde brasileiro. 2010. 186 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

O hospital dia geriátrico (HDG) é uma modalidade de serviço intermediário e complementar para a pessoa idosa e sua família cuidadora com quadro de agravos à saúde necessitando cuidados gerontogeriátricos, orientação terapêutica e reabilitação, com possibilidades de voltar ao convívio diário familiar. Ainda é rara em nosso meio, embora o sistema brasileiro de saúde preveja sua oferta em Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso e estabeleça requisitos para organizá-lo, implantá-lo e credenciá-lo, bem como critérios para internação nesse regime (BRASIL, 2002). **Objetivo:** Identificar os subsídios necessários para os cuidados adotados em HDG descritos na literatura e presentes nos serviços brasileiros, com vistas a compô-lo no contexto de sistema público de saúde. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida com duas estratégias para a coleta dos dados: revisão de literatura seguindo alguns passos da metodologia da Colaboração Cochrane e pesquisa de campo para mapear os serviços públicos de HDGs existentes no Brasil. Estudo realizado entre novembro de 2008 e fevereiro de 2009. Resultados agrupados por semelhança de ideias centrais, conforme método de análise temática. Discussão realizada à luz do marco referencial que contemplou o *background* sobre HDG, as políticas públicas e de saúde da pessoa idosa e o serviço de HDG, além da concepção do serviço público de saúde segundo Merhy como subsídio para conformá-lo. Pesquisa certificada pelo Comitê de Ética na UFSC sob n°. 086. **Resultados:** Pesquisa bibliográfica realizada nas principais bases de dados eletrônicas da saúde: Biblioteca Cochrane – Revisões sistemáticas; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Medline; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL); Base de dados de Enfermagem (BDENF);

PubMed; e de organismos internacionais, como PAHO e WHOLIS, além do Banco de Teses da Capes resultou em 7286 referências. Destas, 30 publicações compuseram a amostra da literatura, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. O levantamento dos HDGs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do MS resultou em 11 serviços cadastrados, dos quais dois foram incluídos por estarem em funcionamento efetivo. No processo de análise dos dados foram identificados seis temas centrais agrupados em dois eixos temáticos para discussão dos resultados. Eixo 1: o HDG como modalidade de cuidado ao idoso (gestão do cuidado; instrumentos de avaliação da pessoa idosa; participação do usuário) e Eixo 2: HDG como realidade factível (perfil do usuário; organização do serviço; sistema de avaliação de efetividade). Em síntese, a literatura demonstrou concordância entre os autores quanto à abordagem integral do usuário desse serviço, sendo indissociável a atenção às questões sociais e de saúde. Portanto, parece constituir-se em um serviço híbrido prestado por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar e promotora da integralidade de ações cuidativas baseadas nas melhores práticas a favor do usuário protagonista (pessoa idosa e sua família cuidadora). A revisão da literatura é expressiva quanto à factibilidade do HDG, principalmente em alguns países europeus, especialmente no Reino Unido, mas também no Canadá, nos USA e na Austrália. Sua organização e funcionamento estão condicionados aos objetivos do serviço de HDG, à disponibilidade de meios organizados para o seu funcionamento e ao sistema de avaliação de sua efetividade. Tais condicionantes sustentam o HDG como modalidade assistencial intermediária e complementar dentro de um sistema organizado de atenção à saúde da pessoa idosa. **Conclusão:** O perfil do usuário do HDG é determinante no modelo de organização e funcionamento e na definição dos objetivos e metas condizentes com a realidade local e com os recursos disponíveis. Os HDGs públicos no Brasil apresentam modelos distintos conforme sua localização, objetivos e recursos que lhes são destinados: um centrado em reabilitação e o outro em diagnóstico e terapêutica. Trata-se de uma modalidade de assistência ao idoso e família factível no sistema público de saúde brasileiro. Os resultados desta pesquisa forneceram subsídios para uma caixa de ferramentas baseada em tecnologias cuidativas interdependentes para a organização e gestão do cuidado, com vistas à integralidade da atenção ao usuário.

Descritores: hospital dia, cuidado dia, idoso, geriatria, gerontologia, serviço de saúde, enfermagem.

SCHIER, Jordelina. **Geriatric Day Hospital:** subsidies to the conformation of that service in the Brazilian public health system. 2010. p 186. Thesis (Doctor of Nursing) Program of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, 2010.

ABSTRACT

The geriatric day hospital (GDH) is a form of complementary and intermediary service for the elderly and their carer families, with the framework of health problems that require gerontogeriatric care, therapeutic guiding, rehabilitation and the possibility of returning to a daily family living. GDH is a modality of assistance still rare in our country, but, it is expected the Brazilian Health System is going to provide it in the networks of the State of Health Care for the Elderly, and also establish the necessary requirements to the organization, implementation and accreditation of that unit, as well as the criteria for hospitalization within the GDH system (BRAZIL, 2002). **Objective:** Identifying the necessary subsidies for adopted care in the HDG. They have been described in the literature and presented in the Brazilian services, with a view to its composition in the public health system context. **Method:** It is a qualitative study approach of exploratory-descriptive type and developed using two strategies for data collection: a literature review following few steps from the Cochrane Collaboration methodology, and a field research for mapping GDH public services existing in Brazil. The research took place between November, 2008 and February, 2009. The results were grouped by central ideas similarities, according to the method of thematic analysis. The discussion was conducted in the light of a landmark that included GDH background, public policies, health for the elderly, GDH service and the design of the public health service according to Merhy as subsidy to the GDH conformation. The study was approved by the Committee of Ethics on research with human beings at the Federal University of Santa Catarina UFSC (n. 086). **Results:** The bibliographical research has been performed in the major electronic databases of health: Cochrane Library – Systematic revisions; Latin American and Caribbean literatures about Health Science (Lilacs); Medline; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL); Nursing data base (BDENF); PubMed; and international bodies like PAHO and WHOLIS and also Capes Thesis data base. The literature research strategy resulted in 7286 references. From those, 30 publications were included in the literature

sample, according to the established criteria for inclusion and exclusion. GDH survey at the National Register of Health Establishments in MS resulted in 11 registered services. Two of them were included because they were operating effectively. In the process of data analysis, six main themes, which were grouped in two main thematic axes for results discussion, have been identified. Axis 1: GDH as a modality of elderly care (care management, assessment tools of the elderly; user participation) and Axis 2: GDH as a feasible reality (user profile, service organization, effectiveness assessment system). In summary, the literature has showed agreement among authors in relation to the comprehensive approach of the user from that service, and it is inseparable for health and social issues. So, it seems to constitute itself in a hybrid service provided by a multiprofessional team with interdisciplinary performance and promoting the completeness of care actions based on the best practices favoring the user (elderly and carer family). The literature reviewing is significant about GDH feasibility, especially in some European countries like the United Kingdom, but also in Canada, USA and Australia. Its organization and operation is conditioned to the GDH service objectives, availability of organized resources for its operation, and effectiveness from the assessment system. Such conditions underpin the GDH as an intermediate and complementary care modality within an organized care health system to the elderly. **Conclusion:** The user profile of GDH is determinant in the model of organization, operation, objectives and targets definitions, consistent with local realities and available resources. In Brazil, public GDH has different models and they depend on their locations, objectives and available resources: one of them is focused on rehabilitation and the other one in diagnosis and therapy. GDH is a modality of health care for the elderly and his/her family in the Brazilian public health system. Those results provide additional help and tools based on interdependent caring technologies for care organization and management, aiming at comprehensive health care to the user.

Key words: day hospital, day care, elderly, geriatrics, gerontology, health service, nursing.

SCHIER, Jordelina. **Hospital Día Geriátrico**: subsidios para la conformación de ese servicio en el sistema público de salud brasileño. 2010. 186 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMÉN

El hospital día geriátrico (HDG) es una modalidad de servicio intermediario y complementario para el anciano y su familia cuidadora, con un cuadro de agravamientos de la salud que necesita de cuidados gerontogeriátricos, orientación terapéutica, rehabilitación y con posibilidades de volver a la convivencia familiar diaria. El HDG es una modalidad de asistencia rara en nuestro medio, a pesar de que el sistema brasileño de salud previene su oferta en las Redes Estatales de Atención a la Salud del Anciano y establece los requisitos necesarios para la organización, implementación y habilitación de esa unidad, así como los criterios para realizar la internación en el régimen del HDG (BRASIL, 2002). **Objetivo:** Identificar los subsidios necesarios para los cuidados adoptados en el HDG, que están descriptos en la literatura y presentes en los servicios brasileños, con el objetivo de implementarlos en el contexto del sistema público de la salud. **Método:** Se trata de una investigación de abordaje cualitativa, del tipo exploratorio-descriptiva, desarrollada por medio de dos estrategias para la obtención de datos: la revisión de la literatura siguiendo algunos pasos de la metodología adoptada por la Colaboración Cochrane y la investigación de campo para mapear los servicios públicos de los HDG existentes en Brasil. El período de realización del estudio fue entre Noviembre del 2008 y Febrero del 2009. Los resultados fueron agrupados por las semejanzas de las ideas centrales, de acuerdo al método de análisis temático. La discusión fue realizada a la luz del marco referencial que contempló el conocimiento sobre HDG, las políticas públicas, la salud del anciano, el servicio del HDG y la concepción del servicio público de salud según Merhy, como subsidio para la implementación del HDG. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética para la investigación con seres humanos de la UFSC (n. 086). **Resultados:** La investigación bibliográfica fue realizada en las principales bases de datos electrónicas de la salud: Biblioteca Cochrane – Revisiones sistemáticas; Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs); Medline;

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL); Base de datos de la Enfermería (BDENF); PubMed; de organismos internacionales como PAHO y WHOLIS, además del Banco de Tesis del Capes. La estrategia de búsqueda de literatura resultó en 7286 referencias. De éstas, 30 publicaciones integraron la muestra de literatura, conforme a los criterios de inclusión y exclusión establecidos. En la búsqueda por HDG en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud del MS se encontraron 11 servicios registrados. De esos once, dos fueron incluidos por estar en funcionamiento efectivo. En el proceso de análisis de datos fueron identificados seis temas centrales agrupados en dos ejes temáticos para la discusión de los resultados. Eje 1: HDG como modalidad de cuidado del anciano (gestión del cuidado; instrumentos de evaluación del anciano; participación del usuario) y el Eje 2: HDG como realidad factible (perfil del usuario; organización del servicio; sistema de evaluación de efectividad). En síntesis, la literatura demostró concordancia entre los autores en relación al abordaje integral del usuario de ese servicio, siendo indisociable la atención de los asuntos sociales y de la salud. Por lo tanto, parece constituirse en un servicio híbrido prestado por un equipo multiprofesional con actuación interdisciplinaria y promotor de la integralidad de las acciones cuidadoras basadas en las mejores prácticas a favor del usuario protagonista (el anciano y su familia cuidadora). La revisión de la literatura es expresiva en relación a la factibilidad del HDG, principalmente en algunos países europeos, especialmente en el Reino Unido, pero también en Canadá, USA y Australia. Su organización y funcionamiento están condicionados a los objetivos del servicio de HDG, a disponibilidad de los medios organizados para su funcionamiento y al sistema de evaluación de su efectividad. Tales condicionantes sustentan al HDG como modalidad asistencial intermediaria y complementaria dentro de un sistema organizado para atender la salud del anciano. **Conclusión:** El perfil del usuario del HDG es determinante en el modelo de organización y funcionamiento, en la definición de los objetivos y metas que conciben con la realidad local y los recursos disponibles. Los HDG públicos, en Brasil, presentan modelos distintos conforme a sus localizaciones, objetivos y recursos disponibles: uno centrado en la rehabilitación y el otro en el diagnóstico y terapéutica. El HDG es una modalidad factible de asistencia al anciano y su familia en el sistema público de salud brasileiro. Los resultados de esta investigación suministraron subsidios y son herramientas basadas en tecnologías cuidadoras interdependientes, para la organización y

gestión del cuidado, con vistas a la integralidad de la atención al usuario.

Palabras claves: hospital día, cuidado día, anciano, geriatría, gerontología, servicio de salud, enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Lista de descritores e termos livres/palavras-chave selecionados para as estratégias de busca. Florianópolis, 2009.	51
Quadro 2: Estratégias de busca segundo a base de dados. Florianópolis, 2009.	53
Quadro 3: Resultado Quantitativo da Busca de Literatura nas Bases de Dados – Florianópolis, 2009.	60
Quadro 4: Caracterização das publicações incluídas na amostra. Florianópolis, 2009.	64
Quadro 5: Publicações agrupadas por ideias centrais. Florianópolis, 2010.....	64

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	21
INTRODUÇÃO	25
1.1 TESE	28
1.2 PERGUNTA DE PESQUISA	28
1.3 OBJETIVO GERAL	28
2 MARCO REFERENCIAL	29
2.1 <i>BACKGROUND</i> : HISTÓRIA DO HOSPITAL DIA GERIÁTRICO.....	29
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O SERVIÇO DE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO	34
2.3 A CONCEPÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE SEGUNDO MERHY COMO SUBSÍDIO PARA A CONFORMAÇÃO DO HOSPITAL DIA GERIÁTRICO.....	41
3 MÉTODO.....	49
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	49
3.1.1 Revisão da literatura sobre hospital dia geriátrico e a metodologia da Colaboração Cochrane	49
3.1.2 Levantamento e identificação de hospitais dia geriátricos brasileiros.....	55
3.2 ANÁLISE DOS DADOS	56
3.3. ASPECTOS ÉTICOS	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO	59
4.1.1 Caracterização da Amostra de Publicações da Revisão da Literatura sobre Hospital Dia Geriátrico.....	59
4.1.2 Análise e Síntese da Amostra de Publicações da Revisão da Literatura sobre Hospital Dia Geriátrico.....	64
4.1.3 Eixo 1: Hospital Dia Geriátrico como modalidade de cuidado ao idoso	71
4.1.4 Eixo 2: Hospital Dia Geriátrico como realidade factível	75
4.2 SEGUNDA ETAPA: LEVANTAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO NO BRASIL.....	80

4.2.1 O Hospital Dia Geriátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP	81
4.2.2 Hospital Dia do Idoso de Anápolis - GO	84
4.2.3 Análise e Síntese dos Serviços Públicos de Hospital Dia Geriátrico no Brasil	86
5 SUBSÍDIOS PARA CONFORMAÇÃO DE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICES	113
ANEXO	183

INTRODUÇÃO

O hospital dia geriátrico (HDG) é um serviço de saúde intermediário que oferece cuidado e avaliação gerontogeriátrica abrangente para pessoas idosas que vivem na comunidade. Essa modalidade assistencial se expandiu e se consolidou a partir da segunda metade do século passado nos países Europeus e em outros países desenvolvidos, como Nova Zelândia, Austrália, Canadá e Estados Unidos.

Implantar um HDG exige a definição prévia de suas características, objetivos, finalidade de criação e de metodologia de trabalho (GOMÉZ, 2005). A organização desse serviço se condiciona às características do seu usuário e se baseia na provisão de um sistema de cuidados progressivos que vão desde a atenção básica, passa pela consulta ambulatorial especializada, hospitalização de casos agudos até os cuidados continuados em domicílio. Admite-se que a hospitalização pode ser agressiva ao idoso; porém, a privação das possibilidades oferecidas no hospital pode gerar situações de dependência evitáveis, e o próprio hospital tem corresponsabilidade na resolução dos problemas de cuidados continuados aos seus pacientes. Por isso, o HDG está em um nível assistencial intermediário e complementar dentro do sistema de saúde, servindo de ponte entre o hospital e a comunidade (BAZTÁN; HORNILLOS; GONZÁLES-MONTALVO, 1993).

O modelo assistencial de HDG preconiza a realização de procedimentos diagnósticos, administração de medicamentos, cuidados de enfermagem e tratamentos em curto prazo. Promove, ainda, a reabilitação funcional e monitora a resposta de tratamentos implementados, evitando assim hospitalização prolongada e re-hospitalizações. Sua adoção pode reduzir o tempo de internação e otimizar a ocupação dos leitos, diminuindo custos hospitalares. É uma modalidade de serviço que também se propõe a manter o idoso na comunidade e com a família, oferecendo educação e suporte em cuidados de saúde para reduzir a carga do familiar cuidador, entre outros tantos benefícios diretos e indiretos.

Um importante papel do HDG foi dissociar o procedimento diagnóstico e terapêutico do aspecto da hospedagem, pois no período noturno não são feitos investigação nem tratamento, o que contribuiu com a contenção de despesas em países cuja assistência médica geriátrica já estava organizada (BRITO; RAMOS, 1996; TOUSIGNANT et al., 2003; IMAZIO et al., 2004).

O aumento da população idosa brasileira, principalmente daqueles mais longevos, frágeis e dependentes, com necessidade de cuidados, tem gerado a criação de serviços voltados para esse estrato populacional, especialmente as instituições de longa permanência. Verifica-se que o momento brasileiro clama por ações mais eficazes de toda a sociedade e dos organismos, governamentais ou não, mormente ações que visem a promover a saúde, prevenir agravos e reabilitar a capacidade funcional, para que os idosos possam envelhecer com o melhor nível de saúde possível.

Diante disso, além dos serviços de saúde tradicionalmente oferecidos, como atenção ambulatorial, hospitalização e pronto-socorro, o hospital dia está surgindo como uma modalidade intermediária e complementar à assistência pré e pós-hospitalar. Até o momento, essa modalidade de assistência ainda é incipiente, com escassos relatos de experiências e pouco desenvolvimento de pesquisas, embora esteja prevista no sistema público de saúde e componha o Centro de Referência em Assistência à Saúde da Pessoa Idosa (CRASI). Talvez, um dos motivos para essa ausência ou escassez se deva à carência de ferramentas e de um conjunto de saberes que instrumentalizem tais políticas, gestores e profissionais interessados em viabilizar a produção da saúde nesse serviço.

Merhy (2002a) considera o ato de cuidar como a alma do serviço de saúde e, portanto, um dos nós críticos das questões que o envolvem. Propõe um novo modo de produzir saúde, ou seja, a mudança do modelo de atenção corporativo-centrado para um modelo usuário-centrado. É, portanto, um grande desafio! Para vencê-lo, os gestores e profissionais da saúde devem estar equipados com uma caixa de ferramentas¹ com os recursos utilizados na conformação de um serviço pautado num modo diferenciado de pensar e agir em saúde. Nesse modelo, o usuário é seu ordenador e os objetivos transcendem o cuidado meramente físico, sendo voltados para um viver mais saudável.

Como enfermeira assistencial de um hospital geral universitário cadastrado como CRASI no Estado de Santa Catarina, e, portanto, integrante das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria Ministerial GM/MS Nº. 702/2002), observei a necessidade de estudo aprofundado acerca da modalidade assistencial de HDG. Nesse

¹ A caixa de ferramentas contém o conjunto de saberes de que se dispõe para produzir os atos de saúde. E mantém-se aberta para incorporar novos saberes que possibilitem atuar sobre os processos de produção, os quais emergem sempre em fluxos de grandes incertezas (MERHY et al., 2002).

sentido, pautada no referencial teórico de Merhy (2002a), busquei conhecer as informações técnicas e científicas disponíveis acerca do HDG, tanto na literatura quanto nas experiências brasileiras.

Utilizando-me de alguns passos da revisão sistemática da literatura fiz busca nas principais bases de dados eletrônicas de ciências da saúde, nas quais, através da análise temática, encontrei duas ideias centrais: o HDG como modalidade de cuidado ao idoso e HDG como realidade factível.

Posteriormente, busquei conhecer as experiências brasileiras de HDG através de visita *in lócu* e do contato com os profissionais que atuavam nesses serviços, tanto na gestão como na assistência. Verifiquei que o campo de ação do HDG abrange conhecimento, responsabilidade e engajamento de uma equipe multiprofissional ampla que contribui com a tomada de decisão, a criação de estratégias de gestão e intervenções focadas para as necessidades da clientela assistida.

Nessa perspectiva, a enfermagem tem um papel fundamental no desenvolvimento da assistência em um HDG, desde que esteja sintonizada com um referencial de atendimento baseado num conjunto de saberes disponível para produzir o cuidado, o qual deve contemplar as práticas de acolhimento, vínculo e autonomização do usuário do serviço, práticas essas pautadas em novo modo de ser e agir em saúde, centradas no usuário e cujo ato de cuidar seja a alma do serviço de saúde (MERHY, 2002b). O ato de cuidar é entendido como processo dinâmico, o qual requer interação, respeito e ações planejadas com base no conhecimento da realidade da pessoa idosa e sua família (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

Por acreditar que o HDG é uma modalidade de assistência factível para o sistema público de saúde e encontrar em minha pesquisa subsídios na literatura que comprovam tal fato, dentro e fora do Brasil, procurei identificar os aspectos que se configuram como principais elementos de organização de serviço e do cuidado nele adotados. Busquei identificar como tais elementos poderiam compor uma caixa de ferramentas que pudesse ser mais uma das contribuições deste estudo para viabilizar a conformação de tal serviço, além de auxiliar gestores e profissionais da saúde a dar forma a essa modalidade de atenção à saúde do idoso no contexto nacional.

A composição de uma caixa de ferramentas para conformar um serviço público de HDG no Brasil tem na sua concepção um setor especializado destinado aos idosos que devem permanecer no hospital por um período máximo de doze horas, visando ao atendimento de cuidado integral de saúde. Inclui avaliação diagnóstica, tratamento e

cuidados, reabilitação e continuidade de assistência multiprofissional gerontogeriatrica pós-alta hospitalar. A família cuidadora recebe apoio e capacitação para dar continuidade ao cuidado do idoso no lar (BRASIL, 2002b).

Convém lembrar que o cuidado é a alma institucional do serviço, trabalho vivo traduzido em criatividade, autogoverno e autonomização, com atendimento integral, integrado e efetivo. Para tal, os próprios gestores e profissionais da saúde devem estabelecer vínculos entre si e com os usuários do serviço. Vínculos esses que sejam renovados ou reconstruídos de modo sólido e efetivo, ao mesmo tempo contextualizado e factível, segundo as concepções atualizadas de Merhy (2002a).

1.1 TESE

O HDG é uma modalidade de assistência ao idoso e família factível no sistema público de saúde brasileiro.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

- Como viabilizar a conformação de um serviço público de HDG no contexto brasileiro?

1.3 OBJETIVO GERAL

- Identificar os subsídios necessários para os cuidados adotados em HDG descritos na literatura e aqueles encontrados em serviços públicos brasileiros com vistas a conformá-lo no contexto de sistema público de saúde.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 *BACKGROUND*: HISTÓRIA DO HOSPITAL DIA GERIÁTRICO

Os serviços de geriatria foram originalmente desenvolvidos na Inglaterra, na década de 40, como resposta ao abandono sofrido pelos velhos nas enfermarias de hospitais gerais.

Diversos autores, como Baztán, Hornillos e Gonzáles-Montalvo (1993); Brito e Ramos (1996), relatam que o hospital dia surgiu na Rússia entre os anos 30 e 40, inicialmente com a ideia de cuidado diurno (*day care*) para atender pacientes neuropsiquiátricos.

Em países de língua inglesa, o primeiro hospital dia surgiu em 1948, em Montreal, Canadá, como parte de um hospital psiquiátrico de ensino (Allem Memorial Institute). Também em 1948 surgiu o primeiro HDG em Oxford, Inglaterra, onde sua adoção foi difundida rapidamente; mais de dois terços dos hospitais-dia britânicos foram instalados a partir dos anos 70, alcançando a marca de 486 unidades nos anos 90.

O Sistema Nacional de Saúde Britânico investiu maciçamente nesse modelo assistencial prevendo o ganho na relação custo-benefício não apenas em termos financeiros, mas também de qualidade de assistência e de benefício para o paciente. É considerado um serviço de retaguarda no modelo assistencial, que necessita de equipe multiprofissional e de apoio, inclusive na área de reabilitação.

O modelo tem sido amplamente aplicado em vários países ocidentais com a concepção de ser um serviço intermediário entre o hospital e o cuidado domiciliar e de oferecer avaliação multidisciplinar e reabilitação ao paciente idoso. A partir dos anos 70, a ideia avançou para países como EUA, Canadá, Nova Zelândia, Alemanha e Espanha, entre outros.

Inicialmente, os objetivos e funções do HDG abrangeram investigação intensiva de patologias, tratamento em curto prazo, alternativa à hospitalização e suporte para manter o idoso incapacitado na comunidade, mesclando as concepções de atenção médica e social. Posteriormente, os objetivos foram redefinidos, abrangendo a reabilitação, manutenção da função física, avaliação geriátrica integral e cuidados médicos, de enfermagem e sociais, embora ultimamente a tendência seja separar os cuidados sociais (centro dia) dos cuidados específicos com a saúde (BAZTÁN; HORNILLOS; GONZÁLES-

MONTALVO, 1993).

Baztán, Hornillos e Gonzáles-Montalvo (1993) afirmam que no Reino Unido dois terços dos pacientes geriátricos realizam reabilitação no HDG, porque 40 a 53% deles apresentam perda da independência e da autonomia para as atividades básicas e instrumentais da vida diária (AVD), necessitando de reabilitação com fisioterapia e terapia ocupacional em ritmo mais lento e, portanto, mais bem aproveitadas pelos idosos do que na reabilitação convencional. A manutenção da capacidade funcional é destinada aos pacientes que recém se recuperaram de algum agravo de saúde e têm risco de perder a autonomia e/ou a independência. A assistência de um dia por semana no HDG já evita recaída ou re-hospitalização.

Além da reabilitação, a avaliação integral geriátrica é outro tipo de assistência prestada no HDG, ferramenta básica para a observação de sinais e sintomas, como transtornos da marcha, quedas, controle de esfínteres e situação mental. A monitorização das respostas aos tratamentos antiparkinsoniano, anticoagulante e insulinoaterapia, além de procedimentos médicos e de cuidados de enfermagem, constituem outras formas de atenção.

Embora os cuidados sociais não sejam funções primárias do HDG, tais fatores sociais não devem ser menosprezados, pois exercem influência direta na saúde dos idosos e ocasionam hospitalização potencialmente evitável. No entanto, podem provocar certa confusão de objetivos, gerando estadas prolongadas dos idosos. Os centros-dia surgiram logo após a criação do HDG, exatamente para atender essas necessidades.

Todos os pacientes idosos podem beneficiar-se no HDG, porém aqueles entre 75 e 84 anos incapacitados funcionalmente e necessitados de cuidados hospitalares – não no período integral de 24h – e com problemas de adaptação na comunidade pós-alta hospitalar, são os que mais requerem supervisão médica e de enfermagem especializada em uma parte do dia. Geralmente são pacientes acometidos por afecções como o acidente vascular cerebral, as doenças osteoarticulares, a doença de Parkinson, as cardiopatias, o diabetes mellitus, as quedas e suas consequências, a incontinência urinária e ou fecal, a demência e os transtornos afetivos, entre outros.

Brito e Ramos (1996) afirmam que nos países com a assistência médica geriátrica organizada, os hospitais-dia foram importantes na dissociação do procedimento diagnóstico e terapêutico do aspecto da hospedagem, pois no período noturno não se faz investigação nem tratamento, o que contribui para reduzir despesas.

Segundo o Departamento de Saúde Britânico, o cálculo de vagas no HDG é influenciado pelo número de dias de assistência, pelo grau de predomínio da função terapêutica em cada serviço e pela existência de centro dia e hospital dia psicogeriatrico no setor. Os hospitais com quinze vagas são considerados pequenos e parecem ter maior atividade terapêutica, período menor de assistência e menor número de institucionalização do que aqueles considerados maiores. O uso de vaga para os casos essencialmente sociais deve ser evitado. Estudos de custo-eficácia revelam que a frequência de assistência ideal é de dois dias semanais, pois cinco dias na semana é fatigante para o idoso e custa tanto quanto ou mais que a hospitalização.

Alguns parâmetros indicam o correto funcionamento do serviço, tais como: alto índice de ocupação; alta renovação de pacientes (máximo de duas assistências por semana e de vinte no total para cada paciente); porcentagem elevada de pacientes admitidos para tratamento médico e reabilitador; porcentagem baixa de pacientes admitidos principalmente por motivos sociais; elevada proporção de pacientes pós-alta no domicílio e baixa proporção de reingressos.

A média do número total de assistência por paciente é o índice mais usado para medir a atividade do HDG. Índice alto indica assistência por motivo social mais elevada do que o desejado. Índice baixo (oito a dez assistências por paciente) indica uma função reabilitadora em curto prazo importante (BAZTÁN; HORNILLOS; GONZÁLES-MONTALVO, 1993).

Para Donaldson, Wright e Maynard (1986), a avaliação do serviço de HDG está relacionada com a medida dos resultados das atividades lá desenvolvidas, o que corresponde a sua efetividade, e para tal é necessário quantificar os custos da atenção gerada e comparar esse custo-efetividade com outras possíveis alternativas assistenciais.

O funcionamento do HDG implica necessariamente a composição de uma equipe multiprofissional gerontogeriatrica (geriatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, pessoal administrativo, podólogo, dentista e nutricionista, entre outros) formada de modo a agir em sintonia, com ações planejadas em grupo e focadas no objetivo do serviço, o qual deve estar calcado nas necessidades e potencialidades do usuário.

O atendimento requer avaliação abrangente com o levantamento inicial dos problemas de saúde e da capacidade para as atividades básicas e instrumentais da vida diária (AVD). A assistência necessária deve ser previamente planejada, com avaliação e revisão periódica do plano de cuidados e o programa de alta feitos em reunião de equipe. A

recuperação funcional da máxima autonomia possível do idoso determina a alta do programa, o que leva em média cerca de três meses. Durante a assistência no HDG o médico de família segue sendo informado quanto ao tratamento implementado e mantém a responsabilidade de intervenção fora do HDG, quando necessário. A enfermeira mantém contato com a equipe de atenção primária, repassando a evolução e a alta e garantindo o êxito, ao mesmo tempo em que a família deve ser orientada no manejo do paciente.

A avaliação do serviço abrange a eficácia, os benefícios da atividade, a efetividade e os custos. Vários fatores devem ser considerados na avaliação da eficácia: o HDG integra os cuidados continuados do serviço de geriatria; a efetividade é quantificada não apenas em termos econômicos; são incluídos os benefícios psicológicos e emocionais para pacientes e cuidadores; a análise custo-efetividade vai além da noção de lucro monetário, portanto não cabe apenas análise econômica de custo-benefício. Considera-se que os benefícios da atividade de HDG melhoram a situação funcional e emocional do paciente; geram provável aumento da sobrevivência; melhoram a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores; reduzem a média de permanência e hospitalização; diminuem a institucionalização, e a equipe de saúde tende a apresentar maior rendimento do trabalho (BAZTÁN; HORNILLOS; GONZÁLES-MONTALVO, 1993).

A avaliação positiva da efetividade inclui os benefícios na melhora funcional e emocional em curto prazo apresentados pelos pacientes e relatados pelos familiares ao diminuir a carga de cuidados. A efetividade também se reflete no sistema de saúde ao reduzir a média de permanência hospitalar, favorecendo a alta hospitalar precoce sem prejuízo da recuperação funcional; evitando hospitalização para avaliação diagnóstica e tratamento; e reduzindo institucionalização e outros serviços de cuidados sociais comunitários. De modo geral, os profissionais da saúde podem apresentar maior rendimento, e o trabalho pode ser percebido como mais atrativo para terapeutas e equipe de enfermagem.

A despeito da popularidade dos programas de HDG em toda a América do Norte durante a última década, o conhecimento acerca da sua efetividade é pequeno. Estudos sobre efetividade e custos são frequentemente contraditórios, dificultando julgar e avaliar o custo-efetividade do HDG.

Tousignant et al. (2003) desenvolveram estudo com 151 pacientes de HDG no Canadá sobre os benefícios relacionados com o custo nesse serviço, por meio da análise de custo-benefício baseado na

mudança da autonomia funcional. Por ser o primeiro estudo a usar tal análise para um HDG, não foi ainda possível comparar seus resultados com similares. Após admissão no programa de HDG, os pacientes foram avaliados por uma enfermeira treinada no sistema de medida da autonomia funcional utilizando também o relatório financeiro das despesas de cada idoso. O benefício em dólares por dia foi estimado com a perspectiva do convívio através do reequilíbrio baseado nas mudanças da autonomia funcional relatadas pelo programa de HDG. Verificaram que para todos os dólares investidos no programa de HDG, os benefícios para o sistema de saúde foram de \$ 2.14 (95% intervalo de confiança: \$ 1.72 - \$ 2.56). Baseado na amostra de pacientes do Sherbrooke Geriatric University Institute, os resultados mostraram que os benefícios (econômicos) excederam os custos.

Foster, Young e Langhorne (1999) realizaram uma revisão sistemática sobre hospital dia para pessoas idosas com o objetivo de examinar a efetividade do atendimento do hospital dia na longevidade independente dos idosos. Dentre as várias funções do serviço de HDG, a reabilitação foi o foco do estudo, considerando a sua importância. Observaram que não há diferença significativa entre esse serviço e outros alternativos no que se refere a morte, incapacidade ou uso de suportes e recursos. Entretanto, comparando os idosos submetidos ao cuidado abrangente, aqueles atendidos no hospital dia apresentaram baixa probabilidade de morrer ou de deterioração funcional, tendendo a reduzir o uso de leito hospitalar e cuidado institucionalizado.

No Brasil, o HDG é uma das modalidades previstas no Centro de Referência em Assistência à Saúde da Pessoa Idosa (CRASI). Apesar de ser considerado um serviço eficaz nos países desenvolvidos, a experiência brasileira é rara nessa modalidade de assistência em hospitais públicos.

Considerando o rápido processo de envelhecimento populacional e a preocupação do sistema público de saúde brasileiro com o consumo de recursos destinados às internações hospitalares pelas pessoas idosas, o desafio é enorme e o tempo para propor soluções é pequeno, daí a necessidade de novos modelos de atenção capazes de reduzir custos e aumentar benefícios, a fim de efetuar a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento dos agravos que acometem o idoso (BRITO; RAMOS, 1996).

A opção pela implantação de um serviço alternativo e complementar de atenção à saúde da pessoa idosa, como é o caso do HDG, depende das necessidades sociais e de saúde desse estrato populacional, assim como da criatividade dos gestores e profissionais e

da disponibilidade de recursos dos setores envolvidos.

Organismos internacionais de saúde, como a OPAS, recomendam o desenvolvimento de serviços de saúde não tradicionais de atenção ao idoso, com regulamentação e vigilância de seu funcionamento, evitando os desvios de assistência e a busca desenfreada por lucro financeiro para não prejudicar o equacionamento da questão que envolve o processo de envelhecimento humano e suas implicações.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O SERVIÇO DE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO

O processo de envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo de modo rápido e em descompasso com o tempo necessário para a melhoria da qualidade de vida através da adequação do mercado de trabalho, oportunidades educacionais e melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia, entre outras. Esse fenômeno tem sido fonte de preocupação de profissionais e estudiosos das mais variadas áreas do conhecimento, de organismos governamentais e não governamentais e da sociedade em geral.

O aumento do estrato idoso da população aponta também para o aumento da longevidade e com isso a maior incidência de doenças crônicas não-transmissíveis e de suas sobreposições, a comorbidade.

Torna-se evidente que os serviços tradicionais de saúde já não atendem a demanda de idosos que reclamam por uma atenção especializada, em qualidade e quantidade, e que reverta em benefícios para um envelhecer mais saudável.

Segundo o IBGE (2000), o Brasil apresenta uma população idosa de 8,6%, a qual foi estimada para 2006 em 17,6 milhões de idosos, e com projeção de 32 milhões para o ano de 2025, quando a expectativa de vida ao nascer será de 80 anos de idade. A queda da mortalidade, o avanço da tecnologia médica melhorando as condições de saúde, o acesso aos serviços de saúde e outras condições favoráveis ao envelhecimento humano aumentaram a expectativa de vida brasileira (CAMARANO, 2006).

Esse processo acelerado de envelhecimento populacional e seus desdobramentos vêm sendo amplamente discutido evidenciando necessidades e resultando na proposição de ações cuja implementação ocorre lentamente.

Embora a proporção de idosos no Brasil ainda seja considerada

pequena e constituída principalmente por idosos jovens, a parcela de idosos velhos tende a aumentar. A população idosa com 80 anos e mais passou de 166 mil em 1940 para 1,8 milhão de idosos em 2000, ou seja, 1,1% da população total (CAMARANO, 2006). Esses dados ressaltam a grande conquista social do século passado – a longevidade – e colocam em pauta o desafio lançado para o século XXI – garantir a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, considerando os importantes acréscimos que isso representa em termos de demandas sociais e de saúde. Essa qualidade de vida não resulta apenas das intervenções da tecnologia médica, mas de um conjunto de condições sociais favoráveis de vida (RAMOS, 1999; AGUSTINI, 2003; KALACHE, 2006).

Assim sendo, tal crescimento da população idosa associado ao aumento da expectativa de vida no País vêm despertando a atenção para os problemas referentes ao processo de envelhecimento e indicando a necessidade de mudanças na sociedade para garantir condições que propiciem um envelhecimento digno e com qualidade. As políticas públicas para o envelhecimento humano no Brasil vêm sendo desenhadas a partir das necessidades emergentes expostas nesse cenário, com o desenvolvimento dos estudos na área gerontogeriatrica e também com a visibilidade e a capacidade de organização das pessoas desse estrato populacional (VAROTO; TRUZZI; PAVARINI, 2004).

Aprovado no Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) foi elaborado com a participação direta de entidades de defesa do idoso, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse estrato populacional e definindo o papel do sistema de saúde – SUS – na atenção integral em todos os níveis de ação.

A preocupação brasileira com o segmento idoso teve início em torno dos anos 70, quando apenas algumas iniciativas particulares e filantrópicas desenvolviam atividades dirigidas a tal segmento populacional. As modalidades de assistência, social e de saúde existentes atualmente para atender a pessoa idosa e sua família cuidadora estão evoluindo, porém ainda são escassas e não se articulam em rede.

As medidas mais concretas visando à promoção de um envelhecimento saudável e a manutenção da autonomia da pessoa que envelhece só foram efetuadas a partir da promulgação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 1999 e da decretação das Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso em 2001.

Ao considerar a perda da capacidade funcional (habilidades físicas e mentais para o desempenho das atividades da vida diária) o

principal problema de saúde que pode afetar a pessoa idosa, a PNSI (BRASIL, 1999) indicou a criação dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRASI), incluindo as modalidades assistenciais de internação hospitalar, hospital dia geriátrico, ambulatorios especializados e atendimento domiciliar ao idoso, para atender suas necessidades de saúde nessa fase da vida. As Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso e a capacitação das equipes de Programa de Saúde da Família constituíram-se em estratégias de ação dessa política atualizada pela Portaria nº. 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006a).

A PNSPI tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Essa Política considera desafiante o enfrentamento da escassez de modalidades intermediárias de assistência ao idoso no SUS de modo qualificado e incluindo a família na promoção da intermediação segura entre a alta hospitalar e o domicílio. Outro desafio é a falta ou insuficiência de Redes de Assistência à Saúde do Idoso, bem como a falta de suporte qualificado e constante às famílias responsáveis pelo cuidado ao idoso frágil em seus lares, indicando a necessidades de ações para reduzir a hospitalização e aumentar as habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS. A Política prevê que a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário e com base em seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção, providos de infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica dos serviços.

A atenção especializada deve incorporar mecanismos que fortaleçam o cuidado do idoso, reestruturando e implementando as Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2002a), visando integração efetiva com a atenção básica, garantindo a integralidade da atenção, com mecanismos de fluxo de referência e contrarreferência e dispondo das modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa. Essa atenção deve ter abordagem multiprofissional e contemplar fluxos de retaguarda para a rede hospitalar.

Embora o Brasil demonstre avanço em sua legislação no que se refere à atenção à saúde do idoso, a operacionalização da política ainda é pouco evidente. Os idosos ainda são encontrados em situação de

fragilidade e vulnerabilidade social e de saúde, porquanto as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso ainda não alcançaram inserção efetiva.

Em mais uma tentativa para consolidação do SUS, foi publicada a Portaria nº. 399/GM, que dispõe sobre o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006b), documento no qual os gestores do SUS se comprometem com a construção do Pacto pela Saúde 2006, enfatizando as necessidades de saúde da população e definindo prioridades articuladas e integradas no Pacto pela Vida, no Pacto em Defesa do SUS e no Pacto de Gestão do SUS. A saúde do idoso é uma das seis prioridades do Pacto pela Vida feito entre as três esferas de governo, apresentando ações que visam à implementação das diretrizes da PNSPI e buscando a atenção integral. Isso ainda não significa que o SUS esteja atuando de modo efetivo e eficaz para atender as necessidades de saúde desse estrato populacional. As diretrizes e ações estratégicas apresentadas no documento priorizam a atenção integral e integrada, a educação permanente e ênfase na atenção domiciliar, mas não citam a modalidade de HDG como alternativa quando outras estratégias de ação se mostram insuficientes ou inadequadas.

Embora a atenção ao idoso seja uma prioridade declarada nas políticas públicas do Brasil, os modelos de organização dos serviços hospitalares para pacientes geriátricos ainda requer discussão e estão em fase de organização, sendo necessário modelar a própria experiência com propostas coerentes com os princípios do cuidado geriátrico e factíveis com os recursos disponíveis e as características do sistema de saúde. Entretanto, “dadas as condições normalmente existentes no sistema de saúde, trabalha-se frequentemente com o que pode ser feito, e não com o que deveria ser feito” (COELHO FILHO, 2000, p. 8).

Desse modo, de um lado está o idoso carente de recursos e com sua saúde precária, de outro está o Estado com políticas públicas que não conseguem atender as necessidades dessa parcela populacional e demandam gastos elevados com procedimentos de alta complexidade, internações, reinternações frequentes e atendimentos em emergências. Embora a política de saúde esteja voltada à promoção da saúde, os leitos hospitalares, principalmente no serviço público, continuam sendo ocupados por idosos carentes que não conseguem usufruir da atenção primária e permanecem desamparados. Apesar de protegido pelos dispositivos legais, o idoso ainda sofre com suas mazelas econômicas, com as complicações e agravos de doenças crônicas, com as sequelas e consequente perda da autonomia e da independência para o viver diário com qualidade. Portanto, a situação ainda é precária no que se refere a

infraestrutura e acesso em qualidade e quantidade adequadas (instalações físicas, recursos humanos qualificados, recursos materiais e financeiros, sistema em rede, programas específicos e outros) nos serviços de saúde.

É notório que os avanços tecnológicos na saúde contribuíram para que as pessoas vivessem mais, porém ainda existem lacunas a serem preenchidas com ações, políticas, programas e serviços especializados primordiais para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e sua família cuidadora e para fortalecer o potencial de desenvolvimento de cada uma delas.

O cenário brasileiro apresenta a realidade da condição do ser velho, ora doente e fragilizado, ora amparado por políticas públicas que pretendem garantir sua condição de cidadão de direitos, sociais e políticos em saúde. Na realidade aparente do seu viver, a pessoa idosa nem sempre goza do acesso e do acolhimento desenhados nessas políticas e que ele próprio deseja ver revertidas em atendimento eficaz.

As políticas atuais apontam para mudança de prioridade de atenção à saúde, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com enfoque no envelhecimento ativo e preparando recursos humanos especializados no campo da geriatria e da gerontologia. Entretanto, a velocidade das mudanças demográficas e epidemiológicas em nosso País demanda ações que não devem tardar em atender as necessidades da atualidade, principalmente considerando que a situação tende a agravar-se no futuro.

Cabe aqui ressaltar o papel da enfermagem e dos profissionais da saúde comprometidos com o cuidado humano nessa fase do ciclo vital, a velhice. Um cuidado cuja especificidade reafirma a interdependência e inter-relação multiprofissional necessárias para atender a complexidade e multidimensionalidade do idoso e sua família. Portanto, um cuidado planejado a partir do conhecimento técnico-científico e contextualizado de acordo com a realidade do idoso e sua família, com competência técnica e humana e com respeito mútuo, buscando sua autonomia e independência. “Para reverter esses cenários são necessários esforços coordenados e sustentados de tomadores de decisão e lideranças na área de saúde” (CARBONI; REPPETTO, 2007, p. 255).

Enquanto as políticas públicas são redefinidas, a população idosa empobrecida e carente de recursos de toda ordem permanece nas filas de ambulatoriais e emergências de hospitais em busca de acesso aos cuidados de saúde.

Segundo Wong e Carvalho (2006), os estudos publicados em 2005 pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)

demonstram que o Brasil continua subdesenvolvido e com uma das piores distribuições de renda do mundo. Embora as políticas públicas busquem reduzir as disparidades, grande parte delas tem relação com a idade da população e por isso a tomada de decisão e o planejamento nesse campo de ação devem considerar o atual processo acelerado da transição da estrutura etária. A demanda de idosos brasileiros é consumidora de parte considerável dos recursos públicos, numa realidade socioeconômica ainda injusta para todas as idades.

Os gastos com a saúde aumentam na medida em que a pessoa envelhece, acarretando cuidados de saúde diferenciados nessa fase da vida, assim como aumenta a demanda por cuidados de longa duração, os quais tendem a recair sobre a família. O envelhecimento pode apresentar situações de vulnerabilidade e fragilidade, de doenças crônico-degenerativas, de comorbidade, de perdas sociais e outras. Porém, esse é um processo dinâmico e particular para cada pessoa, e mesmo entre os idosos, aqueles menos idosos tendem a apresentar condições diferentes daqueles mais velhos.

Os idosos mais velhos – a quarta idade – são aqueles que estão nos limites da sua capacidade funcional e sujeitos à vulnerabilidade e imprevisibilidade que se diferencia da terceira idade – os idosos jovens, cuja velhice ainda é marcada por aspectos mais positivos. O desafio está na busca de novos esforços para lidar com o crescente número de idosos velhos na sociedade, em que prevalecem a fragilidade e a vulnerabilidade. Os avanços tecnológicos, em todas as áreas do saber humano, têm contribuído para o aumento da longevidade e da qualidade do envelhecimento, principalmente na terceira idade. Agora o desafio é a qualidade da longevidade na quarta idade. Diante dessas duas faces do envelhecimento – com ganhos e perdas – permanece a busca para ativar o potencial latente na velhice e manter a saúde até as condições-limite da vida com dignidade (BALTES; SMITH, 2006).

O futuro dos idosos, em especial aqueles na quarta idade, depende dos esforços da sociedade e de políticas para disponibilizar apoio humano e tecnológico, desenvolver estratégias e otimizar ações, políticas sociais e de saúde preventivas e corretivas para o viver e envelhecer com dignidade.

O envelhecimento populacional com esperança de vida livre de incapacidades demanda por recursos investidos na manutenção de boas condições de saúde ao longo da vida. Por isso, a população idosa mais velha é diferente do idoso jovem. Nos mais velhos prevalecem as doenças neuropsiquiátricas, a comorbidade e dependência funcional, o consumo de recursos elevados do sistema de saúde e impacto sobre a

dinâmica familiar, social e econômica. Analisando as internações hospitalares no SUS em 2005, Chaimowicz (2006) descobriu que os adultos apresentam o maior número de internações, mas são os idosos que internam com maior frequência. Por exemplo: os idosos com 80 anos e mais internam cerca de cinco vezes mais que os adultos entre 40 e 49 anos, representando 19% das internações por insuficiência cardíaca e 17% das doenças cerebrovasculares ocorridas em 2005 na rede do SUS. O custo *per capita* da hospitalização aumenta progressivamente com a idade, sendo os leitos sobreutilizados, principalmente pelos homens, confirmando a impressão de que o aumento da proporção desses idosos mais velhos na população brasileira incrementará os custos com a assistência hospitalar.

Portanto, além das medidas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, a realidade que ora se apresenta requer estratégias de controle de custos com a saúde, incluindo a racionalização dos procedimentos de alta tecnologia e a utilização de modalidades assistenciais alternativas de atenção à saúde do idoso, como centro dia, HDG, residência assistida e internação domiciliar.

Essas modalidades assistenciais são previstas na Portaria nº. 702/SAS/MS (BRASIL, 2002b), que dispõe sobre a organização e implementação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Para a sua operacionalização foram criadas as normas de cadastramento dos CRASI (Portaria nº. 240/SAS/MS, de 2002), que descrevem detalhadamente a organização para funcionamento das modalidades de internação hospitalar em leitos gerais e geriátricos, ambulatório especializado em saúde do idoso, HDG e internação domiciliar.

O contingente de idosos aumentou e o perfil das doenças mudou, mas o sistema ainda está voltado para o cuidado com a doença agudizada, em vez de se adaptar ao seu caráter cada vez mais crônico. “O hospital dia vem se afirmando como uma alternativa para a não institucionalização total do idoso dependente ou com comprometimento da sua capacidade funcional” (DIOGO, 2006, p. 1384).

O HDG é uma modalidade de atendimento aos idosos com agravos à saúde que necessitam de cuidados, orientação terapêutica e reabilitação com possibilidade de volta ao convívio familiar.

Trata-se de um serviço especializado destinado à pessoa idosa que precisa permanecer no hospital por um período máximo de doze horas diárias para atendimento integral da saúde, compreendendo: avaliação diagnóstica, tratamento e cuidados de reabilitação ou a continuidade de assistência multiprofissional gerontogeriatrica pós-alta hospitalar. A família acompanhante também recebe capacitação para dar

continuidade ao cuidado do idoso no lar. É forma intermediária entre a internação hospitalar e a assistência domiciliária, podendo também ser complementar (BRASIL, 2002a).

As características desse serviço são descritas detalhadamente na Portaria n°. 2414/GM (BRASIL, 1998), desde a sua estrutura assistencial, seus objetivos de atendimento, sua planta física e equipamentos pertinentes ao plano terapêutico com pessoal especializado, incluindo os critérios para seu credenciamento, como: recursos físicos e humanos, equipe multiprofissional ampliada não exclusiva do serviço, equipe consultora, serviço de urgência/emergência 24 horas e garantia de remoção em ambulância. Descreve também os critérios para autorizar internação hospitalar (AIH) e elege as secretarias de saúde estadual e municipal como órgãos de credenciamento e fiscalização.

A hospitalização tem-se mostrado pouco eficiente, e a rede básica ainda não consegue atender as necessidades de saúde nem desenvolver as potencialidades do contingente idoso brasileiro. O HDG é uma modalidade assistencial que preenche essa lacuna na atenção à saúde do idoso. Embora seja um objeto de estudo com saberes já produzidos, ainda não apresenta tais saberes de modo estruturado e contextualizado para a realidade brasileira. Portanto, o momento requer ir além do diagnóstico de situação e da análise de resultados para redefinir políticas e ações. É preciso ousar e propor estratégias e intervenções de ação factíveis e pertinentes ao real contexto de possibilidades dos modos de produzir saúde no Brasil.

2.3 A CONCEPÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE SEGUNDO MERHY COMO SUBSÍDIO PARA A CONFORMAÇÃO DO HOSPITAL DIA GERIÁTRICO

O referencial teórico metodológico adotado neste estudo se fundamenta nas concepções de Emerson Elias Merhy (2002a) acerca do pensar e do agir no âmbito das organizações de saúde. Esse autor enfatiza a necessidade de um novo modo de ser e agir em saúde, centrado no usuário. Ele sugere que se modifique o cotidiano do trabalho em saúde, ainda focado na instituição, no gestor e nos profissionais, por vezes marcado pela impessoalidade e pela mera execução de procedimentos técnicos. Propõe que os serviços de saúde e o ato de cuidar voltem seu foco para o usuário, vendo-o não apenas

como um ser ávido por solucionar seus problemas e suprir as suas necessidades, mas também como aquele que busca ser ouvido.

Para que as proposições de Merhy (2002a) aconteçam na prática é imprescindível que os gestores e profissionais da saúde saibam utilizar o conjunto de saberes disponível para produzir o cuidado, incluindo as práticas de acolhimento, vínculo e autonomização do usuário do serviço. Esse modo de ser e agir em saúde transcende reformas administrativas e incorporação de aparato tecnológico de equipamentos: requer processo de mudança do paradigma da saúde, ainda regido pela lógica da biomedicina mecanicista; requer que as instituições não sejam apenas produtoras de bens e serviços, mas locais onde as pessoas pensem além de o que fazer, pensem mais em como fazer.

Desse modo, Merhy (2002a) propõe pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente nos processos produtivos dos atos de saúde, como um lugar de transição tecnológica para um novo patamar produtivo, o que requer uma competente capacidade operacional na implementação de um modo de fazer saúde coerente com as estratégias globais assumidas – a saúde como direito universal de cidadania.

Novas propostas de atenção à saúde buscam superar o modelo médico tradicional e incluir o usuário no serviço. Vislumbra-se o surgimento de organizações de saúde gerenciadas coletivamente por meio de processos de trabalho partilhados, em que trabalhadores e usuários firmam vínculos e compromissos estreitos, de modo a atender necessidades individuais e coletivas. Esse modo de produzir saúde, no qual o usuário é sujeito participante da gestão e do ato de cuidar, é denominado por Merhy (2002a) como usuário-centrado.

A construção dos sentidos das ações de saúde e do sistema de saúde requer um grande pacto social, em que seus atores sejam agentes técnicos e também políticos comprometidos com a mudança; atores que buscam na formulação teórica e no exercício de ser e agir em serviços de saúde a reflexão e a ação necessárias para a produção do cuidado, sem negar o saber já acumulado.

Considerando que o processo de saúde é um fenômeno biológico, social e histórico-situacional, os distintos modos de olhá-lo permitem compor e ampliar uma caixa de ferramentas com conceitos e componentes reflexivos, de tal modo que potencialize a capacidade de análise e de intervenção de seus produtores (MERHY, 2004). A caixa de ferramentas contém toda a inteligência disponível para a produção do cuidado em saúde e é mantida aberta para a inclusão de novos saberes (MERHY, 2002a).

No livro intitulado *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (MERHY, 2002a), o autor explana a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado, afirmando que o campo de ação do trabalho vivo em saúde é um espaço de transição tecnológica, onde há a necessidade de construir um novo modo de fazer saúde, no qual os profissionais e usuários se sentem unidos e agem com cumplicidade, rumo à mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado, sempre considerando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir.

Embora tenha características diferenciadas, o trabalho na saúde tem sofrido influências dos avanços tecnológicos e dos modos de organização dos processos de trabalho industrial. A defesa do direito à saúde e os interesses do setor privado tem competido entre si e embora o trabalho na saúde seja desenvolvido coletivamente apresenta-se fragmentado e institucionalizado.

Na concepção do serviço público de saúde, Merhy (2002a) considera o ato de cuidar “a alma” dos serviços de saúde e também um dos “nós críticos chave” da problemática que o envolve. Desse modo, no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado. Por meio do cuidado acredita-se que se poderá atingir a cura e a saúde, as quais são de fato os objetivos colimados, embora seja notório que nem sempre os profissionais os alcancem.

Na esfera do SUS (universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania), o modo de organização e gerenciamento do cuidado nos diferentes serviços de saúde é um dos nós críticos do sistema, colocando em dúvida seu compromisso efetivo com a saúde dos seus usuários. A mudança no modo de se produzir saúde no Brasil só acontecerá através da tarefa coletiva dos profissionais da saúde modificando o próprio cotidiano de trabalho nos seus serviços, ou seja, as reformas macroestruturais e organizacionais, sozinhas, não serão capazes de fazê-lo. A compreensão da dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, com vistas à construção de dispositivos de mudanças, requer uma discussão sobre como os profissionais e os usuários produzem-se mutuamente no cotidiano (MERHY, 2002b).

Em geral os serviços de saúde operam por meio de determinantes relacionados às questões de macroestrutura social (tanto do trabalho quanto do mercado), de divisão técnica e das políticas de saúde, atuando em consonância com o modelo hegemônico, as grandes corporações e os objetivos institucionais. Mas nessa dinâmica também está presente o modo como os profissionais da saúde desenvolvem seus trabalhos,

operam os serviços, produzem o cuidado, estabelecem relações e, de algum modo, participam do processo decisório no cotidiano (FRANCO; MERHY, 2004).

Numa posição político-ideológica reformadora de um sistema descentralizado e universalizado, o SUS buscou a regionalização e a hierarquização tecnológica da assistência à saúde, cuja porta de entrada é a rede básica e cuja retaguarda está nas instituições que detêm maior grau de complexidade tecnológica para resolver problemas de saúde. Nesse sentido ainda predomina a abordagem biologicista, com ações médicas e terapêuticas nos quadros patológicos, ou seja, a medicalização do conjunto das ações. O problema saúde-doença não pode ser reduzido à questão custo e eficácia, nem a rede básica do sistema de saúde numa ação de triagem de problemas de saúde.

Um renovado modelo de atenção à saúde requer ações que, embora incorporem a assistência médica, não estejam centradas exclusivamente na medicina; que seja dimensionado o caráter individual e subjetivo do processo de viver saudável, incluindo o social e o coletivo, numa perspectiva holística e multidisciplinar. Tal modelo de atenção à saúde requer tecnologias cuja invenção ultrapassa a incorporação daquilo que já se acumulou em outras experiências. Deve incorporar o saber relacionado com instrumentos e formas organizacionais, incluir um eficiente e eficaz sistema de retaguarda e, principalmente, superar o princípio positivista ao considerar a dimensão social que configura e dá sentido à dimensão biológica.

Então, a nova base tecnológica inclui o ato de cuidar como uma forma política de realizar objetivos sociais, de interesse coletivo, deixando aberta a caixa de ferramentas que dá suporte ao setor saúde, cujos agentes sociais extrapolam o nível dos profissionais e técnicos de saúde e incorporam os usuários (MERHY; QUEIROZ, 1993).

O serviço público de saúde exige regulação pública da saúde, pois as relações de mercado são imperfeitas e em grande parte desconhecidas pelo usuário. Tal regulação diz respeito à “capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, [...] com instrumentos criados pelo ator governo”, agindo “entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços da saúde”. O processo regulatório pode ocorrer tanto em microrregulação, no acesso cotidiano e participativo das pessoas, ou em macrorregulação com mecanismos mais estratégicos de gestão, como no estabelecimento de planos, projetos prioritários, controle social, orçamentos, inter-relação com outras políticas, relação com o setor privado de saúde. Mas é um processo inserido no campo

conflitante dos interesses e disputas, o qual determina o seu formato e alcance... “não existe sistema sem regulação” (SANTOS; MERHY, 2006, p. 25-29).

Nesse contexto é importante conhecer quais são os sujeitos e atores sociais implicados, bem como os interesses que estão em jogo, porquanto definem os pressupostos do sistema. É o ator social que “busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus macro-objetivos” (SANTOS; MERHY, 2006, p. 31). Tais interesses e disputas são dados num contexto histórico e político, com respostas distintas a tal regulação. Entretanto, os instrumentos reguladores do sistema não devem ser mais importantes do que a avaliação dos resultados e da satisfação dos seus usuários. A regulação é um modo de garantir o acesso equânime dos cidadãos aos serviços, com integralidade da assistência de modo dinâmico e ordenado. Embora se reconheça que a dicotomia entre o controle do setor privado-conveniado e o conjunto das ações assistenciais e dos serviços próprios do SUS ainda seja um dos entraves para ter o usuário como referência e ordenador de tal sistema.

Segundo Merhy (2002a), no encontro entre o usuário e o profissional da saúde, este dispõe de caixas de ferramentas tecnológicas com os saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais, os quais assumem diferentes significados conforme os lugares que ocupam e as finalidades que almejam nesse encontro. Uma das caixas pode ser levada a mão, dispondo das tecnologias duras, os equipamentos como o estetoscópio, por exemplo. Outra caixa está na sua cabeça, contendo os saberes estruturados, que são as tecnologias leve-duras. A terceira caixa de ferramentas é aquela que só tem materialidade em ato, no espaço intersejor, refere-se às tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos.

Nesse encontro, o trabalho vivo acaba sendo capturado pela lógica produtiva instituída no equipamento. Com a tecnologia leve-dura, o profissional tende a capturar o mundo do usuário e suas necessidades. É essa tecnologia que dá significado à tecnologia dura. Entretanto, é a caixa das tecnologias leves que permite que no encontro com o usuário, o profissional e sua caixa relacional seja um produtor de cuidado. É a relação que essa caixa estabelece com as outras que pode definir o sentido humanístico, social e contemporâneo do agir em saúde. Os arranjos entre as caixas são estratégicos e definem as diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde.

Na medicina tecnológica, a caixa das tecnologias leves é pobre: a

competência do profissional é essencialmente focada nos procedimentos. Para que esse trabalho seja uma forma de cuidado em saúde é necessário construir a competência de ação através do arranjo das três caixas de ferramentas.

A caixa de ferramenta “é entendida como o conjunto de saberes de que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde” (MERHY et al., 2002, p. 118). A caixa não apenas contém a inteligência já produzida como também está aberta a incorporar novos saberes que possibilitem atuar sobre os processos de produção e que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas. Os gestores dos serviços de saúde devem compor essa caixa para utilizá-la na conformação do cuidado pelos profissionais da saúde.

É necessário ousar para construir um modo de fazer saúde que seja integrado e público. Isto requer um “olhar coletivo analisador” que questione o sentido das ações de saúde conforme os interesses e compromissos com o modelo de atenção à saúde, pautado em relações de responsabilidade e comprometido com a defesa da vida, individual e coletiva, de modo igualitário e democrático (MERHY; ONOCKO, 2002).

De acordo com Merhy et al. (2002), a informação, mais que um medidor de funcionalidade ou não, é uma ferramenta analisadora que pode mostrar os ruídos do cotidiano institucional, permitindo processos mais participativos e pró-ativos entre os seus sujeitos, os quais podem, através de certa tecnologia, atuar conformando novos sentidos para o serviço.

Surge então a necessidade de equipar gestores e profissionais da saúde com ferramentas que possam ser utilizadas na conformação de um serviço de saúde pautado num modo diferenciado de pensar e agir em saúde, no qual o usuário do serviço é um dos ordenadores participantes. Um ambiente que viabilize ou oportunize ações de saúde, para além do cuidado meramente físico, para um viver mais saudável, em que as tecnologias, principalmente as de acolhimento e de vínculo, possam ser efetivadas no encontro entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço.

O ato de cuidar, ainda centrado no modelo biomédico, tende a privilegiar o corpo físico do ser cuidado. Nem sempre o profissional da saúde identifica as necessidades do usuário do serviço como um problema e por isso cuida seguindo sua própria óptica, desconsiderando o usuário como sujeito. Desse modo, o cuidado acontece em meio às tecnologias duras e leve-duras.

O cuidado humanizado – motivo de programa no Ministério da

Saúde – é muito bem colocado nos discursos, porém a sua prática vem sendo construída a passos lentos. O usuário fragilizado por ter o seu bem maior, a vida, ameaçado pelo processo saúde-doença, por vezes é desconsiderado como ser humano cidadão nos serviços públicos de saúde.

Desse modo, faz-se necessário compreender a noção de tecnologia, num sentido amplo e abrangente, como veículo facilitador no desenvolvimento do trabalho em saúde, como meio de atender as pessoas nas suas necessidades de promoção e recuperação da saúde, com competência técnica e de modo digno, ético e humano para todos os que participam do processo.

O modelo assistencial hegemônico na saúde já dá sinais de esgotamento, não apenas no que se refere ao papel designado aos profissionais, mas também na forma como são tratados os sujeitos que recebem essa assistência. Portanto, o desafio está em desenvolver um novo modo de ser e agir em saúde. Para tal, os gestores e os profissionais da área devem dispor de uma caixa de ferramentas para construir um serviço público de saúde que seja capaz de produzir atos de saúde conforme as necessidades do usuário, com medidas político-administrativas economicamente viáveis, com modelo assistencial ético e humanizado, compatível com o seu contexto.

Na área da saúde a dimensão humana não requer apenas a intencionalidade de produção de equipamentos e de saberes estruturados: requer tecnologias de relações subjetivas que muitas vezes transcendem esses saberes tecnológicos. O pensar e agir em saúde exige mudanças no modelo de relacionamento entre os trabalhadores e o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos usuários – não se limitando a corrigir apenas os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Como exemplo, vê-se a importância da educação em saúde como cuidado contínuo e abrangente para além do tratamento médico tradicional, proporcionando espaço para as relações de acolhimento, criação de vínculos e maior autonomia das pessoas. A relação dialógica e com participação ativa dos usuários no processo educativo favorece o desenvolvimento da capacidade de autogoverno. Tal processo “constitui o ‘eixo da hélice’ que movimentava e ‘tempera’ o estilo de vida para o alcance de uma melhor qualidade de vida” (TRENTINI; BELTRAME, 2004, p. 3).

O novo modo de atenção à saúde requer ações que, embora incorporem a assistência médica, não estão centradas exclusivamente na medicina; que seja dimensionado o caráter individual e subjetivo do processo de viver saudável, incluindo o social e o coletivo, numa

perspectiva holística e multidisciplinar.

Tal modelo de atenção à saúde agrega tecnologias cuja invenção ultrapassa a incorporação daquilo que já se acumulou em outras experiências. Incorpora o saber relacionado com instrumentos e formas organizacionais, inclui um eficiente e eficaz sistema de retaguarda e, principalmente, ultrapassa o princípio positivista levando em consideração a dimensão social que configura e dá sentido à dimensão biológica. A nova base tecnológica inclui o ato de cuidar como forma política de realizar objetivos sociais, de interesse coletivo e que expande o limite do setor saúde, cujos agentes sociais transcendem o nível dos profissionais e dos técnicos de saúde.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida com duas estratégias: a revisão de literatura nos moldes da metodologia da Colaboração Cochrane e o mapeamento dos serviços públicos de hospital dia geriátrico (HDG) no Brasil.

3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1.1 Revisão da literatura sobre hospital dia geriátrico e a metodologia da Colaboração Cochrane

Neste estudo, a pesquisa bibliográfica foi orientada pela metodologia da revisão sistemática da literatura (RSL), que consiste em busca rigorosa nas bases de dados de estudos com o intuito de responder a pergunta de pesquisa à exaustão; análise criteriosa dos estudos selecionados segundo o nível de evidência e relevância na área; síntese e interpretação dos dados (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

No entanto, essa pesquisa não seguiu rigorosamente todos os passos da RSL, uma vez que não objetivou selecionar e avaliar os trabalhos segundo seu nível de evidência. O objetivo foi reunir o maior número de informação já produzida acerca do cuidado no HDG.

Os procedimentos metodológicos de RSL utilizados nesta pesquisa foram baseados nas recomendações da Colaboração Cochrane: formulação clara da questão de pesquisa bibliográfica; eleição dos descritores; eleição de base de dados; construção das estratégias de busca; formulação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; método de analisá-los (CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 2007). Além disso, também utilizamos as bases dados dessa Colaboração como fonte de busca de revisões já elaboradas.

A seguir são apresentados os passos descritos acima da forma como foram implementados.

a) Questão de pesquisa bibliográfica:

- Quais são os principais elementos de organização de serviço e do cuidado² adotados no âmbito de HDG³?

b) Fontes de Busca

Incluíram as bases de dados eletrônicas, coleção de teses e dissertações, seleção de literatura pertinente e relevante das referências bibliográficas de literaturas recuperadas. Optamos por bases de dados eletrônicas de ciências da saúde em geral, como: Biblioteca Cochrane – Revisões sistemáticas; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); e Medline. Bases de dados de áreas especializadas, como: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL); Base de dados de Enfermagem (BDENF); e PubMed. Base de dados de organismos internacionais, como: PAHO e WHOLIS e de instituição nacional como o Banco de Teses da Capes.

c) Estratégias de Busca

Definimos como estratégia de busca da literatura não delimitar o período cronológico de publicação, pois a história do HDG remonta aos anos 40, e numa consulta prévia para elaborar o *background* do tema, poucas publicações foram encontradas. Também não houve restrição de busca quanto aos idiomas nos quais as publicações foram escritas.

Considerando que cada base de dados apresenta uma ferramenta própria de pesquisa, a busca pelas publicações contou com a ajuda direta de uma bibliotecária com experiência em banco de dados da área da saúde e orientações de uma pesquisadora do Centro Cochrane do Brasil para a construção das estratégias de busca.

O índice alfabético de descritores DeCS 2008, nos idiomas português, espanhol e inglês, foi consultado para selecionar os descritores apropriados para montar as estratégias de busca, segundo o foco do estudo e os componentes da questão de pesquisa bibliográfica. O mesmo procedimento se deu na seleção de termos livres e palavras-chave no CINAHL Headings. No Quadro 1 observamos os descritores e termo livre/palavras-chave selecionados.

² Elementos de organização de serviço e do cuidado: referem-se à organização e ao funcionamento do HDG e ao conjunto de ações de cuidado à saúde pensadas e organizadas para implementar o projeto terapêutico, incluindo a avaliação dos seus resultados, o uso de equipamentos, os procedimentos, o tratamento e o relacionamento entre os usuários e os membros da equipe de saúde.

³ **HDG**: serviço especializado destinado à pessoa idosa que precisa permanecer no hospital por um período máximo de doze horas diárias para atendimento integral da saúde.

DeCS 2008	CINAHL Headings
Patient care management; health services accessibility; hospital outpatient clinics; delivery of health care; patient care; patient-centered care; day care; hospital care; comprehensive health care; secondary health care; tertiary health care; evaluation of results of therapeutic interventions; evaluation of the efficacy-effectiveness of interventions; nursing care; medical care; episode of care; geriatric nursing; aging; geriatrics; health manager; day hospitals; geriatric hospitals; aged; ambulatory care facilities; health facilities; patients; hospital services; health services for the aged; hospital units.	Aged; age specific care; aging; health services for the aged; gerontologic care; geriatric rehabilitation; age related care; elderly; geriatric assessment; geriatrics; patient assessment; patient care; outcomes (health care); multidisciplinary care team; treatment outcomes; after care; ambulatory care; older adult care; day care; hospital ancillary services; hospitals.

Quadro 1: Lista de descritores e termos livres/palavras-chave selecionados para as estratégias de busca. Florianópolis, 2009.

As estratégias de busca foram construídas de acordo com a ferramenta de pesquisa de cada base de dados, como vemos no Quadro 2.

Base de Dados	Estratégia de Busca
Cochrane Library	Geriatric and day and hospital
PubMed	Search #9 AND #8 AND #7 Search #9 "Aged"[Mesh] OR (Elderly) OR "Patients"[Mesh] Search #8 "Patient Care"[Mesh] OR (Patient Care) OR (Care, Patient) OR "Patient Care Management"[Mesh] OR (Patient Care Management) OR (Care Management, Patient) OR (Management, Patient Care) OR "Evaluation of Results of Therapeutic Interventions"[Mesh] OR (Evaluation of Results of Therapeutic Interventions) OR "Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions"[Mesh] OR (Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions) OR "Episode of Care"[Mesh] OR (Episode of Care) (Patient Care Episodes) OR (Episode, Patient Care) OR (Episodes, Patient Care) OR (Patient Care Episode) OR (Episodes of Care) OR (Care Episode) OR (Care Episodes)

	<p>Search #7 "Day Care"[Mesh] OR (Day Care) OR (Care, Day) OR (Hospitalization, Partial) OR (Hospitalizations, Partial) OR (Partial Hospitalization) OR (Partial Hospitalizations) OR "hospitals, day"[Mesh] OR (hospitals, day) OR "Hospital Units"[Mesh] OR (Hospital Units) OR (Unit, Hospital) OR (Units, Hospital) OR "Outpatient Clinics, Hospital"[Mesh] OR (Outpatient Clinics, Hospital) OR (Hospital Outpatient Clinics) OR (Clinic, Hospital Outpatient) OR (Clinics, Hospital Outpatient) OR (Hospital Outpatient Clinic) OR (Ambulatory Care Facilities, Hospital) OR "Hospital Services"[Mesh] OR (Hospital Services) OR "Hospital Care"[Mesh] OR (Hospital Care) OR "Geriatric Hospitals"[Mesh] OR (Geriatric Hospitals) OR "Health Services for the Aged "[Mesh] OR (Health Services for the Aged) OR (Health Services for the Elderly) OR (Health Services for Aged) OR (Health Services, Geriatric) OR (Geriatric Health Service) OR (Health Service, Geriatric) OR (Service, Geriatric Health) OR (Services, Geriatric Health) OR (Geriatric Health Services)</p>
<p>CINAHL</p>	<p>S3 and S2 and S1 S3 = MH (Aged OR outpatients) or AB (Elderly OR Aged OR outpatients) S2 = MH (Age specific care OR Gerontologic Care OR Geriatric Rehabilitation OR Geriatric assessment OR Geriatrics OR Patient Assessment OR Patient Care OR Outcomes OR Multidisciplinary Care Team) or AB (Age Appropriate Care OR Age Related Care OR Age Specific care OR Age Specific Patient Care OR Age Appropriate care OR Geriatric Care OR Aged Care OR Gerontological care OR Gerontology OR Assessment Patient OR Client Assessment OR Client Evaluation OR Assessments Patient OR Client Assessments OR Client Evaluations OR Patient Assessments OR Patient Outcome OR Outcome Health Care OR Outcomes Healthcare OR Outcome OR Outcomes of Health Care OR Health Care Team OR Interdisciplinary Health Team OR Medical Care Team OR Patient Care Team OR Multidisciplinary Care Team OR Multidisciplinary Care Teams OR Health Care Teams OR Interdisciplinary Health Teams OR Medical Care Teams OR Patient Care Teams OR Transdisciplinary Team OR Treatment Outcomes OR After care OR Older Adult Care) S1 = MH (Health Services for the Aged OR Day Care) or AB (Gerontologic Health Services OR Health Service for the Aged OR Gerontologic Health Service OR Gerontological Health Services OR Health Service for Elderly OR Health Service for the Elderly OR Health Services for Elderly OR Health Services for the Elderly OR Geriatric Health Service OR Geriatric Health Services OR Ambulatory care OR Hospital Ancillary Services OR Health Facility Ancillary Service OR Health</p>

	Facilities Ancillary Services OR Hospital Ancillary Service OR ambulatory care facilities OR day hospital OR day hospitals OR day care OR partial hospitalization OR partial hospitalizations OR hospital outpatient clinics OR hospital outpatient clinic OR geriatric hospitals OR geriatric hospital)
Banco de Teses da Capes	Hospital dia (campo: assunto; expressão exata)
LILACS; BDENF; PAHO; WHOLIS.	No campo palavras: (((((((hospitalização parcial) or "HOSPITALIZACAO PARCIAL" or "HOSPITALIZACAO PARCIAL/") or "HOSPITALIZATION, PARTIAL" or "HOSPITALIZATION, PARTIAL/") or "DAY CARE") or "DAY CARE/") or "HOSPITALS, DAY" or "HOSPITALS, DAY/") or "HOSPITALESCON" or "HOSPITAL DIA" or "HOSPITAL DIA/") or "HOSPITAIS-DIA" or "HOSPITAIS-DIA/" or ("ASSISTENCIA diurna") No campo descritor de assunto: ("ASSISTENCIA diurna") or "HOSPITAIS DIA"

Quadro 2: Estratégias de busca segundo a base de dados. Florianópolis, 2009.

d) Critérios de Seleção, Inclusão e Exclusão da Bibliografia.

A seleção inicial e abrangente nos resultados da busca eletrônica foi através da leitura *on line* do título e resumo de cada referência. Essa fase foi realizada exclusivamente pela revisora A (pesquisadora), selecionando aquelas referências que continham o descritor e/ou termo livre/palavra-chave “Hospital Dia”. Essa busca resultou no registro de 7.286 referências bibliográficas das quais 76 delas foram selecionadas.

Cada referência bibliográfica foi identificada com um código de letras que permitiu a classificação sistemática do material para facilitar a identificação em qualquer momento da pesquisa, principalmente nas fases de recuperação e análise da bibliografia. Tal código refere-se ao número do registro de busca e à base de dados de origem, como exemplos a seguir:

- R2CA: registro de busca nº. 2 no Banco de Teses da Capes;
- R23LI: registro de busca nº. 23 na LILACS;
- R4CI: registro de busca nº. 4 na CINAHL;
- R3CO: registro de busca nº.3 na Cochrane Library;
- R36CI R18CO: caso de registro duplicado, em diferentes bases de dados.

As referências codificadas repetidas foram excluídas, permanecendo aquela com data mais recente de publicação, exceto nos

casos em que apresentou acréscimo de informação.

A fase seguinte do processo de seleção, inclusão e exclusão das 76 referências bibliográficas inicialmente identificadas foi realizada de modo independente pelas revisoras A (pesquisadora) e B (orientadora da tese), analisando cada resumo das referências bibliográficas, seguindo orientações contidas no formulário próprio (Apêndice A), que incluía leitura exploratória do título e do resumo da literatura observando o tipo de publicação e considerando os seguintes critérios de:

- **Inclusão:** referência bibliográfica que continha no título ou no resumo o descritor ou termo livre/palavra-chave “Hospital Dia”; e/ou o objetivo do estudo indicando pertinência com a questão de pesquisa bibliográfica. Não houve restrição na seleção de literatura quanto ao tipo de delineamento do estudo, nem do tipo de publicação.

- **Exclusão:** referência bibliográfica cuja modalidade de “Hospital Dia” não se relacionasse com idoso ou população não idosa, mas em outras áreas como de saúde mental, HIV, quimioterapia.

O parecer analítico do resumo de cada material bibliográfico passou por uma reunião de consenso das duas revisoras para decisão final no caso de divergência de parecer de inclusão ou não, e para definição da lista de referências bibliográficas selecionadas, resultando num total de 52.

A fase seguinte de busca constituiu-se de localização do texto completo das referências selecionadas, cuja recuperação se fez por meio da internet, do acervo da Biblioteca Universitária da UFSC e do seu serviço de comutação. As referências cujo texto completo não foi possível recuperar foram excluídas da pesquisa bibliográfica num total de 18.

e) Organização e análise da bibliografia selecionada

Da lista de 76 referências selecionadas, os 52 textos completos recuperados foram avaliados independentemente pelas revisoras A e B, seguindo as orientações contidas no formulário próprio que incluíam como critério de inclusão os aspectos relevantes sobre elementos de organização do serviço e do cuidado nos HDGs e anotação do tema central da publicação (Apêndice B).

Mais uma vez, houve a reunião de consenso das duas revisoras para a seleção definitiva da amostra do material bibliográfico a compor a revisão NOS MOLDES da revisão sistemática da literatura acerca de HDG, que resultou em **30 publicações** (Apêndice F). A lista de publicações excluídas consta no Apêndice G.

3.1.2 Levantamento e identificação de hospitais dia geriátricos brasileiros

A segunda etapa desta pesquisa constou de levantamento e identificação de HDGs existentes no Brasil, para contextualizar no cenário nacional os dados identificados na revisão de literatura. O levantamento de HDGs públicos visou a conhecer a realidade dessa modalidade de assistência ao idoso em termos de número e qualidade. Ou seja, quantidade de serviços, localização, estrutura, composição da equipe de saúde, funcionamento, fluxo de usuários, metodologia de assistência, sistema de informação e rede de atendimento, além de outras informações que retratassem a adequação ao contexto brasileiro.

Para esse levantamento realizamos busca manual no site do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov>), através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a fim de conhecer o rol de serviços existentes. O cadastro contém informações relativas à infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal e se constitui em fonte de dados úteis na elaboração de programas, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país. Nesse cadastro foram identificados 11 serviços que registravam a existência de HDG com total de 56 leitos. Nesse, verificamos a existência de um serviço descrito no CNES/MS como hospital dia isolado, o qual não dispõe de leitos e refere-se a uma unidade essencialmente de reabilitação.

Também identificamos no registro da Portaria Nº. 702/2002/MS, sobre CRASI (BRASIL, 2002b), 17 centros cadastrados dos 74 previstos pelo MS a serem distribuídos nos estados brasileiros (Anexo 1). Identificamos que nesses centros cadastrados não havia HDG, conforme prevê a Portaria. Tal situação admite a necessidade de revisão e adequação da Portaria, segundo o MS.

O passo seguinte foi verificar as informações com o responsável de cada HDG identificado por meio de contato telefônico e/ou de correio eletrônico. Também realizamos contato com os coordenadores de cada um dos 17 CRASIs cadastrados no MS, por meio de correio eletrônico. A única confirmação de serviço em funcionamento foi o do HDG do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP (HC-FMUSP).

Uma terceira fonte de informação foi o contato com os presidentes regionais da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que confirmaram os dados já coletados.

Terminada a busca, foi confirmada a **existência de apenas dois HDGs** efetivamente funcionantes em nosso meio: um em São Paulo/SP e outro em Anápolis/GO.

Uma vez identificados, tais serviços foram contatados para agendamento de visita *in loco* da pesquisadora, com o consentimento de seus coordenadores. Durante a visita, a pesquisadora registrou os dados colhidos segundo um roteiro específico constante no formulário sobre elementos da organização do HDG e do cuidado (Apêndice C). Também foram coletados dados de documentos internos do serviço, com vistas a conhecer sua organização administrativa. Essa consulta foi realizada com prévia autorização dos coordenadores dos serviços (Apêndice D).

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de seleção, exploração e análise dos dados foi baseado na técnica de análise temática (Minayo, 2004), que consiste em identificar a ideia central (ou núcleo de sentido) do estudo cuja presença tem significado para o objetivo da pesquisa.

A fase de pré-análise dos dados oriundos da pesquisa bibliográfica foi orientada pela leitura e releitura do material, sendo ao final organizados os dados no Apêndice B. Nesse formulário foram registrados: a ideia central dos textos e os conceitos gerais. Não houve preocupação com a frequência de ocorrência das ideias centrais identificadas, mas com a agregação dos dados por semelhança temática, reconhecendo que as categorias e eixos temáticos construídos são unidades de análise abertas e estão interligadas entre si. Uma vez organizados e categorizados os dados em seis ideias centrais, que culminaram em dois eixos temáticos, estes foram analisados à luz do marco referencial que guiou esta pesquisa.

Da mesma forma, procedemos à análise temática da segunda etapa da pesquisa: os dados oriundos das entrevistas e documentos dos serviços encontrados no levantamento e identificação de HDGs públicos nacionais. Identificamos e analisamos seus pontos de convergência e divergência.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que diz respeito às pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado no Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Enfermagem da PEN/UFSC e aprovado no Comitê de Ética na UFSC, conforme certificado Nº. 086.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO

4.1.1 Caracterização da Amostra de Publicações da Revisão da Literatura sobre Hospital Dia Geriátrico

A estratégia de busca resultou no registro de total de 7286 referências bibliográficas, das quais 76 foram inicialmente selecionadas analisando-se a presença do descritor ou termo livre/palavra-chave hospital dia geriátrico (HDG) em seus resumos ou títulos. Destas, 52 foram incluídas na lista das referências selecionadas por meio da análise independente dos resumos, pelos pares. Estas, por sua vez, tiveram seus textos completos localizados e recuperados, os quais foram analisados independentemente pelos mesmos pares anteriores, decidindo pela seleção de 30 publicações, compondo assim a amostra da presente revisão de literatura. O Quadro 3 apresenta os resultados da estratégia de busca conforme a base de dados correspondente.

Nome da Base de Dados	Data de Busca	Resultados da Busca	Seleção Inicial pelo Resumo	Seleção Final pelo Texto Completo
CAPE S - Banco de Teses	10/12/2008	94	01	01
BDENF – Base de Dados de Enfermagem	11/02/2009	23	00	00
CINAHL – Cumulative Index To Nursing and Allied Health Literature	20/01/2009	2140	60	24
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	11/02/2009	127	01	01
PUBMED	12/11/2008	4273	00	00
PAHO	11/02/2009	02	00	00
WHOLIS	11/02/2009	04	00	00
COCHRANE LIBRARY	30/10/2008	623	14	08
Total dos Resultados		7286	76	34*

* Do número total de incluídos, 04 estudos são duplicados, portanto o total é de 30 estudos.

Quadro 3: Resultado Quantitativo da Busca de Literatura nas Bases de Dados – Florianópolis, 2009.

As características gerais das publicações incluídas na amostra estão apresentadas no Quadro 4. Em sua maioria, são originadas do Reino Unido (13 referências), berço de desenvolvimento do HDG como modalidade de serviço em atenção à saúde das pessoas idosas. Os demais países de origem das referências foram Canadá (03), USA (03), Nova Zelândia (03), Brasil (02), Suécia (01), China (01), Alemanha (01), Escócia (01), Israel (01) e Finlândia (01).

As datas de publicação vão de 1984 a 2006, com maior ocorrência nos anos de 1994, 2000, 2002 e 2004.

Código da publicação	Título	Autor/ Ano de Publicação	Pais de Publicação	Idioma	Tipo de Publicação	Tipo de Estudo	Descriptor, Termo Livre/Palavra-Chave
R2CA	Estudo de alguns aspectos demográficos de uma coletividade de idosos para a implantação de um hospital dia geriátrico	Brito FC, 1993	Brasil	Português	Dissertação de Mestrado	Estudo Exploratório Descritivo	geriatria; hospital dia; dependente.
R4CI	A communication model in a day hospital	Gunn R; Timms S; Terry J; Erlam R; Brown G; Mellor R; Sainsbury R, 1988.	Nova Zelândia	Inglês	Journal Article	Relato de Experiência	Continuing education; day care; old age; multidisciplinary care team
R9CO	Day hospital rehabilitation - effectiveness and cost in the elderly: a randomized controlled trial	Tucker MA; Davison JG; Ogle SJ, 1984.	Nova Zelândia	Inglês	Journal Article	RCT	depression
R12CO	Effectiveness of a geriatric day hospital	Eagle DJ; Guyatt GH; Patterson C; Turpie I; Sackett B; Singer J, 1991.	Canadá	Inglês	Journal Article	RCT	activities of daily living; day care; health services for the aged; mental disorders; rehabilitation; quality of life
R13CO	Physiological concomitants of an "autonomous day programme" in geriatric day care	Lökk J; Theorell T; Arnetz B; Eneroth P, 1991.	Suécia	Inglês	Journal Article	RCT	day care; health services for the aged; health status; prolactin blood
R14CO	What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings? A critical appraisal of the literature	Day P; Rasmussen P, 2004.	Nova Zelândia	Inglês	Journal Article	Revisão Sistemática	Community health services; geriatric nursing; geriatrics; health services for the aged; hospitals
R23LI	Centro-dia e hospital-dia: uma resposta de inserção na CGABEG: proposta de trabalho visando maior autonomia na terceira idade	Camarinha HS; Oggero EF; Souza MGC, 1994.	Brasil	Português	Journal Article	Relato de Experiência	hospital dia; serviços de saúde para idosos; saúde do idoso
R36CI R18CO	Outcomes of elderly stroke patients: day hospital versus conventional medical management	Hui E; Lum CM; Woo J; Or KH; Kay RL, 1995.	China	Inglês	Journal Article	RCT	elderly; hospitalization; rehabilitation; stroke outcome
R37CI	Alternative paths to long-term care: nursing home, geriatric day hospital, senior center, and domiciliary care options	Sherwood S; Morris JN; Ruchlin HS, 1986.	USA	Inglês	Journal Article	Estudo Descritivo	long term care; day care; gerontologic care

R44CI	An exploration looking at the impact of domiciliary and day hospital delivery of stroke rehabilitation on informal carers	Low JTS; Roderick P; Payne S, 2004.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Exploratório	caregivers; psychological factors; stroke; rehabilitation; day care; home health care
R66CI	Characteristics of patients who made gains at a geriatric day hospital	Dasgupta M; Clarke NCT; Brymer CD, 2005.	Canadá	Inglês	Journal Article	Estudo Retrospectivo	day care; old age; gerontologic care; geriatric rehabilitation
R67CI	Collaboration, facilities and communities in day care services for older people	Burch S; Borland C, 2001.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	RCT	day care; old age; geriatric rehabilitation
R69CI R4CO	Comprehensive geriatric assessment in a day hospital	Siu AL; Morishita L; Blaustein J, 1994.	USA	Inglês	Journal Article	Estudo de Corte Retrospectivo	activities of daily living; ambulatory care; ambulatory care facilities; hospitalization; special hospitals; outcome assessment; day care; geriatric assessment; special hospitals
R90CI R15CO	Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes	Tousignant M, Hebert R, Desrosiers J, Hollander MJ, 2003.	Canadá	Inglês	Journal Article	Pesquisa Quase-Experimental e Coorte Histórica	Economical evaluation; day hospital; geriatric; elderly; functional autonomy; rehabilitation; cost benefit analysis; day care; old age; functional status
R103CI	Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers	Zank S; Schacke C, 2002.	Alemanha	Inglês	Journal Article	Pesquisa Quase-Experimental Longitudinal	caregivers; psychological factors; day care; patients
R104CI	Evaluation of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation (including the Functional Independence Measure) by Glenrothes Geriatric Day Hospital team	Peter A, 1994.	Escócia	Inglês	Journal Article	Estudo Exploratório ou Relato de Experiência	Functional assessment; old age; computers and computerization; software
R109CI	FALLS	Short R, 2006.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Pictorial	accidental falls; old age; gerontologic care; health services for the aged
R125CI	Goal negotiation with older people in three day care settings	Powell J, Bray J, Roberts H; Goddard A; Smith E, 2000.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Exploratório	goal setting; old age; day care; negotiation

R128CI	Have a nice day	White P; Rimmer T; Hayes J, 2002.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Pictorial	day care; old age; attitude to health; patient attitudes; gerontologic care
R149CI	Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patients?	Hershkovitz A; Beloesky Y; Brill S; Gottlieb D, 2004.	Israel	Inglês	Journal Article	Levantamento Longitudinal Prospectivo	stroke; rehabilitation; day care; old age; stroke patients
R161CI	Measuring the outcomes of day hospital attendance: a comparison of the Barthel Index and London Handicap Scale	Harwood RH; Ebrahim S, 2000.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Exploratório Descritivo	Geriatric rehabilitation; rehabilitation patients; day care; old age
R163CI R1CO	Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care	Forster A, Young J, Langhorne P, 1999.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Revisão Sistemática	health services for the aged; geriatric rehabilitation; outpatient service
R230CI	Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their carers	Trend P; Kaye J; Gage H; Owen C; Wade D, 2002.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Observacional	caregivers; psychosocial factors; parkinson disease; rehabilitation; psychosocial support
R239CI	The effectiveness of day hospital care on home care patients	Pitkala K, 1998.	Finlândia	Inglês	Journal Article	RCT	disease chronic; rehabilitation; day care; home health care; rehabilitation centers
R241CI	The future role of day hospitals for the elderly: the case for a nursing initiative	Nolan MR, 1987.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Exploratório Descritivo	day care; old age; recreational therapy; nursing role; gerontologic care; health services for the aged; gerontologic nursing
R243CI	The Huntingdon Day Hospital Trial: secondary outcome measures	Burch S; Longbottom J; McKay M; Borland C; Prevost T, 2000.	USA	Inglês	Journal Article	RCT	Rehabilitation patients; day care; outpatient service
R250CI	The role of day hospitals in rehabilitation	Curless R, 2000.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Revisão de Literatura	day care; geriatric rehabilitation
R260CI	Use of community support services by elderly patients discharged from general medical and geriatric medical wards	Jackson MF, 1990.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Descritivo	Community health services; old age; patient discharge; health services for the aged; continuity of patient care

R261CI	Use of COOP charts in the day hospital	Kinirons MT; Weston B; Rai GS, 1998.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Estudo Exploratório para Validação de Instrumento	day care; geriatric assessment
R265CI	What older people want	Job S, 2005.	Reino Unido	Inglês	Journal Article	Pictorial	Gerontologic nursing; health services for the aged; health services needs and demand; old age; patient centered care

Quadro 4: Caracterização das publicações incluídas na amostra. Florianópolis, 2009.

4.1.2 Análise e Síntese da Amostra de Publicações da Revisão da Literatura sobre Hospital Dia Geriátrico

Seguindo o método de análise temática, as publicações foram agrupadas em seis temas centrais identificados na leitura dos textos (Quadro 5) e facilitaram a descrição dos dados e análise dos elementos presentes de organização do serviço e do cuidado em HDG.

Os conhecimentos que emergiram da revisão de literatura foram organizados em dois eixos temáticos, incorporando os elementos de organização e funcionamento do HDG e do cuidado. Denominamos como primeiro eixo o **HDG como modalidade de cuidado ao idoso** e no segundo eixo o **HDG como realidade factível**.

Cuidado	Instrumentos de Avaliação	Participação	Perfil de Usuário	Organização	Efetividade
R13CO	R103CI	R125CI	R2CA	R4CO	R9CO
R37CI	R104CI	R128CI	R66CI	R23LI	R12CO
R44CI	R149CI	R265CI	R260CI	R67CI	R14CO
R241CI	R161CI			R109CI	R36CI18CO
	R243CI			R250CI	R69CI4CO
	R261CI				R90CI15CO
					R163CI1CO
					R230CI
					R239CI

Quadro 5: Publicações agrupadas por ideias centrais. Florianópolis, 2010.

De modo geral, as publicações analisadas apresentam o perfil do usuário do serviço de HDG. Aqui apresentamos aquelas cuja ideia central identificada no texto foi compreendida como o **perfil do usuário**, ou seja, a “caracterização do usuário”. Tais publicações abordam o tema sob variados pontos de vista. Uma determina o perfil do usuário que apresenta benefícios com o atendimento no HDG (Apêndice E – Quadros 21, 22); outra examina uso de serviços de suporte comunitário (dentre os quais aquele denominado cuidado dia hospitalar, aqui entendido como HDG) após alta hospitalar seja de ala geriátrica, seja de ala geral (Apêndice E – Quadros 55, 56), e traz o perfil dos usuários desses serviços. Por último, uma dissertação brasileira que pesquisa o perfil da coletividade de idosos atendidos no ambulatório gerontogeriátrico de um hospital público, considerados como potenciais usuários de HDG para justificar sua implantação (Apêndice E – Quadros 1, 2).

Estudos no Reino Unido incluem a percepção e satisfação do usuário com os cuidados recebidos no HDG, sugerindo que tais resultados sejam considerados no planejamento e na ação de cuidados do serviço, bem como para avaliar o funcionamento e os benefícios (Apêndice E – Quadros 35, 36; 37, 38; 53, 54). A organização da equipe multiprofissional para o planejamento do cuidado em conjunto com o idoso é focada na participação e na negociação de metas e apresenta claramente a função terapêutica, suportiva e social do serviço, com abordagem holística e humanística.

Pertinentes recomendações baseadas na escuta atenta e na formação de vínculo foram descritas para a formação de grupo de discussão de usuários, por considerá-los importantes elementos de organização do cuidado (Apêndice E – Quadros 59, 60).

Duas publicações que seguem a metodologia de revisão sistemática de literatura, nos moldes da Colaboração Cochrane (Apêndice E – Quadros 11, 12; 43, 44), aqui incluídas, exploraram temas complementares entre si, cuja ideia central foi a **efetividade** do HDG.

A revisão mais recente data de 2004 (Apêndice E – Quadros 11, 12) e foi também mais abrangente no que se refere ao seu objetivo, embora em cenário de pesquisa restrito a Nova Zelândia. Foi solicitada pelo Ministério da Saúde daquele país para avaliar criticamente a literatura em busca da evidência de efetividade dos serviços especializados em geriatria para agudos, pós-agudos e subagudos, sempre comparados ao cuidado usual (considerados aqueles não especializados). Os serviços especializados foram o cuidado

comunitário, o cuidado hospitalar, o hospital dia e cuidado ambulatorial e os modelos de serviços com equipes especializadas. Dos resultados apresentados, concentramos a análise nos dados que se referiram principalmente ao hospital dia, o consenso sobre os princípios do cuidado e as características dos serviços especializados em geriatria (Apêndice E – Quadros 11, 12); embora seus resultados e conclusões tenham apontado falta de evidência para a eficácia dos serviços de hospital dia geriátrico e cuidado ambulatorial especializado, bem como evidência não conclusiva de que esses serviços são melhores do que o cuidado usual, em termos de benefício.

A outra revisão sistemática da literatura incluída verificou a efetividade do cuidado no HDG para prolongar a independência do idoso nas atividades da vida diária (AVD), comparando-o com outros serviços, como o cuidado abrangente, o domiciliário e o não abrangente. O hospital dia foi definido como um serviço facilitador para pacientes ambulatoriais onde os pacientes idosos atendidos por dia recebem reabilitação multidisciplinar no local de cuidado de saúde. Concluiu que esse serviço parece ser efetivo para pessoas idosas que necessitam reabilitação, mas pode não ter vantagens claras sobre outros cuidados abrangentes (serviços de hospitalização integrada, ambulatorial e domiciliar), já que os resultados foram semelhantes. A reabilitação foi considerada o mais importante propósito central do HDG. No entanto, a análise sugere que esse serviço pode reduzir o uso do hospital e de cuidados institucionais, mesmo considerando relatos de informações de custos mais elevados (Apêndice E – Quadros 43, 44).

A discussão acerca da redução do uso de leitos hospitalares, de evitar institucionalização precoce e o maior custo quando comparado aos outros serviços especializados ambulatoriais também foi corroborada em outras publicações aqui incluídas (Apêndice E – Quadros 5, 6; 25, 26). Porém, os estudos reconhecem que suas limitações metodológicas e a diversidade de instrumentos de avaliação do idoso podem interferir nos resultados apresentados.

Resultado semelhante foi encontrado num estudo randomizado para verificar a efetividade do HDG. Este concluiu que o cuidado lá recebido não melhora o estado funcional ou a qualidade de vida dos pacientes idosos quando comparado com cuidado ambulatorial geriátrico (Apêndice E – Quadros 7, 8). A preocupação com a durabilidade dos ganhos apresentados com o tratamento e a reabilitação oferecidos no hospital dia mostrou que tais ganhos são significantes e adquiridos em curto prazo (6 semanas), e com melhora sustentada dos ganhos com a disposição/humor. Mas, uma vez cessado o atendimento,

os ganhos físicos tendem a não perdurar a longo prazo (Apêndice E – Quadros 5, 6), o que suscita questionamento e merece nova abordagem de pesquisa, considerando a peculiaridade da condição do idoso, cujo processo de envelhecimento necessariamente evolui para algumas perdas funcionais e instalação de fragilidade com o passar dos anos.

Independentemente das conclusões acima apresentadas, importantes elementos para a organização do serviço e do cuidado em HDG foram extraídos dos estudos desenvolvidos nos cenários canadense e americano, nos quais a relevância do papel do hospital dia é reconhecida fonte de cuidado especializado multiprofissional dirigido ao idoso frágil, como vemos nos estudos apresentados no Apêndice E – Quadros 7, 8 e 25, 26. Bem como, os elementos de cálculo para custo financeiro do serviço desenvolvido na Nova Zelândia apresentado no estudo descrito no Apêndice E – Quadros 5, 6.

Contrário aos resultados negativos de custo efetividade do hospital dia, um estudo randomizado de 1995 (Apêndice E – Quadros 15, 16) acompanhou a recuperação de 120 idosos egressos de unidade de agudos após AVC em unidades de HDG e de serviço convencional em Hong Kong, concluindo que quando comparado ao tratamento médico convencional, os cuidados no HDG promovem a recuperação funcional e reduzem as visitas ambulatoriais de pacientes idosos com AVC sem custo adicional.

Em outro estudo, análise de custo-benefício nas mudanças de autonomia funcional de idosos em HDG foi quantificada em dólares canadenses (Apêndice E – Quadros 27, 28) e concluiu que, para cada dólar investido no programa de hospital dia, houve um benefício de 2.14 dólares, embora não tenha sido possível quantificar em cifras os aspectos de melhora no funcionamento cognitivo, na socialização e no bem-estar.

Métodos utilizados nos cálculos dos custos e benefícios foram incluídos como elemento de organização do HDG e como possíveis modos adaptáveis em diferentes contextos de hospital dia (Apêndice E – Quadros 16; 27).

Os altos custos adicionais do hospital dia devido ao transporte de pacientes de zona rural demonstrou requerer estratégias criativas e atenção particular nesse caso, de modo a equacionar o uso de outros serviços e otimizar os resultados esperados de funcionamento físico e qualidade de vida (Apêndice E – Quadros 45, 46).

Uma intervenção testada em hospital dia do Reino Unido, com abordagem multiprofissional não farmacológica, inspira diferentes estratégias de organização do serviço e do cuidado na conformação de

um HDG (Apêndice E – Quadros 45, 46). Embora esse estudo observacional apresente ações especializadas para idosos portadores de Doença de Parkinson, as competências da equipe em atender e orientar/educar pacientes e cuidadores se aplicam a quaisquer condições crônicas de saúde do idoso em âmbito de HDG.

Os resultados de **organização** e funcionamento do serviço, ideia central de grande importância nesta pesquisa, foram dados retirados principalmente da descrição dos cenários de pesquisa.

Os achados são unânimes em considerar o HDG uma modalidade assistencial intermediária e complementar dentro de um sistema de atenção à saúde da pessoa idosa. A sua organização e o seu funcionamento estão diretamente ligados ao objetivo claramente definido, à formação integrada e especializada de equipe multiprofissional de saúde, à disponibilidade de meios organizados para o seu funcionamento e a um sistema de avaliação da sua efetividade nos mais diversos aspectos.

Em 1994 foi proposto projeto para implantar três modalidades complementares de atenção ao idoso (centro dia, hospital dia e programa de semi-internato) em um serviço gerontológico já existente na marinha brasileira (Apêndice E – Quadros 13, 14). Embora essa publicação apresente projeto pouco detalhado e ainda sem implantação, foi aqui incluída por ser uma intenção nacional de hospital dia com objetivos abrangentes e com aproveitamento de recursos disponíveis no próprio serviço de origem. Consta no projeto o objetivo de diminuir as internações de pacientes idosos usuários dos hospitais da Marinha, oferecendo opções de atendimento para preservação da autonomia, manutenção do papel social do idoso e prevenção do afastamento social e familiar dos aposentados e pensionistas e seus familiares (Apêndice E – Quadros 13, 14). A pretensão de reduzir tempo de permanência hospitalar, oferecer tratamento hospitalar completo e sem internação, dar continuidade ao programa de reabilitação física e psicofuncional, atendimento por equipe multiprofissional e oferecer transporte para os usuários são alguns dos elementos de organização do serviço e do cuidado em HDG presentes no referido projeto.

O conjunto dos aspectos considerados relevantes na organização e no funcionamento do serviço inclui um sistema de referência e contrarreferência para a retaguarda, complementação e continuidade da atenção sem duplicação de ações. Para tal, o sistema de comunicação precisa ser efetivo e colaborativo entre a equipe multiprofissional e a rede externa (Apêndice E – Quadros 3, 4; 23, 24).

Em geral as publicações incluídas na categoria de organização do

serviço (Apêndice E – Quadros 3, 4; 13, 14; 23, 24; 53, 54) apresentam dados que se repetem em outras referências e traduzem os objetivos tradicionais do serviço de HDG, ou seja, a avaliação funcional por equipe multiprofissional, reabilitação, manutenção física, pausa/respiro do cuidador, cuidado social e a realização de procedimentos médico e de enfermagem.

A **organização do cuidado** foi compreendida como o conjunto de ações de cuidado à saúde pensado e organizado para a implementação do projeto terapêutico, incluindo a avaliação dos seus resultados, o uso de equipamentos, os procedimentos, o tratamento e o relacionamento entre os usuários e os membros da equipe de saúde. As publicações cuja ideia central é o **cuidado** apresentam de modo variado as atividades terapêuticas desenvolvidas no modelo médico tradicional com ênfase em tratamento, reabilitação e alta. Contudo, ressaltamos outros dados explicitados nos estudos incluídos, que dão amplitude e que consideramos pertinentes à nossa concepção de HDG nesta pesquisa: ações de educação participativa em saúde (Apêndice E – Quadros 33, 34), inclusão do cuidador e do idoso no planejamento e implementação dos cuidados (Apêndice E – Quadros 19, 20), a visão holística e humanitária do cuidado (Apêndice E – Quadros 9, 10; Apêndice E – Quadros 49, 50) e a qualidade do cuidado para a qualidade de vida (Apêndice E – Quadros 17, 18; 19, 20; 49, 50).

A avaliação multifatorial para o risco de quedas aparece como uma ação de cuidado pouco explorada nas publicações selecionadas, embora o risco de quedas, suas sequelas e complicações sejam um dos tópicos a ser considerado na avaliação geriátrica abrangente. As ações preventivas de cuidado, avaliação e controle de quedas no idoso foram assim descritas: avaliação da pessoa idosa com a identificação de história de quedas; condição da marcha, equilíbrio/mobilidade e fraqueza muscular; risco de osteoporose; capacidade funcional percebida do idoso e do medo relacionados à queda; deficiência visual; déficit cognitivo e exame neurológico e incontinência urinária (Apêndice E – Quadros 33, 34).

A competência técnica e humana da equipe multiprofissional foi abordada em estudo exploratório desenvolvido no Reino Unido em 2004 (Apêndice E – Quadros 19, 20). Os autores exploraram o impacto de dois métodos de reabilitação oferecida ao paciente acometido por AVC sobre os cuidadores informais segundo sua percepção de cuidado e qualidade de vida. No texto podemos identificar uma ação de cuidado relacionada com o desempenho dos terapeutas, incluindo: habilidade prática, inteligência, pontualidade, empatia com as necessidades do

paciente e capacidade de manter bom relacionamento.

A **participação do usuário** no processo de planejamento, implementação e avaliação do cuidado no hospital dia colabora com a adequação da oferta de serviço à demanda de necessidades e potencialidades apresentadas pela pessoa idosa e seu familiar cuidador, além de ir ao encontro dos anseios gerontogeriátricos de independência e autonomia com a melhor qualidade de vida possível do usuário.

As publicações incluídas na categoria acima descrita apresentam relatos de projetos que exercitam o protagonismo do idoso. Variadas técnicas, tais como o grupo de discussão, o grupo focal e a entrevista semiestruturada individual, são utilizadas para atingir o objetivo último de inclusão do usuário na organização do cuidado. Portanto, tais técnicas buscam conhecer a percepção dos idosos sobre o propósito e o valor do cuidado no hospital dia (Apêndice E – Quadros 37, 38), conhecer o que os idosos almejam com o cuidado na internação e no hospital dia (Apêndice E – Quadros 59, 60) e, por fim, promover a participação das pessoas idosas na tomada de decisão no cenário de cuidados diurnos enfatizando a manutenção e maximização da autonomia e do viver independente (Apêndice E – Quadros 35, 36).

Os **instrumentos de avaliação** colaboram na avaliação multiprofissional e abrangente da pessoa idosa, possibilitando a identificação das capacidades, necessidades e da qualidade de vida do idoso para estabelecer o plano terapêutico e o gerenciamento das ações necessárias e dos recursos disponíveis (BRASIL, 2006c). Muitas publicações incluídas utilizaram instrumentos diversos de avaliação do idoso como medida de avaliação de resultados esperados com o cuidado, como medida indireta da qualidade do cuidado prestado, assim como medida de efetividade do serviço. Citamos aquelas usadas que compõem a categoria instrumentos de avaliação: Medida de independência funcional-FIM (Apêndice E – Quadros 31, 32; 39, 40); Barthel Index (Apêndice E – Quadros 51, 52; Apêndice E – Quadros 41, 42); Philadelphia Geriatric Morale Scale (Apêndice E – Quadros 51, 52); Caregiver Strain Index (Apêndice E – Quadros 51, 52); London Handicap Scale-LHS (Apêndice E – Quadros 39, 40; 41, 42); Nottingham Extended ADL Index (Apêndice E – Quadros 39, 40); Timed and get up go test (Apêndice E – Quadros 39, 40); Life Satisfaction Questionnaire (Apêndice E – Quadros 29, 30); Perceived social support (Apêndice E – Quadros 29, 30); Montgomery and Asberg Depression Rating Scale-MADRS (Apêndice E – Quadros 29, 30); Self-esteem (Apêndice E – Quadros 29, 30); Mini Mental State Examination-MMSE (Apêndice E – Quadros 29, 30); Check list adaptado de Zarit

and Zarit, 1983/1990 (Apêndice E – Quadros 29, 30).

A importância de testar e avaliar a sensibilidade e a adequação do instrumento ao contexto da equipe, do serviço e do perfil do usuário em seus diversos aspectos foi relatada em estudo randomizado com 105 pacientes, que comparou o hospital dia e o centro dia, usando escalas de medida da mobilidade, AVD e qualidade de vida. Os autores observaram que a sensibilidade dos instrumentos usados para medir mudanças mais pontuais de mobilidade, em determinada condição específica do paciente, não podem ser aplicadas indiscriminadamente em qualquer paciente (Apêndice E – Quadros 51, 52).

Os instrumentos foram qualificados como um modo de comunicação eficaz entre os membros da equipe e entre o sistema de referência e contrarreferência (Apêndice E – Quadros 31, 32), e também como facilitadores no planejamento, na avaliação do cuidado e na efetividade do serviço (Apêndice E – Quadros 31, 32).

Como medida indireta de avaliação da efetividade do serviço, um estudo avaliou a habilidade de duas escalas para medir os efeitos do atendimento no HDG (de Barthel Index e London Handicap Scale - LHS) e mostrou que instrumentos, embora largamente usados, não estão sendo adequados para verificar diferenças de efetividade entre serviços, sugerindo o investimento em novos métodos de avaliação (Apêndice E – Quadros 41, 42).

A avaliação para verificar a utilidade do instrumento COOP System no monitoramento de mudanças subjetivas em pacientes atendidos em HDG foi relatada em estudo exploratório, desenvolvido no Reino Unido em 1998. Os autores concluíram que tal instrumento é de fácil aplicação e útil na avaliação do paciente em reabilitação no HDG (Apêndice E – Quadros 57, 58).

4.1.3 Eixo 1: Hospital Dia Geriátrico como modalidade de cuidado ao idoso

O papel do HDG tem sido questionado em função do tipo de cuidado que oferece ao seu usuário. Seu papel é pautado, principalmente, no modelo médico tradicional com ênfase no tratamento, reabilitação e alta, incluindo ou não sua função social.

A literatura revisada mostra que a **organização do cuidado**, a **participação do usuário** e a utilização de **instrumentos de avaliação da pessoa idosa** são categorias emergentes para a reflexão de um

modelo assistencial condizente com as variadas funções do HDG, de acordo com as demandas sociais e de saúde dos seus usuários.

A literatura internacional, encontrada principalmente no Reino Unido (Apêndice E – Quadros 37, 38), argumenta a importância de um modelo híbrido, que contemple ações sociais de saúde, por considerar seu benefício no atendimento integral ao usuário. Benefício esse que, em última instância, pode reverter com maior probabilidade em melhora da saúde do ponto de vista subjetivo qualidade de vida.

As ações de cuidado no espaço do HDG requerem manejo ampliado e diferenciado daquele tradicionalmente visto em unidades de internação hospitalar, direcionadas para a saúde do idoso, incluindo o atendimento das necessidades de aprendizagem de ambos, paciente e seu cuidador. A variedade do tipo e da quantidade de atividades e procedimentos desenvolvidos no âmbito do hospital dia, com abordagens especializadas, amplia as possibilidades de práticas terapêuticas e de cuidado em tal cenário. Por isso, a equipe precisa definir claramente seus objetivos, recursos e modelo assistencial, de modo a adequar o serviço às demandas dos usuários. Para tal, uma equipe de saúde especializada, com competência técnica e humana, com habilidade para trabalhar em parceria e comprometida com o cuidado humano deve ser capaz de promover, prevenir, tratar e reabilitar a pessoa idosa dentro da sua condição de saúde, num cuidado que, sobretudo, acolhe, conforta e liberta o ser cuidado.

O rol de atividades multiprofissionais desenvolvidas com eficácia e segurança compreende os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, de reabilitação, pequenos procedimentos cirúrgicos e biópsias, coleta de material para exames, sondagens diversas, administração de medicamentos, hidratação endovenosa, avaliações individuais, avaliação e monitoramento de aderência ao cuidado e terapêutica, grupos de apoio e de educação em saúde, ativação da rede social, entre outras. Tais atividades se referem tradicionalmente ao cuidado com o idoso em situação aguda e de agudização de sua condição crônica. Contudo, o cuidado específico de caráter contínuo e planejado, que contempla o apoio ao idoso vulnerável e/ou fragilizado, é essencial para prevenir institucionalização precoce, incluindo o suporte à família para preservá-la na sua função de cuidadora (Apêndice E – Quadros 17, 18).

Editorial publicado em periódico inglês (Apêndice E – Quadros 33, 34) sugere um serviço integrado de quedas estabelecido em todos os serviços de saúde e de assistência social, atendendo a um programa nacional. Destaca a importância da triagem e avaliação de risco de quedas em idosos como um cuidado preventivo (Apêndice E – Quadros

33, 34), desenvolvido através de estratégias de educação em saúde, com participação ativa do idoso e família, demonstrando o papel primordial da educação num HDG.

Estudo desenvolvido na Suécia explorou os efeitos do cuidado dia geriátrico sobre o estado psicofisiológico dos pacientes, em intervenção controlada, para aumentar a autonomia do idoso (Apêndice E – Quadros 9, 10). Mostrou que o clima psicossocial oferecido ao idoso pode influenciar nos níveis de prolactina plasmática, os quais podem espelhar padrões de enfrentamento ativo ou passivo, sugerindo que o cuidado dia é uma importante opção de tratamento, pois melhora o bem-estar psicológico e traz ganhos ao estado físico. Através de uma medida biológica, o estudo mostrou o benefício do serviço para o paciente enfrentar situação de crise e estresse.

Outro estudo verificou o impacto de dois métodos de reabilitação oferecida ao paciente acometido por AVC sobre os cuidadores informais, conforme a percepção de cuidado e qualidade de vida (Apêndice E – Quadros 19, 20). Um modelo combinado de cuidado social e de saúde parece favorecer a reabilitação do idoso na medida em que o familiar cuidador é reconhecido como parceiro e cliente do cuidado. As vantagens dessa abordagem foram descritas como momento de respiro para o cuidador, como função terapêutica do relacionamento social entre os pacientes, fonte de suporte social para desenvolver modos de enfrentamento em face das necessidades de cuidado do parente idoso.

Os estudos contemplam o fim holístico e humanitário do cuidado em âmbito do HDG. O idoso com incapacidades e seu cuidador esperam receber um cuidado pontual que resolva ou melhore seus problemas de saúde, mas também desejam que as consequências sociais e psicológicas decorrentes de sua condição sejam reconhecidas e cuidadas (Apêndice E – Quadros 19, 20; 35, 36; 37, 38; 49, 50). O usuário se sente participativo na implementação do cuidado ao ser ouvido nas suas experiências e percepções, ante sua condição de saúde e enquanto ser cuidado (Apêndice E – Quadros 59, 60).

As ferramentas de avaliação da pessoa idosa e do cuidado em HDG englobam as ideias centrais identificadas como instrumentos de avaliação e participação do usuário.

Um instrumento sistematizado de coleta de dados do paciente, de uso multiprofissional, foi identificado e aceito pela equipe de um HDG na Escócia (Apêndice E – Quadros 31, 32). Tal sistema contemplava linguagem comum de fácil entendimento entre os membros da equipe e facilitava a comunicação, inclusive para continuidade do cuidado ao

encaminhar o paciente para outros serviços, o que demonstra a importância da atitude interdisciplinar articulada a favor da atenção integrada do usuário de HDG.

Alguns estudos chamam a atenção para a necessidade de adequar o instrumento de avaliação ao perfil do usuário e para a habilidade da equipe no seu manejo (Apêndice E – Quadros 51, 52; 29, 30). Torna-se imprescindível a sensibilidade de instrumentos para medir mudanças mais pontuais, como de mobilidade na recuperação dos pacientes com AVC. Tais instrumentos podem não ser adequados para acompanhar a evolução de pacientes crônicos com Parkinson ou com osteoartrite, pois dimensões complexas como o bem-estar, isolamento social e qualidade de vida no sentido mais amplo representam também resultados de cuidado. (Apêndice E – Quadros 51, 52).

Os instrumentos devem ser aplicados na admissão e alta do idoso, como modo de avaliar a resposta do paciente à terapêutica implementada. As ações de reabilitação para o desempenho das AVDs, mobilidade, capacidade funcional, independência física, ocupação, integração social, orientação e autossuficiência são algumas das possíveis medidas de avaliação de melhora da autonomia e independência do paciente idoso vítima de AVC (Apêndice E – Quadros 39, 40).

Outro aspecto a ser considerado é quanto aos efeitos do cuidado sobre os cuidadores. Embora esses manifestem respostas positivas de bem-estar atribuindo ao suporte recebido no HDG, algumas pesquisas não são claras ou não mostram diferenças significantes em tal sentido (Apêndice E – Quadros 29, 30). Autores questionam a adequação dos instrumentos de avaliação como medida indireta da efetividade dos serviços, suspeitando que sejam pouco sensíveis às mudanças ou inapropriados para os objetivos do atendimento. Sugerem que haja investimento em novos modos de avaliação, talvez construir/criar outros instrumentos mais adequados (Apêndice E – Quadros 41, 42).

Exemplo de instrumento de avaliação para monitorar mudanças subjetivas em pacientes em HDG foi avaliado em estudo exploratório no Reino Unido (Apêndice E – Quadros 57, 58). Tal instrumento foi composto de 9 domínios de avaliação: função física, sentimento de bem-estar, atividades diárias e sociais, dor, mudanças na saúde, saúde geral, suporte social e qualidade de vida. O instrumento se mostrou sensível para detectar e acompanhar pacientes em suas mudanças subjetivas, e seus resultados podem ter implicações sobre as ações de cuidado.

Em síntese, podemos inferir que a revisão da literatura converge para o **HDG como modalidade de cuidado ao idoso** e demonstrou

concordância dos autores quanto à abordagem integral do usuário desse serviço, sendo indissociável a atenção às questões sociais e de saúde. Portanto, parece constituir-se em um serviço híbrido prestado por equipe multiprofissional, dirigido ao usuário protagonista. Os seus membros atuam com atitude interdisciplinar e são promotores da integralidade de ações cuidativas baseadas nas melhores práticas a favor do usuário (pessoa idosa e sua família cuidadora), com a promoção do bem-estar e oferta de melhor qualidade de vida possível.

4.1.4 Eixo 2: Hospital Dia Geriátrico como realidade factível

O HDG é uma realidade factível, principalmente em alguns países europeus, especialmente no Reino Unido, mas também no Canadá, USA e Austrália. Sua organização e funcionamento estão condicionados a uma série de fatores que o sustentam como modalidade assistencial intermediária e complementar dentro de um sistema organizado de atenção à saúde da pessoa idosa.

Um desses fatores é o **objetivo do serviço de HDG**, que deve estar claramente explicitado e incorporado nas ações da equipe de saúde. Outro é a **disponibilidade de meios organizados para o seu funcionamento** e, por fim, um **sistema de avaliação de efetividade** previamente definido em seus mais variados aspectos.

Pesquisas e estudos desenvolvidos em HDGs têm como ideia central a caracterização dos usuários do serviço e o propósito de relacionar os seus objetivos e efetividade com a demanda real e potencial da clientela e também com a disponibilidade da equipe de saúde.

Os usuários são considerados aquelas pessoas atendidas em conjunto com seus cuidadores principais (Apêndice E – Quadros 49, 50). Portanto, verificamos que o perfil do usuário é um elemento definidor do objetivo e dos recursos a serem oferecidos no serviço, sendo determinante para o seu modo de organização e funcionamento.

Por meio da caracterização do usuário e do prévio conhecimento dos recursos alocados é possível determinar o fluxo do paciente dentro do sistema de saúde e sua rede de apoio social disponível, com o intuito de garantir a continuidade da assistência, a manutenção da saúde e a qualidade de vida do idoso e de seu familiar cuidador.

Embora os objetivos do HDG tenham suas raízes na reabilitação e no tratamento de condições agudas e crônicas agudizadas, alguns

autores afirmam que seu futuro está em aliar reabilitação e tratamento com o cuidado social (Apêndice E – Quadros 53, 54). Seu modelo deve ser flexível e capaz de se adaptar ao contexto no qual está inserido, respeitando o perfil dos usuários, a rede de serviços social e de saúde disponíveis, os recursos tecnológicos, os objetivos do serviço e a composição da equipe, dentre outros aspectos que visam à satisfação do usuário, que é o foco do serviço (Apêndice E – Quadros 23, 24).

São diversas as finalidades do HDG apresentadas na literatura analisada:

- Diminuir as internações de idosos, oferecendo opções de atendimento que preserve a autonomia, mantenha o papel social do idoso e evite afastamento sociofamiliar.
- Reduzir tempo de permanência hospitalar.
- Oferecer tratamento hospitalar completo sem internação, no período diurno.
- Oferecer atendimento multiprofissional de cunho terapêutico, de reabilitação e manutenção da saúde.
- Oferecer investigação de natureza médica e de enfermagem e suporte paramédico.
- Manter sistema de referência e contrarreferência para retaguarda de serviço especializado, como por exemplo, em ortopedia.
- Realizar avaliação de risco como um cuidado de prevenção de agravos.
- Realizar avaliação funcional e intervenções multifatoriais para o risco de queda.
- Realizar cuidado de educação em saúde, com participação ativa do idoso e família.
- Promover ambiente de cuidado do/para o cuidador, inclusive com momento para respiro.
- Promover a permanência no lar, prevenindo a institucionalização precoce.

Considerando as finalidades acima relatadas, convém lembrar que o HDG é instalação ambulatorial também destinada aos pacientes idosos frágeis que podem receber serviço médico em condição aguda ou subaguda, de enfermagem, social, e/ou de reabilitação durante o dia ou parte dele (Apêndice E – Quadros 25, 26).

Muitos casos atendidos são de usuários com deterioração progressiva e tendência para a condição de terminalidade. Nos locais onde não existem serviços especializados em cuidados paliativos, o

HDG ajuda a promover o conforto intervindo com cuidados, possibilitando um mínimo de bem-estar até o fim e, ao mesmo tempo, mantendo o idoso em seu meio familiar, poupando o parente cuidador de sobrecarga e doença (Apêndice E – Quadros 7, 8), daí a importância de avaliar e individualizar o cuidado oferecido, flexibilizando os objetivos do serviço e incluindo a função de confortar seus usuários.

No entanto, cabe destacar que o idoso mais idoso vai perdendo sua capacidade funcional e de adaptação, algumas vezes não passível de recuperação e reabilitação, o que limita a sua inclusão no HDG, pois a meta do cuidado de manter o idoso ativo, autônomo e na comunidade pode estar comprometida.

Por tudo isso, deve ser considerado na avaliação da efetividade o fato de que esse é um dos serviços dentro do sistema de atenção à saúde do idoso, portanto deve ter sua indicação de uso claramente definida, por se tratar de serviço complementar e não apenas opcional de cuidado.

Os elementos de organização e funcionamento do HDG compreendem uma gama de recursos, cuja amplitude e complexidade requerem sua inserção em um sistema integrado de atenção à saúde do idoso. Conhecer o rol de serviços disponíveis é fundamental para estabelecer o sistema de referência e contrarreferência e, desse modo, desenhar o fluxo dos seus usuários. A equipe de saúde necessita dessa ferramenta para otimizar a oferta e atender a demanda de modo racional, sem duplicidade de serviços, com economia de tempo, recursos e, principalmente, maximizando os resultados esperados no atendimento das necessidades do usuário.

A efetividade do serviço é uma preocupação constante dos profissionais e gestores da saúde, permeando não apenas o sistema de auditoria e avaliação de serviço, mas também a avaliação do cuidado traduzida em ganhos para o usuário. Sua eficiência, ou seja, a relação custo-benefício tem sido justificada por meio de um conjunto de fatores, que não se restringe ao econômico, mas se estende àqueles percebidos pelo usuário e pela equipe de saúde. A relação entre os resultados e os benefícios tende a concretizar-se em médio e longo prazo através da redução do uso de leitos hospitalares, redução do tempo de internação e manejo controlado das doenças crônicas que coexistem na velhice.

A despeito do crescente número de programas de HDGs nos anos 90 no Reino Unido, o conhecimento acerca da sua efetividade foi desenvolvido em poucos estudos, alguns contraditórios entre si, e muitos deles reconhecendo as suas limitações em termos de resultados de pesquisa. Convém lembrar que a efetividade no que se refere à avaliação econômica pode ajudar a pensar em elementos de organização e

implementação do cuidado que sejam razoáveis no planejamento e no funcionamento do HDG.

A preocupação com o custo-efetividade foi apresentada em um estudo clínico randomizado (Apêndice E – Quadros 5, 6), realizado na Nova Zelândia, que comparou a reabilitação em hospital dia com outras formas de serviço de reabilitação. Os valores foram avaliados em dólares do país medidos por paciente e por dia, considerando as horas trabalhadas e taxas horárias pagas à equipe, o custo do transporte por km e por paciente, e os gastos gerais referentes às instalações do hospital dia, alimentação e investigação. A reabilitação no HDG foi considerada mais barata quando comparada com o custo da internação. No entanto, seu valor foi um terço maior do que aquela realizada por meios convencionais, não computados aí os ganhos que transcendem as cifras, como a melhora da disposição/humor sustentada em cinco meses de avaliação.

Outro estudo favorável à efetividade do HDG (Apêndice E – Quadros 27, 28) quantificou o custo-benefício baseado nas mudanças da autonomia funcional. O estudo conclui que é possível quantificar em dólares o benefício do serviço baseado naquela medida de avaliação e apresenta que cada dólar investido reverte no ganho de 2.14 dólares. Os benefícios humanitários não contabilizáveis aparecem como uma limitação do estudo, pois outros aspectos de melhora no funcionamento cognitivo, na socialização e no bem-estar não são estimados em termos de valores monetários.

O ônus econômico do serviço deve ser relativizado e avaliado em conjunto com custos e ganhos não contabilizáveis monetariamente, atendendo a premissa de que o ser humano é o foco do cuidado. Outros estudos (Apêndice E – Quadros 25, 26; 5, 6; 43, 44) demonstram alto custo dos HDGs comparados com outros serviços similares. No entanto, um estudo que comparou o resultado de recuperação de idosos com AVC no HDG e no serviço convencional (Apêndice E – Quadros 15, 16) conclui que, comparado com o tratamento médico convencional, o cuidado no HDG promoveu a recuperação funcional e reduziu as visitas ambulatoriais de pacientes idosos com AVC sem custo adicional.

Desse modo, considerando a previsão de insuficiência de leitos e aumento de gastos hospitalares devido à prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, certamente esse resultado oferece bons indícios de que é possível efetividade econômica e de ganhos para o usuário com a implementação de serviços inovadores e dinâmicos. O HDG deve estar inserido num sistema integrado de atenção à saúde do idoso, sendo apoiado pela rede de suporte social e de saúde.

No que se refere à reabilitação no HDG (Apêndice E – Quadros 5, 6), a alta frequência do usuário, o uso de transporte e os gastos com a equipe são componentes que encarecem o serviço. Porém, esses gastos podem ser equacionados com o uso combinado dos serviços de hospital dia, hospitalização, cuidado domiciliar e centro dia. Tais componentes podem ser otimizados através da flexibilização dos recursos humanos, de formas alternativas de transporte e da prática de avaliação gerontogeriatrica multiprofissional. O aproveitamento da equipe ampliada e de retaguarda do serviço, a disponibilidade do voluntariado e outros recursos comunitários, bem como a avaliação criteriosa do idoso são algumas medidas que podem contribuir para restringir a frequência e, desse modo, evitar o uso exclusivo do cuidado diário social no hospital.

O HDG também pode estar direcionado a uma condição particular de saúde, como relatado em um estudo inglês (Apêndice E – Quadros 45, 46) que avaliou positivamente a efetividade de um programa intensivo de reabilitação multidisciplinar para pessoas com Parkinson e seus cuidadores. Neste caso, a competência dos recursos multiprofissionais foi otimizada para implementar um programa de tratamento não medicamentoso, ou seja, para atender e orientar/educar pacientes e cuidadores no ambiente do HDG. Esse modelo de intervenção pode ser adaptado para aplicação em quaisquer condições crônicas de saúde do idoso em âmbito de HDG.

Os ganhos e benefícios do usuário com o cuidado recebido no HDG também foram avaliados e traduzidos em efetividade do serviço (Apêndice E – Quadros 7, 8; 47, 48; 43, 44). A melhora da qualidade de vida, da funcionalidade física e mental, assim como o prolongamento da independência para as AVDs são alguns dos resultados positivos esperados com as ações de cuidado. Entretanto, os estudos também revelam resultados negativos e contraditórios que merecem avaliação criteriosa quanto ao nível de evidência, o que foge ao objetivo desta pesquisa.

Embora não haja evidência conclusiva quanto à eficácia do HDG (Apêndice E – Quadros 11, 12), concordamos com a literatura no sentido de que um modelo eficaz de serviço inclui equipe multiprofissional especializada, com ações abrangentes adaptadas às necessidades individuais dos seus usuários e contemplando a realidade no qual está inserido.

Em síntese, podemos inferir que a revisão da literatura é expressiva quanto à **factibilidade do HDG**, demonstrando que o perfil do usuário é determinante no seu modelo de organização e

funcionamento, bem como na definição dos seus propósitos, objetivos e metas, sempre condizentes com a realidade local e recursos disponíveis.

A revisão da literatura reuniu conhecimentos retratados em realidades e culturas diferenciadas entre si, embora na produção científica brasileira tenham sido encontrados apenas dois estudos. No entanto, é notória a importância do serviço de hospital dia destinado ao estrato populacional idoso como um modelo assistencial de retaguarda dentro do sistema de saúde.

A otimização e flexibilização dos recursos disponíveis, bem como a criatividade dos gestores e profissionais em viabilizar o serviço oferecido e o cuidado proposto, são ações para adequar o HDG à sua realidade, tornando-o possível.

A avaliação da efetividade do serviço transcende a análise de relação custo benefício focada puramente na questão econômico-financeira, pois a eficácia no que se refere à utilização da rede social e de saúde, bem como os benefícios funcionais, psicológicos e emocionais das atividades desenvolvidas. Certamente, tal avaliação é abrangente e complexa, em função da multidimensionalidade dos seus envolvidos: os usuários, o sistema e suas inter-relações com os diversos setores que compõem a rede de serviços.

Desse modo, a literatura ainda não apresenta a melhor evidência da efetividade do HDG, embora algumas referências demonstrem os benefícios dessa modalidade assistencial quando comparada principalmente com a internação hospitalar, com os ganhos não mensuráveis em valor monetário. A visão dos ganhos a médio e longo prazo, principalmente em qualidade de vida dos usuários e na otimização dos recursos do sistema de saúde, foi apresentada com evidências questionáveis em razão da metodologia de pesquisa aplicada. Por isso, a efetividade do HDG, que certamente transcende ganhos econômicos imediatos, requer pesquisas futuras que a comprove.

4.2 SEGUNDA ETAPA: LEVANTAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO NO BRASIL

No levantamento de HDGs no Brasil realizado no CNES/MS encontramos 11 estabelecimentos cadastrados, mas em funcionamento efetivo apenas um hospital dia, o qual se inclui num CRASI cadastrado, em São Paulo/SP. Além desse, verificamos a existência de um (01)

serviço descrito no CNES/MS como hospital dia isolado, sem leitos, unidade essencialmente de reabilitação, em Anápolis/GO. A seguir descrevemos os resultados da observação, dos dados coletados com os administradores e da análise documental dos dois HDGs identificados e visitados.

4.2.1 O Hospital Dia Geriátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP

O HDG do HC-FMUSP iniciou suas atividades em 2007 como umas das modalidades assistenciais que compõem o CRASI da instituição. A implantação do serviço foi justificada pelo elevado número de atendimentos de pessoas idosas na unidade de Pronto Socorro do HC e pela demanda procedente do serviço de assistência domiciliária. Os pacientes provenientes do serviço de assistência domiciliária por vezes necessitavam de hospitalização, geralmente prolongada, de 15 a 30 dias, o que praticamente desmobilizava todo o trabalho desenvolvido no domicílio. Verificava-se aí uma lacuna na rede de assistência à saúde da população idosa assistida pelo HC, onde o HDG foi criado buscando auxiliar na resolução desse problema.

Vale lembrar que o serviço, embora estruturado de acordo com a demanda e os recursos disponíveis (área física, transporte, equipe básica, cobrança de AIH, protocolos), recentemente passou por reforma de suas instalações e ampliação do número de leitos. Atualmente conta com 10 poltronas leito de geriatria. Tal conquista foi fruto dos resultados de ações eficazes e da produtividade comprovada, sendo essa mensurada ou avaliada não exclusivamente do ponto de vista econômico. Segundo dados do serviço em 2008, num período de seis meses, 484 idosos foram atendidos.

O modelo assistencial implementado no HDG/HC-FMUSP é focado principalmente no diagnóstico e na terapêutica médica e de enfermagem, dispondo de recursos hospitalares para atender idosos em descompensação aguda no período das 7 às 19 horas, permitindo o retorno ao seu lar no final de cada dia de atendimento. Ele tem por objetivos contribuir com redução da taxa de hospitalização e prevenir re-hospitalizações; favorecer a alta hospitalar precoce; permitir a resolutividade dos problemas diagnosticados por meio da avaliação ampla de saúde; realizar o planejamento terapêutico individualizado; constituir-se numa alternativa de tratamento; prevenir o declínio

funcional e a perda da autonomia dos idosos; promover reabilitação por meio da atuação de equipe multiprofissional; realizar com segurança procedimentos cirúrgicos em nível ambulatorial; contribuir para reduzir o estresse do cuidador e de familiares; oferecer orientações para seguimento adequado pós-alta hospitalar; e reduzir custos hospitalares relacionados ao manejo do paciente.

A equipe básica multiprofissional é composta de quatro médicos, uma enfermeira, sete auxiliares de enfermagem, duas recepcionistas, uma secretária, funcionários de apoio e estagiários. Por estar dentro de um hospital geral, a equipe de retaguarda é solicitada quando necessário para atendimento por especialistas de diversas áreas. A assistente social e a nutricionista não são exclusivas do HDG, mas parte da equipe ampliada do serviço.

O vínculo acadêmico com o Serviço de Geriatria do HC-FMUSP incluiu os residentes e estagiários de Geriatria na equipe especializada, promovendo discussão de casos clínicos e apresentação de seminários. Além da medicina, encontram-se em fase de estruturação os estágios para graduandos e pós-graduandos de outras áreas (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos). O aproveitamento e a adaptação dos recursos físicos e a potencialização dos recursos humanos de modo inovador e criativo vêm contribuindo para melhor abordagem do usuário, com possível redução do estresse do cuidador, com a melhor aderência ao tratamento e com a manutenção do idoso no convívio familiar mais tempo e com maior qualidade de vida. A experiência de trabalho no HDG tem colaborado também com a formação profissional gerontogeriátrica ao promover o ensino e a pesquisa no âmbito do hospital dia.

Para a coordenação do HDG a carência de equipe multiprofissional ampliada com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos representa uma meta a ser alcançada, a fim de ampliar o tratamento de reabilitação multidisciplinar necessária para idosos com graus de dependência e potencializar a recuperação possível.

A entrada do usuário do HDG se dá pela referência do SUS e por busca ativa no pronto socorro e em ambulatórios e enfermarias do HC-FMUSP. Poucos pacientes recebem alta precoce da enfermaria; em média 70% dos pacientes demandam do ambulatório e 28% do pronto socorro. Os médicos do HDG visitam os setores em busca de idosos que preencham os critérios de admissão no serviço. São indicados para o atendimento aqueles idosos com agudização de doenças crônicas,

infecções, *delirium*, uso de medicações parenterais, necessidade de procedimentos diagnósticos (biópsia hepática, por exemplo) ou outros pequenos procedimentos, controle de dor, falta de aderência ao tratamento e reabilitação funcional. O paciente deve estar hemodinamicamente estável e ter suporte social para o transporte nos dias de tratamento agendados. Os critérios de não elegibilidade para admissão se referem àqueles idosos sem família (embora alguns poucos consigam vir sozinhos) e gravidade e instabilidade clínicas.

É realizada a avaliação de todos os pacientes no momento da admissão, por meio de protocolo próprio, registrando-se vários aspectos, como: dados de identificação e procedência; acompanhamento prévio de saúde; motivo do encaminhamento; síndromes geriátricas; *delirium*; comorbidade; medicações; capacidade funcional; hospitalização recente; suporte social; autopercepção geral da saúde; suspeita de má aderência; exame físico; principais exames complementares; e questionário para identificação de riscos. Esse protocolo deveria avaliar a elegibilidade do paciente para o HDG, mas isto não tem sido possível, portanto o protocolo tem sido aplicado após a sua admissão.

Igual procedimento de avaliação se dá no momento da alta, aplicando-se o mesmo protocolo para verifica a resolatividade dos problemas; mudança de comportamentos de saúde de ambos, paciente e cuidador, em aspectos orientados e recomendados de condutas; satisfação do usuário (paciente e acompanhante); destino do paciente pós-alta; e duração da internação. As últimas orientações da equipe são realizadas no sentido de permitir o acompanhamento do idoso, determinando-se a referência e a contrarreferência.

O apoio e a participação familiar são imprescindíveis para o tratamento, a aderência e o transporte do paciente idoso. O transporte é uma das questões a serem equacionadas em face de sua indisponibilidade no HDG. Embora haja gratuidade na condução pública para o idoso, o real impedimento parece estar na indisponibilidade familiar e na complexa rede viária de São Paulo. Geralmente a vinda é por conta do usuário ou do centro encaminhador e o retorno pode ser feito por intermédio de requisição de transporte de pacientes, em geral do próprio HC-FMUSP.

Pesquisa de satisfação do usuário foi realizada entre maio e novembro de 2008, quando a equipe aplicou um questionário na admissão e na alta de 75 idosos atendidos. Destes, 98% referiram satisfação com o atendimento e 93,4% dos pacientes tiveram seu principal problema resolvido, o que sugere uma alta resolatividade. A busca ativa de pacientes pela equipe nos outros serviços e a alta

rotatividade dos leitos também contribuem para o crescimento da credibilidade dessa nova modalidade de atendimento dentro do HC-FMUSP. Recentemente esse serviço recebeu Menção Honrosa no Prêmio Mário Covas 2008 (RELATÓRIO DESCRITIVO, 2008).

4.2.2 Hospital Dia do Idoso de Anápolis - GO

O Hospital Dia do Idoso de Anápolis (HDI) teve seu projeto proposto em novembro de 2001, no Plano Estadual de Saúde do Estado de Goiás como política de regionalização e municipalização da saúde no Estado. Anápolis é a segunda cidade mais populosa do Estado com 325.000 habitantes e 24.467 idosos. A implantação do HDI foi justificada pelo número crescente de idosos e perfil de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas com sequelas, que demandavam custos sociais e aumento de despesas com tratamento médico e hospitalar. Havia recursos e vontade política para implantar o serviço.

O HDI foi inaugurado em 26 de janeiro de 2004, pautado no Estatuto do Idoso, no qual consta o dever de assegurar direitos, como o da reabilitação orientada pela gerontogeriatría para reduzir sequelas decorrentes de agravo de saúde. Sua missão é atender as expectativas do paciente idoso visando à reabilitação física, psicológica e social, cuja atenção qualificada tenha orientação humanística. O propósito do HDI é fornecer a melhor solução em serviços de reabilitação do idoso na região de Anápolis e adjacências, seguindo os valores de respeito, compromisso, ética, responsabilidade, transparência, humanidade, amor, cidadania, dedicação e excelência.

O HDI foi iniciado com o objetivo de promover a reabilitação e inserção na sociedade do idoso portador de sequelas consequentes ao AVC, Parkinson, Alzheimer, esclerose múltipla e amiotrófica, artrite/artrose, hanseníase e osteoporose, entre outras. A meta a ser perseguida pelos profissionais do serviço é atender de idosos que necessitam de atenção especializada mantendo-os no convívio familiar.

O regimento interno do HDI data de dezembro de 2007, assinado pela atual coordenação, e dispõe sobre organização e funcionamento da unidade; departamento de triagem; critérios de admissão e alta; modelo de intervenção; composição do corpo clínico; diretrizes administrativas; comunicação interna. As instâncias deliberativas do serviço são a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis por seu Secretário Municipal de Saúde e a Coordenação Técnica. As instâncias de caráter consultivo

são o Departamento de Triagem, Corpo Clínico e suas divisões. No ano de 2007, o HDI produziu um total de 31.176 procedimentos e 17.932 atendimentos feitos pelas especialidades.

Cabe ao Coordenador Técnico responder pelo funcionamento, solicitação de suprimento de insumos e pessoal, instalação e supervisão de normas e procedimentos da Unidade, bem como representá-la perante a Secretaria Municipal de Saúde e a sociedade em geral. O Coordenador Técnico, em conjunto com o Corpo Clínico, deve reunir-se para deliberar sobre questões previamente estabelecidas. Em reunião, o Corpo Clínico discute casos clínicos e desenvolve estudos sobre envelhecimento e patologias comuns à prática diária, traçando plano de atendimento individual para cada paciente. Cabe, ainda, ao Corpo Clínico estabelecer rotinas e critérios de atendimento, de acordo com sua função profissional e em conformidade com a coordenação técnica.

Instalado em prédio cedido pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, por comodato da Comunidade de Monges Vicentinos na cidade de Anápolis, esse hospital dia dispõe de consultórios médico e odontológico; sala para serviço social; salão para terapia ocupacional e atendimento com fonoaudióloga; refeitório e cozinha; lavanderia; banheiros adaptados para idosos e salão para cursos. Uma reforma geral do prédio está prevista para breve, com sua restauração e adaptação às características específicas dos idosos, além de ampliar a área para desenvolver outras atividades (piscinas, oficinas de trabalho, horta).

A equipe multiprofissional não é especializada em gerontogeriatria, mas recebe treinamento e capacitação em saúde do idoso. A equipe é composta de assistente social (1); psicólogo (2); odontólogo (2); terapeuta ocupacional (2); fonoaudióloga (3); fisioterapeuta (3); médico ortopedista (1) e cardiologista (1); e técnico de enfermagem (5). O HDI não atende demanda espontânea, ele recebe pacientes referidos das Unidades Secundárias de Saúde; Hospital Municipal; Unidade do PSF - Programa de Saúde da Família; Santa Casa de Misericórdia de Anápolis e do Hospital de Urgência de Anápolis. Os pacientes agendados passam por triagem com a assistente social por meio de avaliação geriátrica global (AGG) e são encaminhados aos profissionais disponíveis, os quais realizam a triagem e avaliações específicas. As condutas da equipe estão baseadas nos atendimentos individuais, em grupos e em ações educativas.

Por não estar localizado anexo a um hospital geral, os usuários HDI são pessoas idosas com condições de saúde compensadas, ou seja, não necessitam de cuidados de suporte de vida. A necessidade de acompanhamento de saúde se dá por meio de cota de atendimento nos

serviços complementares de laboratório, radiodiagnóstico e outros. Os exames ou procedimentos específicos são agendados nos locais disponíveis na rede pública.

A dispensação de medicamentos é feita na própria farmácia do hospital dia. O horário de funcionamento é de dois turnos entre as 8h e 18h, oferecendo lanche matinal e vespertino aos usuários. O serviço não dispõe de meios de remoção/transporte dos usuários, mas quando necessário é acionado o serviço da prefeitura ou ambulância do SAMU.

4.2.3 Análise e Síntese dos Serviços Públicos de Hospital Dia Geriátrico no Brasil

Os serviços de HDGs brasileiros encontrados fazem parte de uma rede de atenção à saúde da pessoa idosa e diferem basicamente em seus modelos assistenciais e de cuidados, considerando os recursos disponibilizados para seu funcionamento devido ao local no qual estão inseridos.

Identificamos que o primeiro HDG (HC-FMUSP) está focado principalmente no diagnóstico e na terapêutica médica e de enfermagem. Esse é um dos serviços que por estar alocado em um hospital universitário tem o privilégio de criar e testar inovações no atendimento, além de estar situado em região que concentra muitos recursos humanos e financeiros, como é a cidade de São Paulo, o que facilita a implementação de ações multidisciplinares. Assim, esse serviço pode ser considerado um modelo de referência, que poderá contribuir para a expansão dos HDGs.

O segundo modelo (HDI/Anápolis) é aquele centrado na reabilitação e na inserção social da pessoa idosa com sequelas de agravos à saúde comprometedoras da independência e da autonomia. Esse modelo híbrido de HDG contempla o cuidado social e de saúde, parecendo ser uma opção acertada, particularmente em contextos mais afastados de grandes centros, onde a rede de serviços sociais e de saúde costuma ser menos densa, o que retrata parte da realidade nacional.

Ambos os serviços incluem a família como elemento de parceria importante na recuperação e na manutenção da saúde do paciente idoso. Investindo no cuidador familiar como parceiro no processo de cuidar do idoso, os profissionais desses serviços buscam ensiná-lo acerca dos cuidados de vida e saúde para si e para o seu parente idoso.

Alguns elementos de organização e funcionamento do serviço e

do cuidado encontrados nos HDGs brasileiros merecem destaque pela proximidade e semelhança que guardam entre si, embora, como já dito, os serviços apresentem modelos assistenciais diferenciados. Tais elementos se referem ao fluxograma do usuário, objetivos do serviço, otimização dos recursos disponíveis, o trabalho em equipe multiprofissional e o uso de instrumentos de avaliação do usuário.

O desenho do **fluxograma do usuário no HDG**, incluindo os critérios de admissão e alta, requer uma rede de serviços funcionantes em sistema de referência e contrarreferência. Ainda que a rede de referência no SUS se apresente de modo frágil, os critérios estabelecidos nos HDGs encontrados são mobilizadores de ações sistematizadas e planejadas para a sua implementação. Ou seja, o idoso e seu familiar são egressos de serviços que buscam a continuidade da atenção requerida por seus usuários, como um modo de prosseguir e/ou complementar a terapêutica iniciada. Além disso, o HDG/HC-FMUSP incrementa o atendimento fazendo busca ativa de potenciais usuários em pronto socorro, ambulatórios e enfermarias do HC-FMUSP. Certamente, esse é um modo salutar de divulgar o hospital dia como uma das modalidades assistenciais que compõem a rede de atenção à saúde do idoso no próprio hospital.

Respeitando as peculiaridades individuais de localização e de recursos diferenciados, os dois HDGs fazem parte de uma rede de serviços que busca atender a pessoa idosa e sua família diuturnamente, sem necessidade de internação hospitalar e com condições de retorno para casa no fim do dia. Atendem, portanto, as determinações dispostas na portaria GM/MS nº702/2002 que estabelece os mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. A despeito da notória lentidão de implantação dessas redes, as atitudes de vanguarda, de persistência profissional e gestora são propulsoras da modalidade assistencial de HDG, visto que repercutem como experiências comprovadamente bem sucedidas. Obviamente, esses serviços não foram criados aleatoriamente, mas embasados nos aspectos demográficos e epidemiológicos regionais e alicerçados politicamente.

Os **objetivos** de cada serviço se assemelham no sentido de preservar o idoso em seu habitat natural, a família, oferecendo-lhe cuidados para recuperar e manter sua saúde no melhor nível possível. Tais objetivos são traçados tanto para continuidade de cuidados após a alta hospitalar, reabilitação programada ou procedimentos diagnósticos e terapêuticos, cujas medidas instauradas precocemente evitem a (re) hospitalização e seus efeitos adversos. A preocupação externada pelos HDGs em suas justificativas de implementação do serviço é compatível

com os propósitos da PNSPI e com a proposta de criação dos CRASI: a crescente demanda de idosos usuários do sistema de saúde, a redução dos gastos hospitalares (principalmente no que se refere a poupar os leitos de internação) e otimização da rede de atenção dirigida à clientela idosa.

A **otimização dos recursos** disponibilizados para a instalação e funcionamento dos HDGs revela a ação criativa e inovadora de profissionais e gestores que se mobilizaram para implementar um serviço cuja prática nacional ainda é embrionária. As estratégias de ações de saúde desenvolvidas de modo participativo e intersetorial, conforme as diretrizes da PNSPI, foram operacionalizadas através da inserção da atenção especializada ao idoso, tanto em hospital geral como em serviço isolado. Isso foi possível aproveitando instalações físicas adaptadas, otimizando os recursos humanos disponíveis na perspectiva de um trabalho em equipe multidisciplinar e contando com os profissionais de apoio e de retaguarda já existentes na instituição. O aproveitamento dos serviços já disponíveis na rede municipal e estadual de saúde, através da ativação do sistema de referência e contrarreferência, evita a duplicação de recursos e o gasto público desnecessário.

Outra ação estratégica é a inclusão da rede de apoio social com a utilização dos recursos da família e comunidade como parceria para o cuidado. Um dos exemplos é a questão do transporte dos usuários, considerado como um nó crítico na operacionalização do HDG em nível nacional e pela literatura internacional. Em ambas as realidades visitadas as equipes dos HDGs lançam mão de ações criativas e parceiras com outros serviços da rede de saúde a fim de facilitar o acesso do idoso usuário, enquanto soluções efetivas e viáveis não são encontradas.

Os serviços são dirigidos exclusivamente ao público idoso e seus familiares cuidadores. Estão inseridos em contextos que não exclui o contato intergeracional, comunicam-se intersetorialmente e agregam profissionais de especialidades variadas contribuintes para o atendimento das necessidades de saúde da pessoa idosa. Ou seja, quer inserido num serviço geral com equipe especializada, quer inserido num serviço especializado com equipe geral, o cuidado prestado é essencialmente voltado às especificidades do idoso.

A **equipe multiprofissional e interdisciplinar**, como requisito básico para o atendimento ao idoso e família, também é um recurso passível de otimização criativa e presente nos serviços brasileiros, conforme as características de cada um deles, principalmente no que se refere a localização e modelo assistencial e de cuidados. A Portaria

Ministerial estabelece uma equipe básica composta por médico geriatra e demais membros com competência gerontogeriátrica: enfermeiro e equipe de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional; uma equipe ampliada formada por nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo; e por fim, uma equipe retaguarda de especialistas solicitados pela equipe básica para avaliação, quando necessário. Tais recomendações brasileiras são corroboradas por modelos de serviços descritos na literatura.

Conforme a PNSPI, os profissionais do HDG devem ser capazes de assegurar a qualidade da atenção ao idoso, pois essa prática exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional. Tal atenção deve ser implementada de modo flexível e adaptável ao usuário do serviço, visando a autonomia, independência e autocuidado do idoso e família.

Uma das diferenças dos dois serviços visitados, quanto à equipe multiprofissional e interdisciplinar, é que a equipe do primeiro é constituída por profissionais especialistas na área da geriatria e gerontologia, não necessariamente atendendo ao desenho da Portaria, mas adaptando a sua composição de acordo com a disponibilidade de recursos e a proposição dos objetivos de atendimento ao usuário. Já no outro serviço, embora a equipe não disponha de médico geriatra nem de outros profissionais especialistas, profissionais e gestores investem em capacitação na área do envelhecimento e cuidados ao idoso, conforme consta nos documentos do serviço.

Os **instrumentos de avaliação** do usuário, caracterizados pelos protocolos assistenciais de cada serviço, são utilizados para a avaliação multidimensional do idoso, sustentar o julgamento clínico e direcionar a prática assistencial de modo sistematizado. Tais instrumentos estão em conformidade com a Portaria e as recomendações descritas no Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006c). Esses protocolos também servem como parâmetro de avaliação da efetividade e da eficiência terapêutica dispensada ao idoso e sua família.

A equipe do primeiro serviço desenvolveu e utiliza um protocolo de avaliação que geralmente é aplicado na admissão e na alta de cada idoso. A partir da análise dos resultados dessa avaliação é desenvolvido o plano terapêutico individualizado. No momento da alta do HDG tal protocolo é reaplicado com a intenção de averiguar a efetividade e a resolutividade⁴ da assistência prestada, os encaminhamentos requeridos

⁴ A resolutividade se refere à capacidade de atenção e encaminhamento da demanda, satisfação do cliente, as tecnologias do serviço, sistema de referência pré-estabelecido, acessibilidade,

e o plano de cuidados em domicílio.

O segundo serviço utiliza o instrumento de avaliação geriátrica global (AGG) no ato da admissão, também com o intuito de avaliar as necessidades mais prementes de cada idoso. De acordo com os resultados, esse idoso é encaminhado para outras avaliações com os demais profissionais da equipe ou serviços complementares.

Os HDGs buscam direcionar a utilização dos instrumentos de avaliação aos objetivos dos serviços para a avaliação global do idoso, com ênfase no estado funcional, na qualidade de vida e no suporte social. Tal avaliação é desenvolvida por equipe multiprofissional que estabelece o plano terapêutico e gerencia os recursos necessários para o cuidado planejado, buscando garantir sua continuidade.

A viabilidade e a factibilidade da implementação do HDG em nosso meio foi avaliada no primeiro serviço de acordo com a sua capacidade resolutive. Os dados foram coletados do próprio protocolo de admissão e alta do paciente idoso, resultando em levantamento com 75 usuários, onde 98% referiram satisfação com o atendimento e 93,4% tiveram resolvido seu principal problema (Relatório descritivo do Prêmio Mário Covas 2008). No segundo serviço, a avaliação segue os padrões da rede básica de saúde, baseado no número de atendimentos e procedimentos realizados.

Os HDGs analisados foram as únicas unidades nacionais encontradas em funcionamento durante a realização desta pesquisa. São unidades de saúde precursoras dessa modalidade assistencial recém prevista em nossos dispositivos legais, contrapondo com a longa e positiva experiência existente nos países com pirâmide etária envelhecida. Assim como descrito na literatura, os diferentes modelos assistenciais ora analisados são válidos e exequíveis no Brasil.

O modelo híbrido de HDG isolado, focado na reabilitação, apresenta-se bem sucedido por fazer parte de uma rede de serviços de média complexidade, construída no município com vontade política e recursos específicos para gerar atendimentos qualificados ao usuário. Nele, o idoso e sua família cuidadora recebem assistência especializada conforme suas necessidades de saúde, inclusive com a ativação da rede de suporte social, imprescindível para a continuidade dos cuidados no lar. Seu usuário parece ser uma amostra da nossa atual população envelhecida, principalmente o velho mais velho, que não teve o devido

formação de recursos humanos, necessidade de saúde do usuário, adesão ao tratamento, aspectos socioculturais e econômicos do usuário, entre outros (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

acesso a informações e condições de vida e saúde favoráveis ao envelhecimento ativo e saudável, de acordo com o descrito na PNI e PNSPI.

Desse modo, esse idoso apresenta-se com sequelas decorrentes de condições de saúde e agravos considerados evitáveis com medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo do ciclo vital. Mas, os fatores intrínsecos ao ser humano no seu processo de envelhecimento não podem ser desconsiderados na avaliação de saúde, além da importância de agregar a questão social à saúde, como uma medida promotora de ação gerontológica. Tal ação é condizente com as diretrizes nacionais que envolvem a problemática do estrato idoso. Assim, de acordo com a realidade vivida no HDI de Anápolis, é possível que, entre os diversos modelos, este seja um a ser considerado no âmbito das peculiaridades regionais das políticas públicas.

No entanto, diante da rede nacional de serviços social e de saúde já instalada e diante da crescente demanda de pessoas idosas doentes e fragilizada, há de se considerar aquelas medidas passíveis de implementação imediata. Medidas estas que atendam a demanda de usuários com necessidades de assistência e cuidados cada vez mais especializados e contínuos. Serviços do tipo HDG podem significar o uso racional dos recursos econômicos e humanos já existentes, sem implicar aumento de custos, além de também servirem de modelo de atenção à saúde condizente com as diretrizes do SUS e das políticas que contemplam as especificidades das ações gerontogerítricas.

Por tudo isso, o **HDG alocado dentro de um hospital geral parece o de viabilidade imediata** pela proximidade da realidade nacional, principalmente considerando a otimização de recursos já existentes. Tal inferência se pauta em alguns aspectos que caracterizam a atual realidade de serviços de saúde, tais como: o perfil epidemiológico do usuário idoso; o déficit de uma rede de serviços de saúde voltados para o idoso; a atenção básica ainda em implementação e o modelo vigente de atenção ao idoso centrado na assistência médico-hospitalar.

O HDG inserido no CRASI contribui para fortalecer o fluxo de referência e contrarreferência essencial ao funcionamento da rede de serviços de atenção à saúde da pessoa idosa, pois sua porta de entrada não atende a demanda espontânea, e a procedência do usuário é um dos critérios de inclusão estabelecidos no fluxograma. Tal fluxo pretende garantir o acesso aos demais serviços e a continuidade do cuidado requerido. Seja em nível de média ou de alta complexidade, a atenção básica é uma das portas de entrada do usuário idoso, que tem como

retaguarda o HDG com resolutividade para esclarecimentos diagnósticos e procedimentos terapêuticos dirigidos ao idoso e família cuidadora.

5 SUBSÍDIOS PARA CONFORMAÇÃO DE HOSPITAL DIA GERIÁTRICO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

As ideias centrais das publicações identificadas na revisão de literatura e os modelos de HDG encontrados no contexto brasileiro foram relevantes para o foco desta pesquisa. O referencial teórico e a metodologia adotados na pesquisa serviu de sustentação para a concepção dos elementos que devem compor a caixa de ferramentas, que por sua vez está pautada nas concepções de tecnologia cuidativa/assistiva e se refere aos saberes das ações humanas organizadas intencionalmente para produzir modos de cuidado de pessoas. Esse cuidado é reconhecido como a alma do HDG.

Delineamos a proposta de caixa de ferramentas organizando-a didaticamente em três campos da tecnologia: dura, leve-dura e leve (MERHY, 2002a). Esta última é a essência do trabalho vivo em ato, do cuidado integral dos usuários do HDG.

A. As tecnologias duras aplicáveis ao HDG

A **instalação física** deve estar organizada segundo as determinações da RDC307/2002, ANVISA/MS, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projeto físico de estabelecimentos assistenciais de saúde. A adaptação da área física de um HDG deve sempre ser consentânea com os objetivos e as metas do serviço, perfil do usuário, número de leitos e modelo de cuidado adotado. Deve também respeitar a acessibilidade para ambientes destinados ao usuário idoso com necessidades especiais (banheiros adaptados, corrimões, rampas, espaço para macas e cadeiras de rodas, luminosidade e piso antiderrapante, entre outros). A área física deve contemplar espaços de recepção e secretaria para acolher o usuário, estar e banheiros exclusivos para acompanhantes, salão com poltronas leito e ou leitos com divisórias para a privacidade do usuário, sala de procedimentos médicos, sala de medicação e posto de enfermagem, salas de atividades educativas, terapêuticas e de reabilitação e banheiros para o paciente. Outras salas de apoio devem estar previstas (banheiros, vestiários e estar para a equipe; copa e refeitório, sala de administração, depósito, sala de materiais e limpeza, rouparia e utilidades, entre outras), conforme a necessidade do serviço e disponibilidade de recursos.

Embora o MS preconize que o HDG esteja anexo ao hospital geral, é possível instalar-se independentemente, desde que haja um fluxo de referência e contrarreferência adequadamente estabelecido, como se observou no serviço de Anápolis, GO. Assim, modelos inovadores poderão ser pensados considerando principalmente seus propósitos e objetivos, bem como o contexto sociocultural e geográfico no qual estará inserido.

Os recursos materiais e equipamentos devem ser alocados segundo o modelo de atendimento adotado e adequados à demanda assistencial dos usuários. Convém lembrar que os recursos para aquisição de materiais e equipamentos quase sempre são escassos na rede pública, razão pela qual sua escolha deve ser bastante criteriosa e avaliada segundo a relação custo/benefício para atender a efetividade do serviço, não se esquecendo de buscar incorporar as modernas tecnologias disponíveis e garantir a manutenção preventiva. Quanto aos recursos diagnósticos, geralmente onerosos, devem ser utilizados em articulação com os serviços existentes na rede local de serviços de saúde, tais como: laboratório de análises clínicas, anatomia patológica e serviço de radioimagens, entre outros, com o intuito de respeitar as recomendações de não duplicação e de adequação e otimização de recursos já existentes.

O transporte de usuários é outra exigência no funcionamento de um HDG. No entanto, essa ferramenta costuma ser um nó crítico em serviços públicos de saúde devido ao seu alto custo. Mesmo em outros países, reconhecidos como do primeiro mundo, o transporte dos usuários é um problema principalmente quando se trata de transporte de idosos de zona rural, como foi identificado na revisão de literatura num estudo realizado no Reino Unido. Por isso, os autores sugerem que devem ser utilizadas estratégias criativas para viabilizar o transporte, como, por exemplo, recorrer aos recursos potenciais de rede de apoio comunitário.

Nesta pesquisa, verificamos que o problema de transporte se amplia ainda mais em grandes metrópoles como São Paulo, onde é difícil os usuários chegarem a tempo ao serviço para serem atendidos, devido ao intenso tráfego, que acaba se tornando ineficiente e demorado, conforme foi relatado pela equipe do HDG do HC/FMUSP no momento da visita. Percebemos aí a importância de um sistema organizado de serviços complementares e alternativos, especialmente onde haja concentração maior da população idosa e cuja rede de apoio social e comunitário seja ativa e cooperativa. Tal assertiva é um ideal ainda em processo de construção. Porém, todos os protagonistas em ação conjunta (profissionais, gestores e usuários do sistema) devem envidar esforços

em empreendimentos futuros de luta por políticas sociais para estabelecer comunidades mais saudáveis e de cuidados da vida a toda coletividade, incluindo os idosos.

B. As tecnologias leve-duras aplicáveis em HDG

A equipe multiprofissional e interdisciplinar especializada em gerontogeriatria é uma recomendação do MS ao funcionamento de HDG. O serviço deve dispor de equipe básica, ampliada e de retaguarda. O plano de composição das referidas equipes deve estar sempre de acordo com os objetivos e metas do serviço, perfil do usuário, número de leitos e modelo de cuidado adotado. Na revisão de literatura observamos que os estudos em geral referiram a importância da atuação de equipe multiprofissional em HDGs articulando planos terapêuticos conjuntos. Entretanto, escassas foram as publicações que incluíram os usuários do HDG como protagonistas do gerenciamento do seu próprio cuidado. Donde concluímos que a simples existência de uma equipe multiprofissional não garante a atenção integral e humanística do paciente, centrada no usuário, devendo cada membro da equipe incorporar essa nova visão de prática de saúde. Além disso, é necessário que os profissionais envolvidos nesse trabalho tenham interesse e vontade de exercitar a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Para tanto, eles precisam construir objetivos em comum, mostrarem-se abertos e com desejo de se agregar ao grupo, de compartilhar conhecimentos, de entrosamento entre si e com os usuários.

Outro aspecto importante no tocante à equipe multiprofissional é a **capacitação dos recursos humanos**. Cada profissional integrante da equipe de saúde ao cuidar do idoso deve ter em mente que o cuidado é produto e produtor das práticas de saúde. Para melhor assisti-lo e compreendê-lo, os profissionais devem estar qualificados com conhecimento especializado e atual.

A formação de equipe especializada gerontogeriatrica é um dos requisitos básicos imprescindíveis ao funcionamento e à organização do serviço e do cuidado em HDG. Embora a competência profissional tenda a estar tradicionalmente focada nos procedimentos e em conhecimentos estruturados, a capacitação dos recursos humanos deve incluir o aprendizado necessário para o desempenho em equipe, indo além da capacidade técnica profissional individual. A equipe, em conjunto, deve ser capaz de assegurar a qualidade da atenção ao idoso através de abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, de

modo flexível e condizente com as necessidades e potencialidades do usuário do serviço. O desenvolvimento da competência para o agir em equipe diz respeito à capacidade de trabalhar em rede e de modo interdisciplinar, o que é um desafio para o SUS.

O modelo de cuidado deve ser desenhado de acordo com o perfil do usuário previsto para atendimento no HDG e com os reais recursos existentes em dado contexto. Esse modelo determina o tipo de assistência e o desenho do plano terapêutico a ser desenvolvido pelos gestores do cuidado, incluindo o usuário. O modelo mais encontrado na revisão de literatura foi aquele voltado ao tratamento médico tradicional, reabilitação e alta. Outro tipo é o focado em uma particular condição crônica de saúde com programa intensivo de reabilitação multidisciplinar. E ainda um terceiro modo que diz respeito ao papel híbrido do HDG, que comporta as mais variadas funções de acordo com a demanda de usuários e recursos disponíveis, incluindo também sua função social. Nesse caso, a competência do recurso multiprofissional deve ser otimizada no sentido de incluir um programa de tratamento não medicamentoso para atender e orientar/educar pacientes e cuidadores no ambiente do HDG.

Na literatura pesquisada, o modelo mais eficaz parece estar direcionado aos serviços abrangentes adaptados às necessidades e potencialidades individuais e realizados por equipe multidisciplinar especializada. Os dois serviços encontrados no contexto brasileiro apresentam características diversas e diferenciadas entre si. Enquanto um está localizado dentro de um grande complexo hospitalar universitário e com foco no diagnóstico, na terapêutica e no cuidado, o outro não faz parte de hospital geral e tem seu foco principalmente na reabilitação. Portanto, opções igualmente possíveis, respeitando as peculiaridades de funcionamento e organização da sua realidade.

No que se refere ao **acesso e fluxo de referência e contrarreferência**, o HDG integra um sistema organizado de serviços de saúde, com atenção especializada e não atende demanda espontânea de usuário. Os pacientes são referenciados da rede de serviço de saúde existente e que comporta a população adstrita do sistema. Ou seja, o acesso ao HDG se dá por encaminhamento feito pelos profissionais a partir da rede básica de saúde, pela equipe de saúde da família, pelas unidades hospitalares por ocasião da alta planejada, pelos ambulatórios especializados e pelos serviços de urgência/emergência.

No processo de triagem para ingresso no HDG os pacientes devem ser avaliados de modo abrangente, através de protocolos previamente definidos, compostos por instrumentos e escalas que são

conhecidamente usadas para gerenciar o cuidado gerontogeriátrico. A admissão se dá conforme critérios de inclusão estabelecidos pelo HDG, bem como a alta e a contrarreferência para o serviço de origem.

O registro do paciente deve seguir o modelo de prontuário que contempla os dados de identificação do paciente, seu histórico social e de saúde, os dados relativos à rede social e familiar, o laudo de exames diagnósticos, a evolução do paciente conforme a avaliação específica de cada membro da equipe multidisciplinar e a descrição sumária da alta, servindo esta última de relatório de referência e contrarreferência.

A integração dos serviços sociais e de saúde constitui a rede necessária para compor a intersetorialidade que só pode ser alimentada pela comunicação efetiva entre profissionais, equipes, serviços e usuários. Convém incluir as informações referidas pelo próprio usuário relativas à sua percepção de saúde e expectativa do cuidado.

Quanto às **normas e rotinas de funcionamento de HDG**, os processos de funcionamento englobam os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos. O HDG é um serviço diurno com ações de cuidado devidamente planejadas e estruturado para resolver a demanda de necessidades dentro do período previsto, de acordo com os seus objetivos e metas. Deve oferecer aos infraestrutura adequada para o provimento do cuidado, conforme determina a Portaria Nº. 702/2002 do Ministério da Saúde (Brasil, 2002b).

A rotina de atendimento deve, necessariamente, contemplar as características próprias do processo de envelhecimento, da individualidade, da integralidade, respeitando cultura e, desse modo, personalizando o cuidado oferecido no HDG.

C. As tecnologias leves aplicáveis em HDG

O campo da tecnologia leve inclui a tecnologia de relações entre sujeitos, que se materializa em atos de acolhimento, vínculo e autonomia como elementos vitais do ato de cuidar. O modelo de atenção à saúde requer tecnologias cuja intervenção ultrapassa a incorporação daquilo que já se acumulou em outras experiências. Incorpora o saber relacionado com instrumentos e formas organizacionais, além de um eficiente e eficaz sistema de retaguarda, levando em consideração a dimensão social que configura e dá sentido à dimensão biológica.

A base tecnológica leve inclui o ato de cuidar como forma política de realizar objetivos sociais, de interesse coletivo e que expande

o limite do setor saúde. Nessa base, os agentes sociais transcendem o nível dos profissionais e dos técnicos de saúde e inclui o usuário como seu ordenador (SANTOS; MERHY, 2006), daí propormos aqui para o HDG: atos de acolhimento, de criação de vínculo e de autonomização dos usuários.

Como **atos de acolhimento** entendemos atitudes de abertura com recepção humana sensível às necessidades de saúde do usuário que acessa o serviço: gentileza e prontidão de parte de qualquer membro da equipe que atenda o usuário em sua chegada; o fornecimento de respostas satisfatórias às necessidades manifestadas pelo usuário, independente da lógica do serviço, encaminhando-o prontamente ao programa que melhor poderá atendê-lo.

A diretriz do acolhimento e acesso é ética, portanto se um paciente que vinha sendo atendido pelo HDG, ou que o procurou, tiver necessidades de atendimento que não cabe ao HDG, encaminhamentos devem ser providenciados como direito e garantia de continuidade de atenção, até que se resolvam seus problemas. Pode acontecer em idosos muito dependentes, que por razões sociais não tenham mais condições de permanecer no lar definitivamente após a alta do HDG. Nesses casos, é responsabilidade do serviço social acionar providências, inclusive de institucionalização, se necessário, para assegurar-lhes proteção da vida.

As situações de agudização de quadros clínicos ou emergências cirúrgicas não são raras em idosos, casos em que, se houver necessidade de removê-los para uma emergência/urgência, cabe à equipe do HDG providenciar a remoção por meios próprios ou através dos serviços contratados. A organização do HDG não pode eximir-se da responsabilidade de acompanhar o encaminhamento de pacientes por esses serviços. São atos de acolhimento, de compromisso profissional e ético, de zelo pela saúde do paciente até que seus problemas tenham encontrado o lócus apropriado para serem resolvidos.

Os **atos de criação de vínculo** autenticamente estabelecidos se referem ao encontro entre os profissionais da saúde e os usuários. Tal encontro implica escuta sensível, compromisso e corresponsabilidade ampliando a eficácia das ações de saúde, com a participação do usuário como ator de seu próprio plano terapêutico. A criação de vínculo enquanto uma das ferramentas de cuidado deve ser uma das metas de ação de saúde que se concretize no trabalho vivo em ato como produto eficaz.

Experiências práticas e estudos com idosos em nosso meio têm mostrado que, quando a recepção e acolhimento pelos serviços de saúde não são satisfatórios, impossibilitando o vínculo, geralmente esses

usuários desistem de continuar buscando o atendimento. Tal atitude muitas vezes acarreta a piora do seu estado de saúde ou não aderência ao tratamento específico proposto. Por outro lado, quando o vínculo não se formou ou é frágil, muitas vezes compromete o relacionamento entre o idoso e profissional, podendo reduzir a confiança. Nesses casos, diagnóstico e tratamento podem ser prejudicados, pois o idoso não se sente à vontade para revelar aspectos importantes de sua saúde, tais como: dúvidas, medos e queixas, entre outros.

Quanto aos **atos de Autonomização dos usuários**, o protagonismo estimulado leva à inclusão do exercício de projeto coletivo, sem reprimir ou suprimir as diferenças e singularidades individuais. Atos de autonomização dos usuários valorizam e possibilitam a formação de uma identidade que é sempre dinâmica. Trata-se de um processo intersubjetivo de participação que possibilita aos usuários serem protagonistas de sua recuperação, assumindo modos de governar sua própria vida.

É cada vez mais comum adotar-se nos serviços de saúde estratégias de grupo de discussão e grupo de apoio, com fins educativos, de mudança de comportamentos de saúde e de enfrentamento em diferentes situações de saúde. Também é necessário incluir aqui a autonomização dos familiares cuidadores de idosos mais idosos em situação de fragilidade crescente. Esses familiares devem ser considerados parceiros do cuidado no HDG e também clientes, pois devem ser atendidos preventivamente, considerando o estresse que a sobrecarga do cuidado diuturno no domicílio acarreta.

Em suma, a organização do serviço e do cuidado em HDG deve resultar na integralidade da atenção requerida pelo usuário, onde profissionais respondem com postura ética, competência, responsabilidade e capacidade de criar vínculos. Semelhantes atitudes funcionam também como elementos facilitadores dos encontros e do gerenciamento do cuidado dos usuários. Interdependentes na organização do serviço e do cuidado, as tecnologias cuidativas de diferentes naturezas compõem a caixa de ferramentas e dão sentido à prática do cuidado. Tal prática é exercida quando, no encontro entre profissionais, a atuação é sempre cooperativa e interdependente, interagindo e dialogando de modo a alcançar a meta comum do cuidado integral das pessoas idosas e suas respectivas famílias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital dia geriátrico é modalidade assistencial intermediária e complementar à assistência pré e pós-hospitalar que integra uma rede de serviços de atenção à saúde da pessoa idosa dentro do sistema de saúde.

A organização e o funcionamento do serviço de HDG estão diretamente relacionados com seu usuário, objetivos e recursos disponíveis. Portanto, o modelo de cuidado e assistência é também fruto desse planejamento, o qual resulta no modo de ser e agir da equipe multiprofissional. A oferta de cuidado varia numa gama de ações que convergem para as necessidades e potencialidades do usuário, sem perder de vista o fio condutor dos objetivos do serviço. Procedimentos diagnósticos, administração de medicamentos, cuidados de enfermagem e tratamentos em curto prazo, reabilitação funcional e monitoramento da evolução do paciente com o tratamento aplicado entre outras ações, são algumas das possibilidades assistenciais previstas no HDG.

Os resultados almejados pela equipe do HDG são a alta hospitalar precoce e assistida do idoso, bem como evitar as re-hospitalizações e, com isso, poupar leitos e diminuir custos hospitalares. No entanto, além desses ganhos racionalmente mensurados, o HDG também pretende manter o idoso ativo e saudável em seu lar, dentro das reais condições de vida e saúde, o maior tempo possível. Para tal, oferece o suporte de educação e cuidados de saúde para o idoso e seu familiar cuidador.

O sistema de saúde brasileiro prevê a oferta de HDG nas Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso e estabelece os requisitos necessários para a organização, implantação e credenciamento dessas unidades, bem como os critérios para realizar internação em regime de hospital dia geriátrico (BRASIL, 2002a).

Considerando o modelo de serviço de HDG desenhado na legislação brasileira e aqueles existentes na prática internacional, questionamos como viabilizar a conformação do serviço público de HDG no contexto brasileiro, por acreditar que essa é uma modalidade de assistência ao idoso e família factível em nosso sistema de saúde. O percurso metodológico para responder a questão de pesquisa e confirmar a tese enunciada identificou os subsídios necessários para os cuidados adotados em HDG descritos na literatura e aqueles encontrados em serviços públicos brasileiros.

Consideramos acertada a estratégia metodológica de compor a pesquisa em duas etapas. Na primeira delas, revisamos a produção técnico-científica sobre HDG com o rigor metodológico de alguns

passos da revisão sistemática da literatura, buscando conhecer os principais elementos de organização de serviço e do cuidado adotados no âmbito de HDG. Os elementos identificados culminaram em dois grandes eixos temáticos que nortearam a análise dos dados.

No Eixo 1, o HDG se configurou em modalidade de cuidado ao idoso na qual a organização do cuidado, a participação do usuário e a utilização de instrumentos de avaliação da pessoa idosa foram categorias reflexivas de um modelo assistencial que converge para uma prática de cuidado dirigida a necessidades e potencialidades dos seus usuários.

No Eixo 2, agrupamos as categorias de perfil do usuário, organização do serviço e avaliação da efetividade para analisar o HDG como uma realidade factível. A literatura consultada é pródiga em experiências bem sucedidas de HDG em países desenvolvidos como o Reino Unido, Canadá, EUA e Austrália (EAGLE et al, 1991; FOSTER; YOUNG; LANGHORNE, 1999; DAY; RASMUSSEM, 2004; BURCH; BORLAND, 2001; SIU; MORISHITA; BLAUSTEIM, 1994).

Nesta revisão não há dúvida quanto à factibilidade dessa modalidade assistencial nesses contextos, embora sua efetividade ainda seja questionada em alguns estudos, embora tal questionamento se funde na falta de pesquisas focadas na eficácia do modelo, ou seja, em termos de custo-benefício. Por outro lado, os estudos pesquisados salientam a importância de serem considerados os ganhos não mensuráveis economicamente, mas perceptíveis pelo usuário do serviço e sua equipe multiprofissional. Eles manifestam, ainda, a preocupação em buscar métodos ou instrumentos padronizados que possam corroborar tal inferência.

Na segunda etapa da pesquisa, encontramos dois HDGs: um em São Paulo/SP e outro em Anápolis/GO. Conhecendo o funcionamento e a organização dos serviços públicos de HDG existentes no Brasil, foi possível aquilatar sua factibilidade em contexto nacional e reconhecer a criatividade e o compromisso dos seus profissionais em inovar e tornar possível um desenho brasileiro, que permanece inerte na letra morta de uma portaria ministerial. Os diversos subsídios encontrados nos diferentes modos de conformação de HDGs aqui analisados demonstram as múltiplas possibilidades de ação direcionadas ao cuidado do idoso e sua família, dentro de um sistema de saúde. Também constatamos a convergência dos elementos de organização do serviço e do cuidado em HDG encontrados tanto na literatura, quanto nos serviços nacionais, embora em contextos diferentes. Certamente o modelo de HDG indicado pela legislação nacional está baseado nas experiências europeias, que por mais de meio século vem prestando esse tipo de

serviço a sua população idosa.

Verificamos, no entanto, que atualmente alguns autores têm manifestado sua preocupação com o futuro dos HDGs no Reino Unido, não por considerá-lo um serviço em declínio, mas pela falta de clareza no delineamento de seu papel dentro do sistema de saúde. Tais manifestações decorrem de aparente colapso na identidade desse serviço considerado central para o cuidado com a pessoa idosa (YOUNG; FOSTER, 2008). Poucas pesquisas foram desenvolvidas nos últimos tempos, contrastando com a gama de conhecimento produzido quando esses serviços se multiplicaram consideravelmente pelo Reino Unido e por outros países, além da falta de evidência em determinar se o HDG é a melhor opção de investimento do que outras modalidades assistenciais (AMES; HASTIE, 2009; BEYNON; PADIACHY, 2009).

Entretanto, convém esclarecer que o HDG não é um serviço opcional, excludente de outras modalidades, mas intermediário e complementar dentro de um sistema de saúde organizado, conforme se constatou na pesquisa. Enquanto modalidade assistencial, embora não seja prioridade de ação em nossa política de saúde vigente, o HDG não está excluído da necessidade da população idosa, que ainda não tem o devido acesso e acolhimento nos serviços de saúde, nem dispõe de um sistema especializado efetivamente em funcionamento.

A viabilização dessa modalidade exige uma ação conjunta e complexa dos atores envolvidos com a questão do cuidado no processo de envelhecimento humano, ação conjunta que implica no reconhecimento da necessidade, efetividade e factibilidade do HDG como uma das modalidades assistenciais de atenção e retaguarda de cuidado ao idoso e sua família cuidadora. É imprescindível também que haja o movimento dos profissionais da saúde e da sociedade, amparado em dados de realidade e possibilidades, para ativar a vontade política de gestores e governantes para implementar esse serviço.

Outro fator importante para a implementação dos HDGs no Brasil está na ativação do sistema de referência e contrarreferência como garantia de acesso aos diferentes serviços de saúde e continuidade de cuidado até a resolução do problema do usuário. Ou seja, o efetivo funcionamento da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. Para tal, a formação e a capacitação gerontogeriátrica dos profissionais e gestores devem ser incrementadas no sentido de incorporar as diretrizes das políticas que contemplam a pessoa idosa, assim como os princípios básicos do nosso sistema de saúde, dentre eles o da integralidade da atenção. Estudo desenvolvido na Bélgica (VANDEN BUSSCHE *et al.*, 2010) sobre os fatores facilitadores e as barreiras que

interferem na decisão dos médicos em referir o paciente para o HDG conclui que a falta de colaboração entre o cuidado de saúde primário e secundário se deve a uma gama de fatores relacionados com o conhecimento acerca do HDG. Os fatores que interferem no uso desse serviço são: falta de conhecimento sobre o seu conceito geral, incerteza sobre sua necessidade e valor na otimização do cuidado para o idoso, falta de conhecimento quanto aos procedimentos de referência e acessibilidade e vantagens e desvantagens para o paciente. Esse estudo sugere que o modelo de cuidado baseado na abordagem abrangente do idoso seria uma estratégia para aumentar o uso do HDG.

Nesse sentido, o modelo de cuidado em contexto brasileiro deve seguir a tendência prevista na política de saúde para o idoso, bem como os preceitos de humanização do sistema nacional, ou seja, um modo de ser e agir em saúde traduzido pelas tecnologias leves de acolhimento, vínculo e autonomização do usuário. Ou seja, o olhar humanístico sobre o cuidado e o agir holístico com o usuário. Tais tecnologias, contempladas na caixa de ferramentas ora apresentada, materializam-se no encontro dos gestores, profissionais e usuários do serviço. Certamente, o sentido ao ato de cuidar e a concretização das ações de cuidado se dão por meio da junção, interdependente e complementar, das tecnologias em suas mais variadas formas, sejam elas do tipo leve, leve dura ou dura.

Esta pesquisa é pioneira em identificar e documentar as experiências nacionais amparadas pelos subsídios da literatura científica internacional, comprovando a tese de que o HDG é uma modalidade de serviço factível no sistema público de saúde brasileiro. Uma limitação desta pesquisa é o fato de não ter apontado o nível de evidência dos estudos incluídos em sua primeira etapa, mas como esse não foi um objetivo proposto, fica aqui registrado como sugestão para novos estudos.

As implicações para o ensino dizem respeito à necessidade de investimento na formação de profissionais especializados no cuidado com o idoso e família cuidadora, capazes de compor equipes multiprofissionais com atitude interdisciplinar, capacitados e determinados a suprir com criatividade as carências encontradas na prática gerencial de serviços e na ação política dirigidas à saúde da população idosa.

As implicações práticas constituem em desafio para os gestores e profissionais da saúde no sentido de ousarem implementar HDG no sistema público de saúde brasileiro fazendo usando tecnologias disponíveis para a ação gerontogerátrica, ação essa que inclui e acolhe o

usuário desse serviço. Uma estratégia que pode contribuir é a conformação da caixa de ferramentas com os conhecimentos já disponíveis, desde que se mantenha sempre aberta, flexível, contextualizada e dinâmica em sua composição para experimentar ações inovadoras e exercitar novos modos de produzir saúde. Um modo que tenha o ato de cuidar como a alma do serviço!

Os subsídios necessários para compor uma caixa de ferramentas para o serviço de HDG, aqui disponibilizados, seguem a recomendação de que a caixa deve ser sustentada por profissionais e gestores capacitados e atualizados em suas especialidades, sobretudo comprometidos com a razão primordial da ação gerontogerátrica: a pessoa idosa e seu familiar cuidador, além de procurar manter o foco no modo de ser e agir em saúde, com a parceria daquele que é o centro das ações e o motivo real da existência do sistema de saúde: o usuário!

REFERÊNCIAS

- AGUSTINI, F. C. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2003.
- AMES, D.; HASTIE, I. R. Geriatric day hospitals - the future? Downloaded from **pmj.bmj.com** on 10 March 2009.
- BALTES, P. B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade. **A terceira idade**, São Paulo, v.17, n. 36, p.7-31, jun. 2006.
- BAZTÁN, J. J; HORNILLOS, M.; GONZÁLES-MONTALVO, J. L. Hospital día geriátrico: características, funcionamiento y efectividad. **Méd Clin** (Barc), n. 101, p. 699-704, 1993.
- BURCH, S; BORLAND, C. Collaboration, facilities and communities in day care services for older people. **Health Soc Care Community**, v. 9, n. 1 p. 19-30, 2001.
- BEYNON, J. H.; PADIACHY, D. The past and future of geriatric day hospital. **Clinical Gerontology**, n.19, p.45-51, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.528/GM de 19/10/2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: Cadernos de Atenção Básica nº. 19. Brasília: MS, 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: Guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: MS, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002**. Estabelece mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília/DF: 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.414 de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para a realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Brasília: MS, 1998.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria GM nº 73, de 10 de maio de 2001**. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília/DF: 2001.

_____. Congresso Nacional. **Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Congresso nacional, 2003.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 394-402.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 88-105.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 251-260, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>>. Acesso em: dez. 2007.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. Tem por objetivo contribuir para o aprimoramento da tomada de decisões em Saúde, com base nas melhores informações disponíveis. Disponível em: <<http://www.centrocochranedobrasil.org.br/institucional.asp>>. Acesso em: out. 2007.

CHAIMOWICZ, F. epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 106-130.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 666-671, dez. 2000.

DAY, P.; RASMUSSEN, P. What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings? A critical appraisal of the literature. **NZHTA Report**, v. 7, n. 3, p.149, 2004.

DIOGO, M. J. D. modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 1384-1387.

DONALDSON, C.; WRIGHT K.; MAYNARD, A. Determining value for money and day hospital care for the elderly. **Age and Ageing**, v. 15, n. 17,1986.

EAGLE, D. J. et al. Effectiveness of a geriatric day hospital. **Can Med Assoc J**. v. 144, n. 6, p. 699-704, 1991.

FOSTER, A.; YOUNG, J.; LANGHORNE, P. Systematic review of day hospital care for elderly people. **BMJ**, v. 318, p. 837-41, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 135-60.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação de evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v.12, n.3, p. 549-56, maio/jun. 2004.

GOMÉZ, B. J. F. Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de Día. **Rev. Mult. Gerontol**, v. 15, n. 1, p. 23-25, 2005.

GONÇALVES, H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectivas e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento**, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2004.

IMAZIO, M. et al. Day hospital treatment of acute pericarditis: a management program for outpatient therapy. **J. Am. Cardiol**. V. 43, n. 6, p. 1042-1046, 2004.

KALACHE, A. Envelhecimento: é urgente repensar o Brasil. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 16 out. 2006. Caderno tendências/debates, Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1610200608.htm>>. Acesso em: dez. 2007.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002a.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b. p. 71-112.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 15-35.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.113-150.

MERHY, E. E. et al. **Implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS**: modelagem a partir das experiências correntes. Relatório técnico. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 177-184, abr./jun. 1993.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

RAMOS, P. R. B. A velhice na constituição. **Sequência**, Florianópolis, ano XXI, n.38, p. 99, jun. 1999.

PREMIO MARIO COVAS 2008 – Menção Honrosa. **Relatório descritivo do Hospital Dia Geriátrico**: uma nova modalidade de atendimento ao idoso no Brasil. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo. 2008.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p. 25-41, jan/jun. 2006.

- SIU, A. L.; MORISHITA, L.; BLAUSTEIN, J. Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. **J Am Geriatr Soc**, v. 42, n. 10, p. 1094-1099, oct. 1994.
- TOUSIGNANT, M. et al. Economic evaluation of a geriatric day: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. **Age and Ageing**, v. 32, p. 53-59, 2003.
- TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Espaço de relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.26, n.2, p.261-269, jul./dez. 2004.
- TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 24, n. 3, p. 663-74, 2008.
- VANDEN BUSSCHE *et al.* Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners **BMC Health Services Research** 2010, 10:202. Access <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/202>
- VAROTO, V. A. G.; TRUZZI, O. M. S.; PAVARINI, S. C. I. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 107-14, jan./mar. 2004.
- WONG, L. L. R; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 5-26, jan./jun. 2006.
- YOUNG, J.; FORSTER, A. The geriatric day hospital: past, present and future. **Age Ageing**, v. 37, p. 613-5, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para seleção inicial da bibliografia identificada

<u>SELEÇÃO INICIAL DA BIBLIOGRAFIA IDENTIFICADA</u>	
Data da busca: _____	Data da Publicação: _____
Código do Estudo: _____	
Referência Bibliográfica: _____ _____	
Base de Dados: _____	
Título: _____	
Autor: _____	
País de Publicação: _____	
Idioma: _____	
Tipo de Publicação: _____	
Tipo de Estudo: _____	
Resumo: Sim ()	Não ()
Texto Completo: Sim ()	Não ()
* Descritor e/ou Termo Livre HDG: Título () Resumo ()	
Selecionar ()	
Observações do Revisor: Revisor A ()	Revisor B ()

Nome do Revisor: _____	

* Critérios de Exclusão: população não idosa; saúde mental; HIV; cuidado paliativo; quimioterapia.

**APÊNDICE B - Formulário para análise da bibliografia selecionada
visando sua inclusão ou exclusão**

ANÁLISE DA BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

Código do Estudo: _____

Referência Bibliográfica: _____

Ideia Central do Texto: _____

Aspectos Relevantes quanto aos Elementos de Organização e Funcionamento do
HDG: _____

Aspectos Relevantes quanto às Ações de Cuidado no HDG: _____

Incluir: Sim () Não ()

Observações do Revisor: Revisor A ()

Revisor B ()

Nome do Revisor: _____

APÊNDICE C - Roteiro de Visita para Coleta de Dados no Hospital Dia Geriátrico

Roteiro de Visita para Coleta de Dados no Hospital Dia Geriátrico

Nome da Instituição:

Serviço:

Endereço/Site/E-Mail:

Coordenador do Serviço:

Informante:

Data da Visita:

Entrevistador:

I – ANÁLISE DOCUMENTAL

1. Regimento
2. Normas e rotinas
3. Regulamento
4. Protocolos
5. Organograma
6. Fluxograma
7. Serviços de apoio e encaminhamentos
8. Como é feito o registro do usuário? Tem AIH? Como entra no setor financeiro? Como é o prontuário? Como consta no Censo da Instituição?
 - No caso de estar dentro de um Hospital Geral, existe algum adendo no documento da Instituição sobre o HDG?

II – OBSERVAR

1. Estrutura física:
 - Como são as áreas comuns e privativas?
 - Está adaptada à pessoa idosa?
2. Composição da equipe
3. Fluxo do usuário: paciente e família
4. Horário de funcionamento
5. Tem serviço de remoção/transporte? Caso sim, como funciona? Todos tem direito? Qual o apoio da Instituição, da Prefeitura e outros?

6. Oferece refeição ao usuário: paciente e família?
7. O atendimento é específico para a pessoa idosa ou dispõe de alguns leitos/poltronas para essa clientela e também atende outras demandas? Nesse caso, quais? P.ex.: hemoterapia, QT, etc.
8. Quais os equipamentos disponíveis?
9. Dispõe de serviços complementares? Fisioterapia, solário, nutrição, atividade física, reabilitação, fonoaudiologia e outros.
 - Folders e impressos do serviço.

III – ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO SERVIÇO

1. Tirar dúvidas acerca da leitura documental.
2. Como nasceu o Serviço? Há quanto tempo existe? Quem fundou?
3. O que demandou a fundação do Serviço?
4. Como foi a implantação? Apontar dificuldades e facilidades.
5. Quais as metas: curto, médio e longo prazo?
6. Qual a sua avaliação acerca deste HDG na qualidade de vida dos idosos?
7. Qual a avaliação da Instituição acerca do serviço?
8. Como você vê que as políticas públicas e de saúde no Brasil acolhem um serviço dessa natureza?

IV – Observações e impressões da pesquisadora.

**APÊNDICE D – Pedido de autorização para consultar documentos
internos do serviço de Hospital Dia Geriátrico**

Prezado (a) Senhor (a) Diretor/Coordenador do Hospital Dia Geriátrico
Local de trabalho ou instituição que representa
Endereço

Como aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Hospital dia geriátrico: subsídios para conformação desse serviço no sistema público de saúde brasileiro”**, sob a orientação da Profª. Drª. Lúcia Hisako Takase Gonçalves.

Para desenvolver esse trabalho, venho solicitar sua autorização para consultar documentos internos do serviço de HDG com o propósito de conhecer a sua estrutura e organização. Trata-se da segunda etapa da pesquisa, cujo objetivo é identificar os subsídios necessários para os cuidados adotados em HDG descritos na literatura e aqueles encontrados em serviços públicos brasileiros com vistas a sua conformação no contexto de sistema público de saúde.

Sua colaboração será de grande importância e valia para o alcance do objetivo da pesquisa, considerando a perspectiva de fornecer subsídios para a conformação de serviço de HDG condizente com a nossa realidade.

Esperando contar com sua imprescindível colaboração, antecipo agradecimentos.

Jordelina Schier
Doutoranda em Enfermagem
Contato: (48) 3335-6265 ou 9973-8605
E-mail: nina.schier@gmail.com

Eu _____ autorizo a doutoranda Jordelina Schier a realizar consulta aos documentos internos do serviço de HDG e estou ciente de que poderá utilizar as informações na composição final da proposta da pesquisa com a devida citação da fonte.

Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

RG n°.: _____

APÊNDICE E

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
<p>Brito FC.</p> <p>Estudo de alguns aspectos demográficos de uma coletividade de idosos para implantação de hospital dia geriátrico.</p> <p>1v. 94p. Mestrado. Centro Universitário São Camilo - Administração de Serviços de Saúde. 1993</p>	<p>Traça o perfil de coletividade de idosos atendidos em um hospital público em São Paulo e discute a necessidade de implantação de HDG.</p>	<p>Estudo exploratório descritivo.</p> <p>Aplicado questionário de avaliação multidimensional: Brasil Old Age Schedule – BOAS.</p>	<p>151 idosos matriculados no Ambulatório de Clínica Gerontogeriatrica do Hospital Público Municipal.</p> <p>Idade entre 60 e 90 anos (média de 70,7 anos). 116 mulheres com média de 70,1 anos. 35 homens com média de 72,6 anos. Período de 15/12/1992 a 15/04/1993.</p>	<p>O perfil dos sujeitos, baseado na detecção dos fatores de risco (dependência funcional, perda da autonomia, atendimento precário das NHB e dificuldade para adquirir medicamentos) confirma a necessidade de implantação de HDG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 51,6% dos entrevistados apresentaram pelo menos 1 fator de risco para perda da autonomia. - 52,5% com 2 ou mais fatores de risco para tornarem-se dependentes. - 76,8% do total eram mulheres e a maioria viúvas, também aumentando risco para dependência. - 27,1% com necessidades básicas satisfeitas precária ou muito precariamente. - 39,7% com dificuldade econômica para aquisição de medicamentos. - 18,5% moram sozinhos.

Quadro 1: R2CA – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Perfil de usuários</p>	<p>Novo modelo de assistência e de programas de intervenção eficazes na relação custo-benefício.</p> <p>O atendimento dia geriátrico vai ao encontro dos objetivos da prática gerontológica: manter o idoso ativo, autônomo e na comunidade.</p> <p>Tratamento, supervisão e controle clínico fora do sistema de hospitalização.</p> <p>O funcionamento depende dos recursos disponíveis e do perfil do usuário.</p> <p>Tendência de nº. pequeno de leitos (menos de 15) e alta rotatividade (frequência de atendimento menor que 2).</p>	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação funcional; - sessões de reabilitação; - manutenção do estado de saúde; - cuidados sociais; - alívio dos cuidadores; - procedimentos médicos e de enfermagem. <p>Questionário de avaliação multidimensional: Brasil Old Age Schedule – BOAS para avaliar fatores de risco de dependência e necessidade de atendimento em HDG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mulher idosa - viúvos - morar sozinho - necessidades básicas satisfeitas precária ou muito precariamente - problema econômico para a aquisição de medicamentos indispensáveis. 	<p>Revisão alguns aspectos demográficos da população de idosos no Brasil, trazendo o histórico dos serviços de saúde no Brasil e do HDG no mundo. Tece considerações sobre as justificativas da criação do HDG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - crescimento demográfico do estrato idoso; - mudanças no perfil epidemiológico (doenças crônicas e incapacitantes); - insuficiência de leitos e aumento de gastos hospitalares

Quadro 2 - R2CA – Elementos da organização do serviço e do cuidado em HDG

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Gunn R. et al. A communication model in a day hospital. J GERONTOL NURS, 1988; 14(8):30-8	Descrever como os membros nas várias disciplinas coordenam suas atividades e se comunicam como equipe multidisciplinar.	Relato de experiência.	Programa de HDG com 25 leitos para reabilitação na Nova Zelândia.	Estabelece um modelo de comunicação de HD entre a equipe e a rede externa para referência e contrarreferência.

Quadro 3 - R4CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Organização. A comunicação entre os membros da equipe multiprofissional no HDG.	<p>Numero de leitos: 25. Funcionamento: 5 dias por semana, das 8h às 16h30min.</p> <p>Transporte: por familiares e pelo serviço de transporte do hospital.</p> <p>Média de frequência: 6 a 8 semanas de atendimento, equipe multiprofissional e suas funções, avaliação e inclusão do paciente.</p> <p>Reunião de equipe e estudo de caso: planejamento, avaliação e alta do paciente (vide tabela3, p. 33).</p> <p>O acompanhamento no HD é enviado para os profissionais do local de origem do paciente (ver tabela 2, p. 32)</p>	O paciente é avaliado por geriatra e membros da equipe multiprofissional, os quais definem a natureza da incapacidade e plano de tratamento.	Descreve o desenvolvimento do HD. Importante ver texto na íntegra, pois o programa está detalhado minuciosamente.

Quadro 4 - R4CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
<p>Tucker MA; Davison JG; Ogle SJ.</p> <p>Day hospital rehabilitation-effectiveness and cost in the elderly: a randomized controlled trial.</p> <p>British Medical Journal. 1984; 289:1209-12</p>	<p>Definir o grau e a duração do melhoramento individual das funções social, física e mental do paciente e o custo efetividade do hospital dia no serviço geriátrico.</p>	<p>RCT.</p> <p>Avaliados nas habilidades para a vida diária e humor no início, após 6 semanas e após 5 meses.</p> <p>Pacientes com e sem sequelas de derrame foram randomizados em grupos de hospital dia e controle.</p> <p>No período de 01 de julho de 1981 a 31 de julho de 1982.</p> <p>Pacientes do hospital dia receberam tratamento 2 a 3 vezes por semana, das 8h30min. às 14h: reabilitação intensiva, terapia ocupacional e da fala, avaliação médica e de enfermagem com supervisão de 6 a 8 semanas. Uma assistente social foi incluída e também ambulância para o familiar que não podia transportar o</p>	<p>120 pacientes com mais de 55 anos de idade, encaminhados de alas hospitalares médica, cirúrgica e geriátrica.</p>	<p>Pacientes do hospital dia mostraram significativa melhora em 6 semanas, mas não em 5 meses, embora sustentaram a melhora e disposição/humor.</p> <p>O custo do hospital dia de reabilitação ficou um terço maior do que a reabilitação por meios alternativos.</p> <p>Comparado com o custo da internação, o hospital dia é mais barato.</p> <p>Sugere que a reabilitação pode ser mais econômica com o uso combinado dos serviços de hospital dia, internação, cuidado domiciliar e centro dia.</p>

		<p>paciente.</p> <p>Instrumentos utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma abreviada do Northwick park activities of daily living index; - Zung depression index; - Test mental. <p>Média de custos avaliados em dólares da Nova Zelândia.</p>		
--	--	--	--	--

Quadro 5 - R9CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Efetividade.</p> <p>Efetividade e custo financeiro de HDG de reabilitação</p>	<p>Custos medidos por paciente e por dia, considerando horas trabalhadas e taxas horárias pagas à equipe;</p> <p>Custo do transporte por km e por paciente;</p> <p>Custos gerais referentes às instalações do hospital dia, alimentação e investigação.</p> <p>Atenção sobre os componentes caros do cuidado no hospital dia para melhorar o custo efetividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flexibilidade apropriada nos níveis de equipe para ocupação diária; - formas alternativas de transporte (serviço voluntário, táxi para 	<p>Inferências de estratégias de cuidado considerando os custos.</p>	<p>Relatam que se baseiam no modelo britânico.</p> <p>A melhora sustentada da disposição/humor pode refletir a interação social continuada organizada pelo hospital dia.</p> <p>O centro dia na Nova Zelândia funciona com voluntários.</p>

	casos selecionados); - restringir o número de frequência para evitar o papel de cuidado diário social.		
--	---	--	--

Quadro 6 - R9CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Eagle DJ et al. Effectiveness of a geriatric day hospital. CAN MED ASSOC J. 1991; 144(6):699-704.	Determinar se há diferença na qualidade de vida entre os pacientes idosos manejados no HD e aqueles que recebem cuidado convencional.	RCT. Do total de pacientes, 55 deles fizeram parte do grupo de tratamento, sendo avaliados e tratados por equipe interdisciplinar no hospital dia; 58 pacientes foram para o grupo controle, sendo avaliados em uma unidade de internação, ou clínica ambulatorial ou receberam alta precoce com serviço comunitário apropriado. Instrumentos usados: - Barthel Index - Rand Questionnaire - Global Health Question - Geriatric Quality of Life Questionnaire (GQLQ).	113 pacientes idosos com status funcional deteriorando e com potencial de reabilitação. Chedoke-McMaster Day Hospital ocupa parte do prédio do hospital escola da MacMaster University. Este oferece cuidados secundários e terciários para a região de Hamilton-Wentworth em Ontário.	Conclui que o cuidado recebido no HD não melhora o estado funcional nem a qualidade de vida dos pacientes idosos quando comparado com cuidado ambulatorial geriátrico.

Quadro 7 - R12CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Efetividade.</p> <p>Efetividade do HDG conforme avaliação funcional e de qualidade de vida do paciente.</p>	<p>HD está inserido em um hospital escola geral e dispõe dos serviços de cuidado secundário e terciário</p> <p>As instalações incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - áreas para terapia ocupacional e física; - sala de estar para praticar AVD; - jardim interno; - sala para workshop; - sala de artesanato; - cozinha e área comum para jantar e atividades de grupo. - Banheiro equipado para treinar AVD. <p>Membros da equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - médico do HD, - clínico geral com treinamento em geriatria, responsável pelo plano terapêutico; - três enfermeiras, uma delas coordenadora; - um assistente de enfermagem; - um terapeuta ocupacional; - um fisioterapeuta; - um fonoaudiólogo; - um assistente social; - uma nutricionista e um farmacêutico que estão disponíveis quando necessários. <p>Pacientes são atendidos duas vezes por semana, durante quatro a cinco horas por dia.</p>	<p>Programa de HD para reabilitação: ambiente planejado para o treinamento das AVD, incluindo a higiene corporal.</p> <p>Avaliação por equipe interdisciplinar: física, mental e emocional; diagnóstico médico; medicamentos; relacionamento social e familiar; necessidades de reabilitação visual e auditiva.</p> <p>A equipe avalia o paciente e se reúne para planejar o serviço terapêutico e de reabilitação.</p> <p>A reunião para planejar a alta inclui os parentes e os cuidadores.</p>	<p>Relevância do papel do HD no sistema de saúde britânico, introduzido nos anos 50.</p> <p>Potencial do HD: evita hospitalização; avaliação interdisciplinar e reabilitação sem necessidade de hospitalizar, pois dispõe de serviços diagnósticos especializados e laboratório; melhora qualidade de vida dos pacientes; reduz o fardo do familiar cuidador.</p> <p>Muitos casos atendidos são de deterioração progressiva com tendência para a condição de terminalidade. Por isso, o HD ajuda a dar conforto intervindo com cuidados paliativos, possibilitando um mínimo de bem-estar até a morte, e ao mesmo tempo, mantendo no meio familiar (que será poupada de sobrecarga e doença).</p>

Quadro 8 – R12CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Lökk J. et al.</p> <p>Physiological concomitants of an "autonomous day programme" in geriatric day care.</p> <p>Scand J Rehab Med 23:41-46, 1991.</p>	<p>Explorar os efeitos do cuidado dia geriátrico sobre o estado psicofisiológico dos pacientes, em intervenção controlada, para aumentar a autonomia do idoso.</p>	<p>RCT.</p> <p>Pacientes participantes no hospital dia elegíveis: escore de 28 pontos ou mais no Mini Mental State; sem doença infecciosa atual; grupos de diagnóstico, gênero e idade foram randomicamente alocados.</p> <p>Pacientes foram alocados em dois grupos: no grupo controle foram cuidados conforme a rotina usual; e no grupo experimental foram sujeitos a uma nova rotina de cuidados.</p> <p>Observados antes, bem como 6, 12 e 24 semanas após o início do tratamento, e por fim com 20 semanas.</p>	<p>65 pacientes geriátricos entre 61 e 90 anos de idade (média de 74 anos) referenciados para a unidade de cuidado diário para reabilitação de um hospital geriátrico no sudeste de Estocolmo (Suécia).</p>	<p>Mostrou que o clima psicossocial oferecido ao idoso pode influenciar os níveis de prolactina plasmática, os quais podem espelhar padrões de enfrentamento ativo ou passivo.</p> <p>Sugere que o cuidado dia é importante opção de tratamento, pois melhora o bem-estar psicológico e traz benefícios ao estado físico.</p> <p>Vários estudos mostram que o nível de prolactina é sensível aos processos psicossociais. Embora ainda não tão clara, a função da prolactina associa-se com o sentimento de poder em situações difíceis.</p> <p>Neste caso, o grupo experimental teve "menos pressão" e mais atividade. O lócus de controle continua internalizado nos sujeitos que mantém positiva e ativamente o controle da situação.</p>

Quadro 9 - R13CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Ações de Cuidado. Concomitantes fisiológicos de um programa dia de autonomia no cuidado diário geriátrico.	-	Intervenção de dinâmica de grupo.	Através de uma medida biológica o estudo mostrou o benefício do serviço para o paciente enfrentar situação de crise e estresse. Um fim holístico/humanitário do HDG.

Quadro 10 - R13CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Day P; Rasmussen P. What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings? A critical appraisal of the literature. NZHTA Report 2004; 7 (3).	É uma avaliação crítica da literatura conduzida pelo NZHTA (Unidade de Pesquisa da Universidade de Otago contratada pelo Ministério da Saúde da Nova Zelândia), usa método Cochrane. Busca a evidência da efetividade dos serviços especializados em geriatria para agudos, pós-agudos e subagudos, através da identificação e avaliação da literatura, para desenvolver uma estrutura prática.	Revisão sistemática. Extração dos dados e síntese: Foi usado método sistemático de busca, avaliação e seleção da literatura na preparação do relatório. Os artigos avaliados usando esquema adaptado da CC e <i>check list</i> desenvolvido pelo NZHTA. Resultados sumarizados em tabelas de evidência e os estudos classificados conforme o nível de evidência. Sumários descritivos dos	Pesquisa bibliográfica nas bases de dados: Estratégias de busca com total de 549 resultados, dos quais foram incluídos 58 artigos de pesquisa primária e 9 de revisão sistemática e metanálise. Dos 33 <i>guidelines</i> e protocolos dos serviços geriátricos especializados, 27 foram incluídos.	Cuidado comunitário: Evidências em geral suportam a eficácia de serviços de equipe especializada em geriatria, com enfoque colaborativo multidisciplinar comprometendo-se com avaliação, reabilitação e gestão de processos coordenados na comunidade. Os cuidados preventivos e de suporte para alta parecem oferecer maior benefício sobre os cuidados habituais. Tais benefícios não foram consistentes em todos os resultados medidos e, apesar de melhoria nos resultados, muitas vezes aparentes, estes nem sempre foram significativos quando comparados com o grupo de comparação. Cuidado hospitalar: A evidência foi mais diversificada devido à variedade de estudos em todo o continuum

		<p><i>guidelines</i> e protocolos dos serviços geriátricos especializados também foram compilados.</p>	<p>de cuidado subagudo, agudo e pós-agudo em unidade ou enfermaria, com resultados heterogêneos e com apenas alguns deles mostrando significância quando comparado com o cuidado usual.</p> <p>Achados específicos foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os programas integrados abrangentes envolvendo cuidado multidisciplinar no cenário agudo (com acompanhamento através de reabilitação em hospital para reabilitação na comunidade) e programas de alta precoce apoiada deve ser parte de programas de fratura de quadril geriátrico, pois alcança benefícios significativos sobre o tratamento usual para pacientes ortopédicos em termos de menor tempo de permanência hospitalar, retorno ao status residencial anterior e custo-eficácia. Tais resultados não foram aparentes para unidades de reabilitação ortopédicas fisicamente distintas. - As unidades de AVC com cuidado abrangente agudo e de reabilitação, com equipes multidisciplinares, envolvendo
--	--	--	---

			<p>paciente/cuidador, avaliação global e gestão (e protocolos de alta) e mobilização precoce apresentaram benefícios significativos em termos de redução da mortalidade e alta para casa em relação ao tratamento usual para pacientes agudos e subagudos.</p> <p>- Avaliação abrangente geriátrica (CGA) na hospitalização e em programas de reabilitação mostrou benefício geral global através de uma gama de cenários em relação ao cuidado usual, especialmente os programas com "controle médico" sobre recomendações CGA com acompanhamento de manejo em longo prazo. A CGA relatada na literatura é semelhante ao modelo de avaliação, tratamento e reabilitação (AT & R) praticados na Nova Zelândia.</p> <p>- A eficácia geral dos serviços da equipe geriátrica especializada multidisciplinar em unidades de cuidado agudo geriátrico de internação geral (GEU / GEMU) em relação ao cuidado usual não foi conclusiva, embora os resultados positivos como a melhora da</p>
--	--	--	---

				<p>funcionalidade, alta para casa e redução do tempo de permanência hospitalar sejam relatados até os primeiros 12 meses pós-alta.</p> <p>- Intervenções multicomponentes para a prevenção de delirium em comparação com o cuidado preventivo usual mostrou em geral resultados positivos com a incidência de delirium e número de dias/episódios com delírio, sendo significativamente menor para o grupo de intervenção.</p> <p>HD e cuidado ambulatorial: A evidência de eficácia dos serviços especializados de geriatria em HDG e ambulatoriais não foi suficiente: faltam evidências conclusivas de que os serviços nesses cenários sejam mais benéficos do que os cuidados usuais. Muitos cenários ambulatoriais foram hospitalares e clínicas da Associação de Veteranos dos USA e, portanto de limitada aplicabilidade ao contexto da Nova Zelândia.</p> <p>Modelos de serviços de equipe especializada: O modelo mais eficaz de serviços de equipe</p>
--	--	--	--	--

				<p>especializada para os pacientes (e cuidadores) parece direcionado aos serviços abrangentes adaptados às necessidades individuais (incluindo a formação e educação além da avaliação e tratamento) fornecidos por equipe multidisciplinar.</p> <p>Limitações da base de pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none">- Houve limitações na base de evidência atual, especialmente identificando os mais efetivos componentes dos serviços, as clínicas importantes nos resultados de saúde entre a intervenção e controle nos estudos primários, os problemas metodológicos afetando a validade interna dos estudos primários e secundários e a falta de literatura no contexto da Nova Zelândia. Tudo isso, limitando a generalização dos estudos para a população e os serviços de saúde na Nova Zelândia.- São necessárias mais pesquisas destinadas a tratar dessas limitações, avaliando modelos de prestação de serviços para melhor identificar as características daqueles mais eficazes.
--	--	--	--	---

				<p>Discussão sobre a tabela 4: serviços geriátricos especializados - HD.</p> <p>1.Foram incluídos 7 estudos para avaliação: 1 RSL, 4 RCT, 1 estudo observacional prospectivo e 1 estudo antes/depois (2 UK, 2 Canadá, Finlândia, Nova Zelândia e USA). Período de acompanhamento variou entre 3 e 18 meses. Populações de pacientes tenderam a ser de mais velhos (70 + anos de idade) oriundos de hospital dia para a reabilitação a curto prazo, mas também em vários estudos para o cuidado contínuo das condições crônicas.</p> <p>2.Resultados do paciente mais comumente medidos foram funcionalidade, mortalidade, qualidade de vida e status da saúde física e mental. Os resultados associados a intervenções da equipe especialista em geriatria em hospitais dia não mostram um claro benefício de tais serviços em comparação com cuidado grupo controle. Houve mistura de resultados devido à heterogeneidade dos estudos comparados. Nos estudos, apenas algumas medidas do resultado paciente</p>
--	--	--	--	--

				<p>mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos intervenção e controle, ou antes/depois e análise de coorte. Resultados funcionais e medida do status mental e físico em conjunto podem ser considerados os resultados mais importantes do que simplesmente a mortalidade reduzida.</p>
--	--	--	--	---

Quadro 11 - R14CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Efetividade	<p>Características e desenho de serviços efetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - são abrangentes em seu escopo, com abordagem multifacetada para avaliação, tratamento e manejo através de um <i>continuum</i> de cuidado; - foco na desinstitucionalização e cuidado informal/ comunitário - diferenciação de admissão para o cuidado agudo ou estada hospitalar longa ou cuidado residencial; - equipe multidisciplinar de saúde, com profissionais competentes, especializados e treinados em cuidado geriátrico; 	<p>Consenso sobre os princípios do cuidado, implementação do serviço e temas da literatura:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte foco sobre avaliação funcional, social e de necessidades. 2. Necessidade para serviços geriátricos abrangentes através de fases do cuidado se integrado ou separado. Um contínuo de modelo de cuidado é suportado e identificado à necessidade de mais prevenção e <i>screening</i>. 3. Cuidado geriátrico requer alto grau de cuidado colaborativo multi e interdisciplinar, devido a comorbidade, impacto social e funcional da doença e polifarmácia. 4. Cuidado individualizado no qual o paciente internado, família e cuidador participam no planejamento, e manejo do cuidado é maximizado e suportado por cuidadores. 5. Foco na desinstitucionalização e cuidado informal/ comunitário, com preferência para o cuidado baseado na comunidade e no lar, e 	<p>Limitações da pesquisa: especialmente identificando os mais efetivos componentes dos serviços, as diferenças clínicas importantes nos resultados de saúde entre a intervenção e controle nos estudos primários, problemas metodológicos afetando a validade interna dos estudos primários e secundários, e a falta de literatura no contexto da Nova Zelândia, limitando a generalização dos estudos para</p>

	<p>- agrega o suporte familiar e comunitário informados;</p> <p>- focados, flexíveis e responsivos para a necessidade individual.</p>	<p>vacância ou diferenciação para o cuidado agudo ou estadia hospitalar longa ou residencial.</p> <p>6. Educação abrangente e especialista em cuidado com saúde do idoso é vital, mas falta em todas as disciplinas e serviços.</p> <p>7. Necessidade para o manejo da informação abrangente do paciente e monitorar sistemas e achados melhorados.</p> <p>O modelo de prestação de serviço mais comum consistia em variantes de cuidados HD por equipes multidisciplinares especializada em cuidados geriátricos. Tipo de atendimento foi a avaliação da equipe interdisciplinar e principalmente a reabilitação de curto prazo. Três estudos indicaram também os cuidados médicos contínuos e gestão do complexo de condições crônicas, incluindo a formulação de planos de saúde individuais através de reunião de equipe e recomendações para o cuidado contínuo.</p>	<p>sua população e seus serviços de saúde.</p> <p>- Outros achados similares ao estudo: há material sobre pesquisa prática baseada em evidência e avaliação de serviço, mas com limitações significativas. Muitas das evidências disponíveis não permitem avaliação adequada da efetividade de diferentes componentes dos modelos de serviços descritos na literatura.</p>
--	---	---	--

Quadro 12 - R14CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Camarinha HS; Oggero EF; Souza MGC.</p> <p>Centro-dia e hospital-dia uma resposta de inserção na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG).</p> <p>Rev. Méd. Aeronaut. Bras,</p>	<p>Proposta de trabalho para a aeronáutica brasileira com o objetivo de diminuir as internações de idosos, oferecendo opções de atendimento que preserve a autonomia, mantenha o papel social do idoso e evite o afastamento</p>	<p>Idealização de proposta de um projeto de HDG e Centro Dia para a CGABEG.</p>	<p>CGABEG.</p>	<p>Em contato telefônico a CGABEG informou que o centro dia está funcionando.</p> <p>HDG não foi implantado até o momento.</p>

1994; 44(1/2): 38-9	sociofamiliar de seus aposentados, pensionistas e familiares.			
------------------------	---	--	--	--

Quadro 13 - R23LI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Organização. Idealização e organização de um HDG e Centro dia nas dependências da CGABEG.	<p>Projeto baseado no modelo inglês e francês (Brocklehurst e Tucker, 1980; Daniel Benoist, 1985) adaptado à realidade institucional operante.</p> <p>Objetivos do HDG: - reduzir tempo de permanência hospitalar; - oferecer tratamento hospitalar completo, sem internação; - dar continuidade ao programa de reabilitação física (fisioterapia, terapia educacional, etc) e psicofuncional (musicoterapia, psicologia, serviço social, etc). Transporte próprio do hospital. Equipe multiprofissional. Aproveita os recursos existentes: físicos, materiais e humano. Menciona a relação custo-benefício ao cliente e a instituição quando comparada a hospitalização, sem referir literatura nem dar detalhes.</p>	<p>Visa oferecer atendimento de cunho terapêutico, de reabilitação e manutenção física.</p> <p>Investigação de natureza médica e de enfermagem e suporte paramédico.</p> <p>Tratamento hospitalar completo, em nível ambulatorial, mantendo o cliente dentro do seu quadro de vida diária, pois retorna para casa à tarde.</p>	<p>Bibliografia incluída por ser publicação nacional com intenção de implantar HD em 1994.</p> <p>Apresenta subsídios para organização e gestão do serviço num contexto brasileiro, embora ainda em nível de projeto.</p> <p>Projeto com pouco detalhamento, mas abrangente em seus objetivos, com foco na autonomia e na socialização.</p> <p>Projeto de três modalidades complementares de serviços para o idoso: centro dia, hospital dia e programa semi-internato.</p>

Quadro 14 - R23LI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Hui E. et al. Outcomes of elderly stroke patients: day hospital versus conventional medical management. Stroke 1995; 26(9):1616-1619.	Comparar o resultado de recuperação de idosos com AVC de HDG e de serviço convencional.	RCT. Acompanhamento em 3 meses e 6 meses após o evento.	120 idosos egressos de unidade de agudo para AVC.	O estudo conclui que comparado com o tratamento médico convencional, os cuidados no HDG promoveram recuperação funcional e reduziram as visitas ambulatoriais de pacientes idosos com AVC sem custo adicional. Diferindo de muitos artigos que demonstram alto custo dos HDG comparados com outros serviços alternativos ou similares.

Quadro 15 - R36CI R18CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Efetividade. Efetividade e custos de HDG.	Necessidade de novos modelos de assistência e de programas de intervenção eficazes em relação com seu custo e benefício. Previsão de insuficiência de leitos e aumento de gastos hospitalares, prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, conforme já descrito por outros países. Cálculo de custos do tratamento em cada grupo de estudo foi derivado dos dados de custo diário do leito de agudo, leito de reabilitação, atendimento em HDG e da visita em clínica ambulatorial. - Gastos do grupo de cuidado convencional: Total da permanência hospitalar (Agudo + leito reabilitação) + ou – atendimento clínico ambulatorial + ou – readmissão hospitalar. - Gastos do grupo de HDG: Total da permanência hospitalar (Agudo + leito reabilitação) + ou – atendimento no HDG + ou – atendimento clínico	Dos custos revelados, pode-se inferir estratégias de cuidado para driblar os gastos.	Informação de custos diários em \$ de Hong Kong: - Leito de agudos = 2.105,00 - Leito de reabilitação = 910,00 - HDG por atendimento = 677,00 - Visita em clínica ambulatorial = 313,00

	ambulatorial + ou – readmissão hospitalar. O atendimento dia geriátrico vai ao encontro dos objetivos da prática gerontológica: manter o idoso ativo, autônomo e na comunidade.		
--	--	--	--

Quadro 16 - R36CI R18CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Sherwood S; Morris JN; Ruchlin HS.</p> <p>Alternative paths to long-term care: nursing home, geriatric day hospital, senior center, and domiciliary care options.</p> <p>AM J PUBLIC HEALTH, 1986 Jan; 76(1):38-44.</p>	<p>Examinar resultados de qualidade de vida, comparar os custos do cuidado de usuários idosos vulneráveis que ingressam em três tipos alternativos de cuidados de longa duração.</p>	<p>Estudo descritivo.</p> <p>Técnica de entrevista pré-teste e pós-teste em nove meses.</p> <p>Foram considerados cuidados de longa duração: asilos (NH), hospitais dia geriátricos (GDH) e programas de centro gerontológico (SC).</p> <p>Os resultados selecionados de qualidade de vida foram baseados na análise secundária dos dados retirados de outro estudo e somados para comparar amostras de tipos similares de pessoas que entraram no cuidado domiciliar (DC).</p> <p>O conjunto de pessoas desses programas foi separado em seis amostras similares</p>	<p>Amostras similares de comparação entre grupos de pessoas de Delaware e Pennsylvania.</p>	<p>Sugere que os candidatos se adaptam similarmente aos distintos programas. A análise de custo encontrou que os cuidados nos NH e GDH são as intervenções mais caras. Todos os locais apresentam integração comunitária e sentimento de satisfação. Todos buscam o viver independente.</p>

		<p>de comparação: HDG-SC; NH-SC; NH-GDH; NH-DC; SC-DC; GDH-DC.</p> <p>A análise para institucionalização e custos foi conduzida nos últimos três conjuntos de grupos de comparação.</p>		
--	--	---	--	--

Quadro 17 - R37CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Ações de Cuidado.</p> <p>Qualidade de vida e custos do cuidado em serviços alternativos de longa duração.</p>	<p>- Hospital dia para pessoas que, devido à incapacidade física ou mental, requerem suporte ou supervisão durante o dia.</p> <p>- Oferece aconselhamento, transporte, refeição, atividades recreativas, informação/referencia, serviços de monitoramento.</p> <p>- Supervisionado por enfermeira ou assistente social.</p> <p>- Ênfase na manutenção ou na reabilitação de acordo com o potencial individual.</p>	<p>- Avaliação das necessidades de cada paciente.</p> <p>- Monitorar a medicação e outras terapias.</p>	

Quadro 18 - R37CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Low JTS; Roderick P; Payne S.</p> <p>An exploration looking at the impact of domiciliary and day hospital delivery of stroke rehabilitation on informal carers.</p> <p>CLIN REHABIL, 2004; 18(7):776-84.</p>	<p>Explorar o impacto de dois métodos de reabilitação oferecida ao paciente acometido por AVC sobre os cuidadores informais, conforme sua percepção de cuidado e qualidade de vida.</p>	<p>Estudo exploratório.</p> <p>Método qualitativo.</p> <p>Entrevista semi estruturada usada no início e seis meses após o uso de dois métodos de reabilitação.</p> <p>Análise temática dos dados.</p>	<p>46 cuidadores informais recrutados de uma amostra de 106 participantes de outro estudo RCT.</p> <p>Todos os cuidadores eram idosos parentes.</p>	<p>Percepção dos cuidadores de um bom serviço de terapia: melhoramento físico, habilidades profissionais e eficiente oferecimento de cuidado de saúde.</p> <p>Percepção das vantagens do cuidado domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conveniência e conforto; - educação do cuidador; - equipe domiciliar adapta os cuidados segundo a realidade doméstica. <p>Percepção das vantagens do cuidado no hospital dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - respiro para o cuidador; - oportunidade ao paciente para sair e relacionar-se com outras pessoas; - melhor acesso a uma gama de equipamentos e mais espaço para a terapia. <p>Satisfação do cuidador com o tratamento depende do melhoramento funcional e físico nos pacientes.</p> <p>Impacto dos serviços sobre a qualidade de vida do cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o cuidado resulta na interrupção da sua vida; - habilidade em compartilhar alguns aspectos da sua vida em conjunto com o paciente. - fonte de suporte social para enfrentar o cuidado do paciente.

				Um modelo combinado ajuda o cuidador.
--	--	--	--	---------------------------------------

Quadro 19 - R44CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Ações de Cuidado.</p> <p>Avaliação do cuidado de reabilitação no hospital dia e no domicílio de acordo com o cuidador informal.</p>	<p>Serviço de reabilitação para pacientes após AVC.</p> <p>Função terapêutica do relacionamento social entre os pacientes.</p> <p>Perfil dos cuidadores: - parentes idosos (média de 68.7 anos de idade); - 72% mulheres; - cuidador principal: primeiro as esposas, depois filhas e noras. Variedade de equipamentos disponíveis e espaço para terapia.</p>	<p>Terapeutas com competente habilidade prática: - inteligente - pontual - empatia com as necessidades do paciente - capaz de manter bom relacionamento.</p> <p>Respiro do cuidador informal.</p>	<p>Cuidadores informais são importantes no processo de reabilitação do paciente, portanto os serviços devem envolvê-los, direta ou indiretamente, e avaliar o impacto do serviço sobre eles, incorporando medidas padronizadas de resultados de qualidade de vida.</p>

Quadro 20 - R44CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Dasgupta M; Clarke NCT; Brymer CD.</p> <p>Characteristics of patients who made gains at a geriatric day</p>	<p>Determinar as características dos pacientes que apresentam ganhos (benefícios) no HD.</p>	<p>Estudo retrospectivo de 112 prontuários, período de 16 meses.</p> <p>Os ganhos iniciais foram aqueles</p>	<p>Revisão de prontuário de 112 pacientes que frequentaram o Programa de HDG do Parkwood Hospital e receberam alta para casa.</p>	<p>Não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre as variáveis examinadas e a probabilidade de ganho persistente.</p>

<p>hospital.</p> <p>ARCH GERONTOL GERIATR, 2005 Mar-Apr; 40(2): 173-84.</p>		<p>registrados na alta (funcional, psicossocial, médico).</p> <p>Realizada visita domiciliar para confirmar os ganhos descritos no sumário de alta e se ainda estavam presentes após 6 meses do tratamento.</p>	<p>Desenvolvido no período entre novembro de 1998 e fevereiro de 2000, no Canadá.</p>	<p>Sugere que alguns pacientes podem se beneficiar mais do programa de HD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pessoas com condições cardíacas ou depressão foram mais prováveis para ganho inicial; - pessoas com demência foram menos prováveis.
---	--	---	---	---

Quadro 21 - R66CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Perfil de usuário.</p>	<p>Descrição do Programa HDG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tratamento ambulatorial. - equipe interdisciplinar (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, assistência social, fonoaudiologia, recreação terapêutica, geriatria e médico da família). - frequência: 2 vezes por semana, 3 a 5h ao dia, durante 2 a 3 meses. - os pacientes são referidos de uma variedade de fontes e aceitos após avaliação da equipe. - ambientes disponíveis: ginásio, cozinha e sala de atividades. 	<p>Ganhos desejados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funcional: melhoramentos em mobilidade, equilíbrio, aumento na independência do desempenho das ABVDs e AIVDs. - Psicossocial: melhoramentos no humor, socialização, atividades fora de casa. - Médico: melhoramentos de sintoma, uso apropriado de medicamentos. <p>Avaliação de ganhos realizada por ocasião da alta do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mobilidade; - Berg balance score; - n°. de medicamentos; - Mini Mental State Examination; - Geriatric Depression Scale; - desempenho para ABVDs; - diagnóstico médico; - história de quedas; - presença do cuidador. 	<p>Perfil de usuários com ganhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - média de idade 78,5 anos - 51% sexo feminino - média do n°. de condições médicas 5,61 - 19% independentes para as AVDs - 38% viviam sozinhos - 8% residências assistidas - 4% residentes em asilos - razões mais comuns para referência: problemas com equilíbrio e mobilidade, quedas, incapacidades, depressão, isolamento social, dor, manejo de

			condições médicas específicas, perda de peso, dificuldades de fala e deglutição.
--	--	--	--

Quadro 22 - R66CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Burch S; Borland C.</p> <p>Collaboration, facilities and communities in day care services for older people.</p> <p>HEALTH SOC CARE COMMUNITY, 2001 Jan; 9(1):19-30.</p>	<p>Comparar os resultados da reabilitação em dois locais: um hospital dia e outro em centro dia de serviços sociais acrescentado por visitas de terapeutas.</p> <p>Entrevistar a equipe desses 2 estabelecimentos: social e de saúde, para saber como têm funcionado seus respectivos serviços.</p>	<p>RCT.</p> <p>Principais medidas do resultado foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Barthel; - Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale; - Caregiver Strain Index. <p>Aspectos analisados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primeiro investigou-se se os pacientes estudados foram mais incapazes do que aqueles frequentadores do Centro Dia. <p>Níveis de saúde e bem-estar entre os pacientes estudados foram comparados com aqueles de uma amostra aleatória de 20 pessoas frequentadoras regulares dos centros dia</p>	<p>Os sujeitos foram 105 pacientes idosos.</p> <p>Complexo do Hospital Huntington, no Reino Unido.</p>	<p>Os pacientes do estudo foram significativamente mais incapazes do que os frequentadores regulares do Centro Dia, de acordo com o Índice de Barthel, mas essa diferença não foi significativa após três meses de tratamento.</p> <p>O modelo de centro dia tinha vários problemas, principalmente política de alta, aceitabilidade, instalações e atitudes da equipe e frequentadores regulares.</p> <p>Os aspectos positivos do modelo de centro de dia e reabilitação bem-sucedida incluíram as competências partilhadas, conhecimentos e recursos.</p> <p>Sugere que o</p>

		<p>participando e um setor voluntário de centro dia.</p> <p>- Em segundo lugar, a equipe chave dos diferentes locais foi entrevistada para avaliar o desempenho do modelo de centro de dia na prática.</p>		<p>trabalho de colaboração em centros dia requer instalações multiuso.</p> <p>Se a equipe de saúde mantém uma presença permanente, os benefícios podem incluir melhoramento do trabalho em comum, um acesso mais fácil aos cuidados de saúde e uso de terapia de reabilitação como uma estratégia preventiva.</p> <p>Os locais de cuidados diurnos podem ser analisados como representando diferentes tipos de comunidades permitindo ao usuário idoso maior grau de escolha nas instalações e podendo aumentar a aceitabilidade do cuidado.</p>
--	--	--	--	--

Quadro 23 - R67CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Organização.</p> <p>Trabalho colaborativo em Centro dia requer instalações (programas) de multipropósitos.</p>	<p>A colaboração diz respeito ao sistema de referência e contrarreferência conformado na rede social e de saúde, a comunicação existente entre a equipe de saúde e a rede social.</p> <p>No entanto, é ação dificultada pela diferença de linguagem e de objetivos que possa ocorrer entre esses atores.</p>	<p>O HDG trata como sendo um modelo mais transitório de cuidados.</p> <p>Já o Centro dia é mais indefinido e mais centrado na pessoa, dificultando a abordagem para a alta.</p> <p>Há certa tensão entre a equipe do CD do HDG.</p> <p>Sugere-se um profissional genérico que faça uma ponte entre o social e saúde.</p>	<p>O HD deve ter um modelo flexível e capaz de se adaptar ao contexto no qual está inserido, respeitando o perfil dos usuários, a rede de serviços social e de saúde disponíveis, os recursos tecnológicos disponíveis, os objetivos do serviço, a composição da equipe e outros aspectos.</p>

Quadro 24 - R67CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Siu AL; Morishita L; Blaustein J.</p> <p>Comprehensive geriatric assessment in a day hospital.</p> <p>J AM GERIATR SOC, 1994 Oct; 42(10):1094-9.</p>	<p>Efetividade de um HDG por meio do uso de avaliação geriátrica abrangente.</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo.</p>	<p>199 pacientes de HDG e 269 de 2 centros convencionais geriátricos. Los Angeles County.</p>	<p>Devido à efetividade incerta e ao elevado custo, sugerem que se façam mais estudos antes de implantar um HDG.</p>

Quadro 25 - R69CI R4CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Efetividade.</p> <p>Efetividade de um HDG por meio da avaliação geriátrica abrangente.</p>	<p>O HDG é uma instalação ambulatorial onde os pacientes idosos frágeis podem receber serviços médicos agudo ou subagudo, de enfermagem, social e ou de reabilitação durante o dia ou parte dele.</p> <p>Requer investimentos em instalações e pessoal.</p> <p>Área física: um quarto dia, 10 salas de paciente, um posto de enfermagem, uma área de reabilitação e escritórios de pessoal.</p> <p>Média de atendimento: 18,3 pacientes por dia.</p> <p>Recursos humanos: equipe interdisciplinar que inclui equipe de enfermagem, geriatras, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.</p>	<p>Avaliação geriátrica multiprofissional: no mínimo, por enfermeira, geriatra e assistente social.</p> <p>Acompanhamento cuidadoso na realização ambulatorial de testes de diagnósticos que podem ser debilitantes em idoso frágil.</p> <p>Idosos com doenças agudas que não requerem internação hospitalar durante a noite podem receber cuidados de enfermagem durante o dia, como, por exemplo, fluidoterapia endovenosa.</p> <p>Paciente que necessita de intervenção física e terapia ocupacional frequentes pode receber serviços de reabilitação intensiva coordenados.</p> <p>Pacientes vão ao HD durante o dia, voltam para casa à noite e retornam para continuar o tratamento quando necessário.</p> <p>Frequência: diferentemente dos programas dia com maior componente social, a maioria dos pacientes atendidos no HD utilizaram apenas uma ou duas visitas, e apenas 24% utilizaram quatro ou mais vezes em um ano.</p> <p>Referência e contrarreferência: - encaminhados para uma variedade de serviços sociais na comunidade; - consultas com psicogeriatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, serviço social e outras especialidades médico-cirúrgicas.</p>	<p>Definição de HDG na visão de USA. Serve para pensar a Organização de HDG.</p> <p>Afirma que há escassez de informações sobre HDG nos USA.</p> <p>Descreve um serviço de HDG em Los Angeles.</p> <p>Apresenta resultados conflitantes de estudos desenvolvidos para mostrar efetividade do HD. E que, em geral, são limitados pelo desenho de pesquisa não controlada.</p>

	Psiquiatras e outros médicos especialistas em cirurgia estavam disponíveis para consulta.		
--	---	--	--

Quadro 26 - R69CI R4CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Tousignant M. et al. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. AGE AGEING, 2003 Jan; 32(1): 53-9.	Investigar os benefícios relacionados com o excesso de custos em um programa de HDG, usando a análise de custo benefício baseada nas mudanças de autonomia funcional.	Pesquisa quaseexperimental e coorte histórica. Aplicou antes e depois o Functional Autonomy Measurement System. Relatório financeiro e recursos consumidos por cada sujeito no HDG.	151 pacientes de um HDG de Quebec, Canadá. Período de 01 de abril de 1998 a 31 de março de 1999.	A despeito da popularidade dos programas de HDG na última década, o conhecimento acerca da sua efetividade é pequeno. É possível quantificar em dólares o benefício do HDG baseado em mudanças na autonomia funcional. Os cálculos mostram que os benefícios excederam aos custos. A cada dólar investido no programa de HD corresponde o benefício de 2.14 dólares. Mas, o autor alerta para as limitações de outros aspectos de melhora não contabilizáveis: o funcionamento cognitivo, socialização e bem-estar não são estimados em termos de valores monetários.

Quadro 27 - R90CI R15CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Efetividade. Avaliação econômica do HDG.	Capacidade de 25 pacientes por dia. Equipe multidisciplinar: médico, enfermeira, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudióloga, neuropsicólogo, gerontopsiquiatra, nutricionista e assistente social.	Abordagem holística para tentar maximizar o potencial do idoso com declínio da capacidade funcional.	Apresenta lista de custos gerais do programa de HDG, que é útil para pensar a organização do serviço. Os custos podem ajudar a pensar estratégias de cuidado que sejam razoáveis no planejamento de HDG. Os benefícios humanitários não são contabilizáveis monetariamente.

Quadro 28 - R90CI - R15CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Zank S; Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. J GERONTOL B PSYCHOL SCI SOC SCI, 2002 Jul; 57B(4):348-57.	Avaliar os efeitos do cuidado diário sobre o paciente e sobre o cuidador.	Pesquisa quaseexperimental longitudinal. Medida antes e depois. Avaliação de bem-estar, sintomas de demência, indicadores de saúde e AVD foram aplicadas. Instrumentos usados: - Life Satisfaction Questionnaire - Perceived social support - Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) - Self-esteem - Mini Mental State Examination (MMSE)	Comparação de duas amostras: 43 pacientes em cuidados diários e 40 sem esses cuidados. Medidas antes-depois até 9 meses após. Período de 1994 e 1998 na Alemanha.	Média de idade dos participantes do estudo: 79 anos. A maioria apresenta entre 4 e 5 doenças (polipatologia). Efeito mais significativo em bem-estar do grupo com cuidados diários. Idosos do grupo de cuidados diários melhoraram ou estabilizaram em vários parâmetros enquanto os do grupo controle pioraram. Quanto aos cuidadores os resultados não mostraram diferença entre os grupos. Contudo, na entrevista semiestruturada os cuidadores dos idosos em cuidado diário manifestaram respostas

		- Check list adaptado de Zarit and Zarit, 1983/1990.		positivas de bem-estar, o que atribuíram ao suporte recebido.
--	--	--	--	---

Quadro 29 - R103CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa. Efeitos do cuidado do HDG no paciente e nos cuidadores.	A política pública na Alemanha inclui seguro cuidado para idosos. Fala dos custos desse serviço, a cobertura do governo e quanto custa para o usuário. É outro aspecto da organização a ser considerado.	Do perfil dos idosos usuários é possível inferir estratégias de cuidado, considerando os serviços alternativos e complementares previstos na política pública.	Apresentam o Sistema de Seguro de Cuidados na Alemanha, sua política pública.

Quadro 30 - R103CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Peter A. Evaluation of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation (including the Functional Independence Measure) by Glenrothes Geriatric Day Hospital team. BR J OCCUP THER, 1994; 57(3):91-4.	Avaliar a necessidade de um sistema de coleta de dados do paciente, identificada pela equipe de um HDG.	Pesquisa metodológica de aplicação do Uniform Data System for Medical Rehabilitation (incluindo o FIM--medida de independência funcional).	50 pacientes do HDG de Glenrothes (Escócia) tiveram os instrumentos aplicados pela equipe por 4 semanas.	Houve aceitação da equipe quanto ao instrumento de uso interdisciplinar, com linguagem comum a toda equipe e também para entendimentos de outros profissionais, por ocasião do encaminhamento ou referência do paciente para outros setores.

Quadro 31 - R104CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa. Instrumento de avaliação a aplicar em pacientes de HDG de forma corrente, por uma equipe interdisciplinar, com linguagem comum a todos os profissionais.	Equipe multiprofissional: - terapeuta ocupacional - fisioterapeuta - enfermeira - médico Sugere coleta sistemática de dados do usuário por meio de instrumento padronizado, por equipe multiprofissional treinada e familiarizada com as definições operacionais do sistema.	Instrumento de avaliação do paciente de HDG de abordagem interdisciplinar aplicado em conjunto pelos profissionais da equipe de saúde teve aceitação da equipe. Conclui que isso facilita o cuidado do paciente, inclusive na hora de fazer referência do paciente a outro setor para a continuidade do cuidado.	

Quadro 32 - R104CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Short R. FALLS. NURS OLDER PEOPLE, 2006; 18(10):16-8.	Quedas: planos, progresso e treinamento na prevenção.	Pictorial.	-	-

Quadro 33 - R109CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Ações de Cuidado.</p> <p>Queda accidental em idosos: prevenção e controle.</p>	<p>Sugere um serviço integrado de quedas estabelecido em todos os sistemas de saúde e assistência social, atendendo a um programa nacional.</p> <p>Principais recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A auditoria clínica deve ser realizada para verificar se as estruturas existentes estão fornecendo o serviço requerido por pessoas mais velhas vítimas de quedas. - Avaliação e tratamento de pacientes nos serviços devem ser adaptados e adequados aos idosos. - O serviço especializado em quedas deve ser reforçado com unidade hospitalar de fratura. - Quedas e saúde óssea devem ser incluídas no quadro geral como resultado da prática de qualidade. 	<p>Orientações clínicas sobre quedas (NICE; RCN, 2004).</p> <p>A diretriz NICE consagrou as principais prioridades para a execução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso/identificação de riscos - avaliação multifatorial de risco de queda - intervenções multifatoriais. - incentivar a participação dos idosos em programas de prevenção de quedas, incluindo educação e informação. - educação profissional. Após o tratamento de uma lesão de queda, as pessoas idosas devem passar por avaliação multidisciplinar para identificar e tratar os riscos futuros e de intervenção individualizada que visa a promover a independência e melhorar a função física e psicológica. <p>Avaliação Multifatorial de risco de quedas. NICE (2004):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de história de quedas. - Avaliação da marcha, equilíbrio/mobilidade e fraqueza muscular. - Avaliação do risco de osteoporose. - Avaliação capacidade funcional percebida do idoso e do medo de queda. - Avaliação da deficiência visual. - Avaliação de déficit cognitivo e exame neurológico. - Avaliação da incontinência urinária. - Avaliação de riscos no domicílio. - Exames cardiovasculares e revisão de medicação. 	<p>Precisa de referência e contrarreferência para retaguarda de serviço especializado em ortopedia.</p> <p>Avaliação de risco é considerada um cuidado preventivo.</p> <p>Cuidado enquanto educação em saúde, com participação ativa do idoso e da família.</p>

Quadro 34 - R109CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
<p>Powell J. et al.</p> <p>Goal negotiation with older people in three day care settings.</p> <p>HEALTH SOC CARE COMMUNITY, 2000; 8 (6):380-9.</p>	<p>Determinar se o processo e o resultado da negociação de metas com o idoso é a medida mais apropriada em três cenários de cuidado diurno.</p>	<p>Estudo exploratório.</p> <p>Usou dados qualitativos de entrevistas com usuários de três locais de cuidado diurno e grupos focais com os usuários e os provedores dos serviços.</p>	<p>A pesquisa é parte de um projeto fundado pelo NHS Executive South and West Research and Development Directorate, para investigar métodos de efetividade nos três modelos de cuidados diurnos.</p> <p>População de 139 idosos, dos quais 39 eram usuários do centro dia; 50 do hospital e 50 do serviço de reabilitação.</p>	<p>A promoção da participação das pessoas idosas na tomada de decisão nos três cenários de cuidados diurnos enfatiza a manutenção e maximização da autonomia e do viver independente.</p>

Quadro 35 - R125CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Participação do usuário.</p> <p>Visão dos profissionais quanto à inclusão do paciente na negociação do plano terapêutico.</p>	<p>Como a equipe multiprofissional se organiza e planeja o cuidado juntamente com o idoso.</p> <p>Participação e negociação de metas individuais do usuário na tomada de decisão.</p> <p>Função clara dos serviços para a interação social e a manutenção da funcionalidade.</p>	<p>Cuidado integral humanizado.</p>	<p>Sobreposição das funções social e de saúde em nome do bem-estar do usuário.</p> <p>Abordagem holística e humanitária.</p>

Quadro 36 - R125CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
<p>White P; Rimmer T; Hayes J.</p> <p>Have a nice day.</p> <p>NURS OLDER PEOPLE 2002; 14(7):10-3.</p>	<p>Relatar exercício de avaliação planejado para saber a percepção dos idosos sobre o propósito e o valor do cuidado no hospital dia.</p>	<p>Pictorial feito por integrantes do Community Hospital and Maesteg Day Hospital.</p>	<p>21 usuários do hospital dia selecionados em diferentes dias de atendimento, entre 65 e 80 anos e mais de idade, e com várias habilidades e necessidades de cuidados.</p> <p>Entrevistas semiestruturadas com os pacientes nos locais mais convenientes e confortáveis para eles, inclusive a própria casa ou o centro dia.</p> <p>Foram analisadas 19 entrevistas, das quais 12 do sexo feminino. Os resultados foram descritos a partir dos temas emergidos.</p>	<p>A despeito do reduzido número de entrevistados envolvidos na avaliação, a equipe entende que é imperativo que a voz dos recebedores do cuidado seja ouvida e os achados servem para manter um alto padrão de cuidado, com tratamento efetivo e eficiente nesta arena dinâmica e desafiadora do cuidado em saúde.</p> <p>Os temas que emergiram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - propósito do hospital dia; - atividades; - benefícios percebidos; - satisfação; - melhoramento do serviço - reclamações; - atitudes da equipe. <p>As conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - os pacientes veem o hospital dia como serviço predominantemente social; - o propósito é manter o idoso em casa tanto quanto possível; - os cuidadores confirmam o momento de pausa/ respiro; - os benefícios e satisfação com o serviço são positivos, e é dada abertura para que os usuários se encorajem a fazer queixas; - a atitude da equipe é essencial para resultar

				em respostas de satisfação ou não.
--	--	--	--	------------------------------------

Quadro 37 - R128CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Participação do usuário.	Social e saúde juntos. Objetivos do hospital dia: - cuidado físico; - terapia e ajuda para melhorar; - cuidado social: prevenção de aborrecimento, reunião de pessoas, socialização. - suporte aos cuidadores.	Tem o propósito social e suportivo mais que o terapêutico, embora a atividade social possa ser vista como em si mesma terapêutica.	Juntar o cuidado social e de saúde para reforçar a ideia do humanístico e do holístico. O serviço de saúde é dinâmico, complexo, e oferecer o cuidado não é uma tarefa fácil. “Receber cuidado é uma experiência profundamente pessoal, e a percepção da qualidade do cuidado oferecido é altamente individual”.

Quadro 38 - R128CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Hershkovitz A. et al. Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patients? CLIN REHABIL, 2004; 18(3):261-6.	Avaliar se o programa de reabilitação no HD está associado com a redução do nível de dificuldades dos pacientes com AVC. Estimar a relação entre a London Handicap Scale e outras medidas de resultados. Examinar o	Levantamento longitudinal prospectivo. Instrumentos usados: - London Handicap Scale (LHS) - Medida de Independência Funcional (FIM) - Nottingham Extended ADL Index - Timed and get up go test.	114 idosos com seqüela de AVC admitidos num HDG de reabilitação urbano em Israel, entre 1999 e 2001.	Verificou que o programa de reabilitação está associado à redução dos níveis de dificuldade; a escala é útil e simples para medir mudanças nesses pacientes após AVC. Há significante relação entre nível de educação e nível de dificuldade do paciente.

	efeito dos parâmetros demográficos nos escores da escala (idade, gênero, status familiar e educação).			
--	---	--	--	--

Quadro 39 - R149CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa. Avaliação da redução da incapacidade de paciente com AVC em HDG de Reabilitação.	Aplicação de instrumento de avaliação na admissão e na alta do paciente. Equipe multidisciplinar: - fisioterapeuta - terapeuta ocupacional LHS: a aplicação em HDG é simples, sensível e útil para pacientes com seqüela de AVC. Capta mudanças em tempo mais prolongado de reabilitação.	Ações de reabilitação para o desempenho das AVD, mobilidade, capacidade funcional, independência física, ocupação, integração social, orientação, autossuficiência.	Os pacientes no HD melhoram no desempenho das AVD instrumentais, na mobilidade e na incapacidade percebida, mais do que no desempenho de AVDs básicas.

Quadro 40 - R149CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Harwood RH; Ebrahim S. Measuring the outcomes of day hospital attendance: a comparison of the Barthel Index and London Handicap Scale. CLIN REHABIL, 2000 Oct; 14(5): 527-31.	Medida de resultado de atendimento de HD: uma comparação do uso de Barthel Index e London Handicap Scale (LHS). Avaliar a habilidade de duas escalas para medir os efeitos do atendimento no HDG.	Medida antes e depois do tratamento. Instrumentos usados: - Barthel Index - London Handicap Scale (LHS)	103 novos pacientes de HDG urbano, em Londres. Amostra final de 54 participantes. Durante 3 meses, avaliando antes e depois do atendimento.	Em geral sem mudança durante o atendimento no HD, mas com discreta melhora na aplicação da LHS naqueles pacientes com atendimento mais prolongado.

Quadro 41 - R161CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa. Instrumentos de avaliação indireta da efetividade do HDG e Centro Dia.	Resultados com pequeno sinal de que o LHS é mais sensível que o outro, quando aplicado a pacientes em tratamento prolongado.	Instrumentos largamente usados não estão mostrando adequação para verificar diferenças de efetividade em ambos os serviços. Há que se investir em novos meios, talvez construir/criar outras modalidades de avaliação.	Apesar dos HDGs representarem um importante serviço para idosos, há poucas evidências em termos de produção dos melhores resultados para o idoso, comparado com as alternativas existentes. Uma possível explicação para isso é que as escalas de medidas de resultados usadas nas avaliações dos estudos tenham sido pouco sensíveis às mudanças ou inadequadas aos objetivos do atendimento. Por isso o autor propôs esse estudo, entretanto diz que não dá para interpretar seus resultados

			para demonstrar a efetividade do HD.
--	--	--	--------------------------------------

Quadro 42 - R161CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Forster A; Young J; Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. COCHRANE DATABASE SYST REV, 1999(3).	Revisão sistemática sobre o cuidado no HDG para verificar a sua efetividade no prolongamento da independência para as AVDs do idoso, comparando com outros serviços: cuidado abrangente, domiciliário e não abrangente.	Revisão sistemática.	12 estudos clínicos randomizados (disponível jan./97) comparando cuidado no HD com cuidado abrangente (5 casos), cuidado domiciliário (4 casos), ou cuidado não abrangente (3 casos). Critério de inclusão: HD foi definido como um facilitador para pacientes ambulatoriais onde os pacientes idosos atendidos por dia recebem reabilitação multidisciplinar no local de cuidado de saúde. Grupos avaliando centro dia social, outros tipos de HD como aqueles para pacientes com demência ou condições psiquiátricas e simples condição de HD foram excluídos. Principais resultados medidos: morte, institucionalização,	A reabilitação multidisciplinar ambulatorial foi avaliada em todos os locais de HD. Grupos de comparação de cuidado abrangente ao idoso (serviços médicos geriátricos para internado, ambulatorial e domiciliar); cuidado domiciliar (na casa do paciente ou centro dia); e cuidado não abrangente ao idoso (pacientes que foram elegíveis para, mas não referidos, serviços existentes). Em geral não houve diferença significativa entre HD e serviços alternativos para morte, incapacidade, ou uso de recursos. No entanto, comparado com sujeitos recebendo cuidado não abrangente, os pacientes atendidos no HD tinham taxas mais baixas de morte ou resultados pobres e deterioração funcional. O grupo do HD mostrou tendência de

		<p>incapacidade, “global poor outcome” e uso de recursos.</p>	<p>redução do uso de leito hospitalar e cuidado institucionalizado. 8 estudos relataram custos do tratamento, 6 dos quais relataram que o atendimento no HD foi mais caro que outros cuidados, embora apenas 2 análises incluíssem a descrição dos custos do cuidado a longo termo.</p> <p>Conclusões: HD parece ser um serviço efetivo para pessoas idosas que necessitam reabilitação, mas pode não ter vantagens claras sobre outros cuidados abrangentes.</p> <p>Problemas metodológicos limitaram tais conclusões.</p> <p>HDG tem várias funções, mas a reabilitação tem sido considerada o mais importante propósito central.</p> <p>Quando os serviços de HD foram comparados com cuidado abrangente ao idoso (serviços de hospitalização integrada, ambulatorial e domiciliar), os resultados foram bastante semelhantes. Uma interpretação é que os HD são comparáveis com um serviço alternativo para os quais há</p>
--	--	---	---

				<p>evidências consideráveis de efetividade. No entanto, a questão é se os HDs proporcionam benefícios adicionais quando outros serviços abrangentes de cuidados aos idosos já estão no lugar. Esta RS não aborda diretamente a questão. Outros resultados importantes poderiam incluir a preferência do paciente e atividades instrumentais da vida diária, porém tais resultados não estavam amplamente disponíveis. Também foi difícil determinar uma síntese estatística para incapacidade, porque diferentes instrumentos de medição foram utilizados e analisados de diferentes formas, o que pode explicar por que seis estudos não relataram diferença significativa no resultado incapacidade entre HD e serviços comparados. Futuros ensaios clínicos deverão incluir medidas de atividades instrumentais da vida diária como um resultado mais relevante e sensível. Nossa análise sugere que o HD pode reduzir o uso do hospital e de cuidados institucionais. No entanto, estudos de custeio devem equilibrar as</p>
--	--	--	--	--

				<p>economias possíveis com os custos diretos do cuidado no HD. Vários estudos têm chamado a atenção para as despesas do serviço de HD. Para seis dos oito estudos relatando informações de custos, o cuidado no HD foi mais caro que o tratamento alternativo.</p> <p>Dada a diversidade dos pacientes atendidos no HD e a correspondente diversidade de intervenções utilizadas, futuros estudos devem ser grandes estudos multicêntricos ou deveria analisar questões mais focadas.</p>
--	--	--	--	---

Quadro 43 - R163CI R1CO – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Efetividade.	Serviço efetivo para pessoas idosas que necessitam reabilitação.	Cuidado abrangente. A reabilitação considerada importante propósito do HDG.	Os benefícios dos cuidados no HDG têm sido controversos por muitos anos. Não encontrou vantagens do HD quando comparado com outros serviços alternativos. HD tem possível vantagem sobre o cuidado abrangente em termos de morte ou resultado pobre, incapacidade e uso de recursos. Custos dos cuidados de HD podem ser

			<p>parcialmente compensados por uma redução da utilização de leitos hospitalares e os cuidados institucionais entre os sobreviventes.</p> <p>Bom para discutir a orientação biomédica. Mas como ficam aqueles que necessitam de cuidado paliativo, melhora de qualidade de vida, conforto...</p>
--	--	--	--

Quadro 44 - R163CI R1CO – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Trend P. et al.</p> <p>Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their careers.</p> <p>CLIN REHABIL, 2002 Nov; 16(7): 717-25.</p>	<p>Avaliar a efetividade em curto prazo de um programa intensivo de reabilitação multidisciplinar (6 semanas) para pessoas com Parkinson e seus cuidadores.</p>	<p>Estudo observacional antes e depois da intervenção.</p> <p>Instrumentos usados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HAD-Hospital/ansiedade /depressão. - Euroqol – QV. - Barthel- AVD. - N°. de Passos (gait) - Medida da Voz. <p>Intervenção multiprofissional e grupos de pacientes e cuidadores. Atendimento profissional personalizado.</p>	<p>118 portadores de Parkinson e seus respectivos cuidadores.</p> <p>Hospital dia do Reino Unido.</p>	<p>Programa proposto resultou em benefícios imediatos e melhorou mobilidade, fala, depressão e qualidade de vida.</p> <p>Também declaram ganhos nos conhecimentos e alta satisfação.</p> <p>Os cuidadores não demonstraram melhora no bem-estar e 10% disseram não poder mais continuar cuidando do idoso, embora estivessem satisfeitos com o programa.</p>

Quadro 45 - R230CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Efetividade.</p> <p>Efetividade da reabilitação multidisciplinar intensiva no portador de doença de Parkinson.</p>	<p>Equipe multiprofissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapeuta - Terapeuta ocupacional, - Fonoaudióloga, - Enfermeira especialista em Doença de Parkinson. <p>Frequência de 1 dia por semana, em 6 semanas consecutivas.</p>	<p>Abordagem não farmacológica com idosos portadores de Doença de Parkinson.</p> <p>Inicialmente avaliação individualizada</p> <p>A intervenção multiprofissional de grupos de pacientes e cuidadores para discussão acerca da doença, tratamento, cuidados gerais e com os pés, 1 vez por semana. Somado ao atendimento profissional personalizado, uma vez na semana.</p> <p>A intervenção usada vale para ser aplicada em quaisquer condições crônicas de saúde de idoso em âmbito de HDG.</p>	<p>A intervenção testada pode inspirar diferentes estratégias de organização na conformação de um HDG.</p> <p>Competências da equipe multiprofissional de HDG para atender e orientar/educar pacientes e cuidadores no ambiente desse serviço.</p>

Quadro 46 - R230CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
<p>Pitkala K.</p> <p>The effectiveness of day hospital care on home care patients.</p> <p>J AM GERIATR SOC, 1998 Sep; 46(9):1086-90</p>	<p>Determinar o impacto do cuidado no HDG sobre o uso de outros serviços de saúde, funcionamento físico e qualidade de vida.</p>	<p>RCT.</p> <p>Avaliação inicial e em 2, 5 e 12 meses.</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Katz ADL Index – funcionamento físico; - questionário estruturado para examinar os sintomas; - escala de opinião usada na Finlândia para avaliar a autopercepção do estado de saúde; - registro de dias gastos em diferentes hospitais, número de visitas ambulatoriais e de consultas especializadas, visita ao clínico geral. 	<p>177 pacientes crônicos receberam cuidados domiciliares em duas comunidades rurais da Finlândia.</p> <p>Randomizados em dois grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grupo em HDG recém-aberto, com 2 meses de reabilitação e cuidados; - grupo controle recebeu igual tratamento. 	<p>Idosos de HDG apresentaram melhora da qualidade de vida, porém não melhorou o funcionamento físico, não reduziu o uso de outros serviços de saúde.</p>

Quadro 47 - R239CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Efetividade.</p> <p>Efetividade de HDG sobre cuidado domiciliar.</p>	<p>Transporte através de táxi contratado para as pessoas com incapacidades.</p> <p>Frequência do atendimento: 2 a 3 dias na semana, das 8h30min. às 16h30min.</p> <p>Duração de 2 meses ou média de 20 dias de tratamento.</p>	<p>Avaliação e cuidados médicos e de enfermagem.</p> <p>Assistência diária e consulta médica uma vez na semana.</p> <p>Terapia ocupacional e fisioterapia intensiva, conforme as necessidades individuais.</p> <p>Disponíveis: fonoaudiólogo, odontólogo e assistente social.</p>	<p>Houve custos adicionais altos devido ao transporte de pacientes de zona rural.</p> <p>Estratégias criativas devem ser pensadas para pacientes rurais.</p>

Quadro 48 - R239 – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Nolan MR. The future role of day hospitals for the elderly: the case for a nursing initiative. J ADV NURS, 1987 Nov; 12(6):683-90.	Determinar o tipo e a quantidade de atividades terapêuticas oferecidas em dois hospitais dia contrastantes e levantar a percepção dos usuários quanto ao benefício do atendimento.	Estudo exploratório descritivo. Estratégia de triangulação de métodos: - observação direta e participante (medida da quantidade de atividade terapêutica em tempo real e tempo da amostra); - entrevistas estruturadas e semiestruturadas (percepção da equipe e dos usuários); - diário de campo.	Dois hospitais dia foram intencionalmente selecionados: - unidade com 30 lugares por dia, em área conjunta (urbana e rural) em Seaview. - unidade com 10 lugares por dia, em área rural em Mountain Vista. Amostra total de 5383 observações feitas em 18 pacientes selecionados aleatoriamente.	Os níveis de atividades nos hospitais dia são muito mais altos que indicados em pesquisas prévias, mas a ênfase na alta é contrária às necessidades expressas pela maioria dos usuários. O serviço mais valorizado pelos indivíduos foi o banho.

Quadro 49 - R241CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Ações de Cuidado. Observação e percepção do cuidado oferecido e recebido.	Usuários são as pessoas atendidas em conjunto com seus cuidadores principais.	A mais freqüente atividade observada nas unidades foram terapias diversas (trabalho manual individual e outras terapias grupais com elementos cognitivos, como perguntas e respostas, discussões e demonstrações). Atividades de enfermagem similares em ambas as unidades: - papel central de avaliar e medir as mudanças nas condições dos pacientes ou na rede de suporte; - intervenções de enfermagem de rotina: banho, reunião para detectar e avaliar as necessidades pessoais dos pacientes, curativo, mudança de cateter, monitoramento das respostas ao tratamento e outros. Fisioterapia como tratamento paliativo ou de acordo com o programa individual de cuidado. Equipe multiprofissional: médico, enfermeira, podólogo, assistente social e fonoaudiólogo.	Revisão de literatura. Atividades desenvolvidas, terapêutica e a percepção dos idosos. Modelo médico tradicional com ênfase no tratamento, reabilitação e alta. Importância da inclusão de outras atividades, além da

			terapêutica médica.
--	--	--	---------------------

Quadro 50 - R241CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Burch S. et al. The Huntingdon Day Hospital Trial: secondary outcome measures. CLIN REHABIL, 2000 Aug; 14(4):447-53.	Comparar o HD com o CD de reabilitação usando escalas para medir mobilidade, AVD e qualidade de vida.	RCT Seguimento em 6 semanas e 3 meses. Resultados limitados porque houve mudança na amostra; desistências e trocas de grupo entre os sujeitos inicialmente alocados nos devidos grupos. Escalas: - Barthel Index; - Philadelphia Geriatric Morale Scale; - Caregiver Strain Index.	Total de 105 pacientes: - 50 de HDG - 55 de CD	Não houve diferença significativa dos resultados de ambos grupos. Contudo, no HD com reabilitação, os dados mostraram uma aparente melhora na habilidade funcional. Na qualidade de vida não se observou melhora.

Quadro 51 - R243CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Instrumento de avaliação da pessoa idosa. Comparação do estado de funcionalidade e outras medidas subjetivas dos pacientes atendidos em duas modalidades de atendimento.	Diferenciação de características de organização entre HD e CD. Importância de seleção apropriada dos instrumentos para pesquisa e auditoria dos serviços.	Sensibilidade dos instrumentos usados para medir mudanças mais pontuais de mobilidade, por ex. na recuperação dos pacientes com AVC, mas inadequados para acompanhar o progresso de pacientes crônicos com Parkinson ou com osteoartrite, como, por exemplo, para medir dimensões complexas como o bem-estar, isolamento social e qualidade de vida no sentido mais amplo.	Boa diferenciação das definições de cuidado diário e centro dia.

Quadro 52 - R243CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
<p>Curless R.</p> <p>The role of day hospitals in rehabilitation.</p> <p>REV CLIN GERONTOL, 2000 Nov; 10(4):389-95</p>	<p>Revisar a literatura sobre HDG.</p>	<p>Revisão de literatura.</p>	<p>Cita um Survey da RCF (Colégio real de médicos, de UK?) de 1991/1, onde o hospital dia provê:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliação funcional em 96%; - avaliação médica em 90%; - reabilitação em 98%; - manutenção funcional em 87%, - intervenções médica e de enfermagem em 76%; - oferece cuidado social/respiro em 59%. 	<p>Histórico do HD</p> <p>Descrição de três documentos nacionais.</p>

Quadro 53 - R250CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Organização.</p> <p>O papel do HD na reabilitação.</p>	<p>Padrões de referencia e fontes variadas pela falta de compreensão do propósito de atendimento.</p> <p>Atendimento individualizado por 4 a 6 horas/dia durante 7 a 12 semanas.</p> <p>Tempo de contato com a equipe parece limitado.</p> <p>Predomínio do atendimento as condições crônicas de saúde para a manutenção funcional e cuidado/respiro social.</p> <p>AVC é a principal condição de saúde manejada (entre outras: artrite, fraturas, Parkinson, demência, úlcera de perna).</p> <p>Guidelines:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para avaliar estrutura (instalações, <i>staff</i> e política, atividades, comunicação e qualidade), o processo e os resultados do 	<p>Objetivos do HDG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação funcional - Reabilitação - Manutenção física - Respiro e cuidado social - Procedimentos médico e de enfermagem. <p>O futuro do HD: cuidado de saúde e social.</p>	<p>Perspectivas históricas do HDG e definições.</p>

	<p>cuidado (novas admissões, atendimentos atuais, altas, satisfação do paciente).</p> <p>Efetividade: - Cita Foster, 1999: em geral, o cuidado no HD parece superior ao cuidado não abrangente, mas seus benefícios não são claros quando comparados com outros tipos de cuidado abrangente.</p>		
--	--	--	--

Quadro 54 - R250CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
<p>Jackson MF.</p> <p>Use of community support services by elderly patients discharged from general medical and geriatric medical wards.</p> <p>J ADV NURS, 1990 Feb; 15(2):167-75.</p>	<p>Examinar o uso de serviços de suporte comunitário pelos idosos de alta de alas geriátricas e clínica geral.</p>	<p>Estudo descritivo.</p>	<p>Amostra por conveniência de 40 pacientes com 70 anos e mais de idade, de alta de um hospital escola de cuidado agudo britânico, entrevistados no intervalo de 6 semanas, durante 3 meses, sobre suas necessidades e o uso de serviços de suporte comunitário.</p>	<p>O tipo de ala do qual o paciente saiu de alta não influenciou no uso dos serviços de enfermagem, domésticas, médico ou vigilante comunitário, cuidado dia hospitalar, marmita refeição.</p> <p>Usuários mais frequentes de todos os serviços disponíveis foram os pacientes mais frágeis, que morreram ou foram readmitidos no hospital dentro de 6 semanas de alta.</p> <p>Todos os familiares relataram necessidades de mais informações sobre a doença e prescrição médica dos seus idosos.</p>

Quadro 55 - R260CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
<p>Perfil de usuário.</p>	<p>Perfil dos idosos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Média de idade: 79,3 anos na ala geriátrica; 80,1 anos ala geral. - Tempo de permanência: 3,3 semanas na ala geriátrica e 1,8 semana na ala geral. - Nº. de diagnósticos médicos: 2,3 na ala geriátrica e 2,5 na ala geral. - Diagnósticos médicos mais comuns em ambos: doenças cardíacas, musculoesqueléticas e vasculares; diabetes e confusão mental. - Média de diagnósticos de enfermagem: 4,4 na ala geriátrica e 4,5 na ala geral. - Diagnósticos de enfermagem mais comuns em ambos: dispneia, mobilidade limitada, ritmo intestinal irregular, depressão e dieta pobre. <p>Comportamento dos pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de alguma assistência no banho. - Maioria incontinente. - Maioria capaz de se mover, mesmo com suporte de bengala/andador. <p>Local de residência dos pacientes no momento de alta da ala geriátrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 45% viviam sozinhos. - 48% viviam com cônjuge ou irmãos. - 7% em cuidado residencial. - 13 semanas após a alta: 14% morreram e 14% foram reinternados. <p>Local de residência dos pacientes no momento de alta da ala geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 46% viviam sozinhos. - 36% viviam com cônjuge idoso ou irmãos. - 1% para cuidado residencial. 	<p>Suporte de serviços comunitários e de saúde acionados após a alta do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira local para visita domiciliar com frequência conforme a necessidade do paciente. Propósito de avaliação, administração de medicamentos e troca de curativos. - Doméstica para a limpeza da casa, o preparo de alimentos e compras. - Entrega de refeição em domicílio. - Centros dia do hospital: para os pacientes que receberam alta do hospital dia. Propósito de acompanhamento e avaliação da equipe de saúde, socialização e banho. Dispõe de transporte. - Serviço de visita comunitária: os visitantes verificam regularmente aqueles pacientes que vivem sozinhos. - Fisioterapia - Visita médica - Familiares e outros: contato familiar, refeição diária, compras, limpeza e higiene pessoal. Grupo de suporte para as famílias e cuidadores. <p>Abuso: nem sempre é identificável fisicamente. Potencial de abuso deve ser parte do critério de avaliação da enfermeira para o plano de alta.</p> <p>Medicação: enfermeira ou</p>	<p>Revisão de literatura.</p> <p>Serviços comunitários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a institucionalização ou hospitalização. - Melhorar custo e eficiência. - Melhorar os níveis de funcionamento do paciente. - Diminuir a demanda sobre os familiares cuidadores. <p>O nível de dependência do idoso é maior na alta do que na admissão.</p>

	- 13 semanas após a alta: 18% foram reinternados.	médico avaliam como o paciente idoso usa os medicamentos prescritos: aderência e necessidade de aprendizagem do idoso e cuidador quanto à indicação, efeitos colaterais, local de armazenamento e outras.	
--	---	---	--

Quadro 56 - R260CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/Discussão
Kinirons MT; Weston B; Rai GS. Use of COOP charts in the day hospital. ARCH GERONTOL GERIATR, 1998 Mar-Apr; 26(2): 113-7.	Avaliar a utilidade do COOP system para identificar mudanças subjetivas nos pacientes.	Estudo exploratório para verificar a utilidade do instrumento COOP. Já validado para uso geral. Compõe-se de 9 domínios de avaliação: - Função física - Sentimentos (bem estar) - Atividades diárias - Atividades sociais - Dor - Mudanças na saúde - Saúde geral - Suporte social - Qualidade de vida	30 pacientes, idade entre 75 e 91 anos, atendidos no HDG para reabilitação de problemas musculoesqueléticos ou neurológicos. Aplicado no primeiro e no segundo atendimentos e após tratamento completo.	O COOP charts é fácil de aplicar e útil para monitorar o paciente em reabilitação num HDG.

Quadro 57 - R261CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa. Instrumento de avaliação multidimensional COOP para pacientes em reabilitação em HDG.	Exemplo de instrumento de avaliação para monitoramento de mudanças subjetivas em pacientes em HDG.	Instrumento dessa natureza detecta e acompanha as mudanças subjetivas do paciente. Seus resultados podem ter implicações sobre planejamento e avaliação do cuidado.	Ver bibliografia Nelson E, 1987 para melhor conhecer o instrumento já validado.

Quadro 58 - R261CI – Resultados da Bibliografia Incluída

Referência	Objetivo	Procedimentos Metodológicos	Amostra/Local	Resultados/ Discussão
Job S. What older people want? NURS OLDER PEOPLE, 2005 Jul; 17(5):10-2.	Relatar projeto que objetivou conhecer o que as pessoas idosas realmente querem do cuidado na internação e no hospital dia.	Pictorial escrito por uma <i>freelance</i> de saúde com particular interesse no cuidado percebido e experienciado pelo paciente.	Grupo de usuários do serviço NHS. Grupo de discussão semanal entre nove a doze usuários das unidades do St Margareth's Hospital, Ongar War Memorial Hospital e o hospital dia sob os cuidados do Epping Forest's older people's directorate.	Os idosos frágeis ficam felizes por participarem no trabalho de pesquisa. Foram favoráveis que a visão deles tivesse valor para ganho próprio e como significado de <i>feedback</i> sobre os serviços. Poucas áreas de melhoramento foram identificadas; em geral os idosos estavam satisfeitos com o cuidado recebido e seus entrevistadores estavam de acordo que os pacientes tinham sido verdadeiros.

Quadro 59 - R265CI – Características da Bibliografia Incluída

Ideia Central	Elementos da Organização	Ações de Cuidado	Observação
Participação do usuário.	Participação do cliente.	Grupo de discussão com usuários que atende as recomendações do NHS Live; são cinco os princípios: <ul style="list-style-type: none"> - Vá aonde a pessoa está. - Fale com as pessoas e tenha um diálogo real. - Escute as pessoas. - Atue sobre o que as pessoas dizem. - Diga a elas o que você tem feito. 	Percepção dos idosos e o que eles desejam.

Quadro 60 - R265CI – Resultados da Bibliografia Incluída

APÊNDICE F - Referência Bibliográfica de Artigos Incluídos

BRITO, F. C. **Estudo de alguns aspectos demográficos de uma coletividade de idosos para a implantação de um hospital dia geriátrico**. 1993. 94p. Dissertação (Mestrado em Administração de Serviços de Saúde) - Centro Universitário São Camilo.

BURCH, S. et al. The Huntingdon Day Hospital Trial: secondary outcome measures. **Clin Rehabil**, v. 14, n. 4, p. 447-53, aug. 2000.

BURCH, S; BORLAND, C. Collaboration, facilities and communities in day care services for older people. **Health Soc Care Community**, v. 9, n. 1 p. 19-30, 2001.

CAMARINHA, H. S; OGGERO, E. F; SOUZA, M. G. C. Centro-dia e hospital-dia uma resposta de inserção na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG). **Rev. Méd. Aeronaut. Bras**, v. 44, n. 1/2, p. 38-39, 1994.

CURLESS, R. The role of day hospitals in rehabilitation. **Rev Clin Gerontol**, v. 10, n. 4, p. 389-95, nov. 2000.

DASGUPTA, M.; CLARKE, N. C. T.; BRYMER, C. D. Characteristics of patients who made gains at a geriatric day hospital. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 40, n. 2, p. 173-184, mar./apr, 2005.

DAY, P.; RASMUSSEN, P. What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings? A critical appraisal of the literature. **NZHTA Report**, v. 7, n. 3, p. ----, 2004.

EAGLE, D. J. et al. Effectiveness of a geriatric day hospital. **Can Med Assoc J**. v. 144, n. 6, p. 699-704, 1991.

FORSTER, A.; YOUNG, J.; LANGHORNE, P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, p. ----, 1999.

GUNN, R. et al. A communication model in a day hospital. **J Gerontol Nurs**, v. 14, n. 8, p. 30-38, 1988.

HARWOOD, R. H; EBRAHIM S. Measuring the outcomes of day hospital attendance: a comparison of the Barthel Index and London Handicap Scale. **Clin Rehabil**, v. 14, n. 5, p. 527-531, oct. 2000.

HERSHKOVITZ, A. et al. Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patients? **Clin Rehabil**, v. 18, n. 3, p. 261-266, 2004.

HUI, E. et al. Outcomes of elderly stroke patients: day hospital versus conventional medical management. **Stroke**, v. 26, n. 9, p. 1616-1619, 1995.

JACKSON, M. F. Use of community support services by elderly patients discharged from general medical and geriatric medical wards. **J Adv Nurs**, v. 15, n. 2, p. 167-75, feb. 1990.

JOB, S. What older people want. **Nurs Older People**, vv. 17, n. 5, p. 110-2, jul, 2005.

KINIRONS, M. T; WESTON, B.; RAI, G. S. Use of COOP charts in the day hospital. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 26, n. 2, p. 113-117, mar./abr. 1998.

LÖKK, J. et al. Physiological concomitants of an "autonomous day programme" in geriatric day care. **Scand J Rehab Med**, n. 23, p. 41-46, 1991.

LOW, J. T. S; RODERICK, P.; PAYNE, S. An exploration looking at the impact of domiciliary and day hospital delivery of stroke rehabilitation on informal carers. **Clin Rehabil**, v. 18, n. 7, p. 776-784, 2004.

NOLAN, M. R. The future role of day hospitals for the elderly: the case for a nursing initiative. **J Adv Nurs**, v. 12, n. 6, p. 683-90, nov. 1987.

PETER, A. Evaluation of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation (including the Functional Independence Measure) by Glenrothes Geriatric Day Hospital team. **Br J Occup Ther**, v. 57, n. 3, p. 91-94, 1994.

PITKALA, K. The effectiveness of day hospital care on home care patients. **J Am Geriatr Soc**, v. 46, n. 9, p. 1086-90, sep. 1998.

POWELL, J. et al. Goal negotiation with older people in three day care settings. **Health Soc Care Community**, v. 8, n. 6, p. 380-389, 2000.

SHERWOOD, S.; MORRIS, J. N; RUCHLIN, H. S. Alternative paths to long-term care: nursing home, geriatric day hospital, senior center, and domiciliary care options. **Am J Public Health**, v. 76, n. 1, p. 38-44, jan. 1986.

SHORT, R. FALLS. **Nurs Older People**, v. 18, n. 10, p. 16-18, 2006.

SIU, A. L.; MORISHITA, L.; BLAUSTEIN, J. Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. **J Am Geriatr Soc**, v. 42, n. 10, p. 1094-1099, oct. 1994.

TOUSIGNANT. M. et al. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. **Age Ageing**, v. 32, n. 1, p. 53-59, jan. 2003.

TREND, P. et al. Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their careers. **Clin Rehabil**, v. 16, n. 7, p. 717-25, nov. 2002.

TUCKER, M. A; DAVISON, J. G; OGLE, S. J. Day hospital rehabilitation-effectiveness and cost in the elderly: a randomized controlled trial. **British Medical Journal**, n. 289, p. 1209-12, 1984.

WHITE, P.; RIMMER, T.; HAYES J. Have a nice day. **Nurs Older People**, v. 14, 7, p. 10-13, 2002.

ZANK, S.; SCHACKE, C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 57B, n. 4, p. 348-57, jul, 2002.

APÊNDICE G – Referência Bibliográfica de Artigos excluídos

- AMINZADEH, F. et al. Patient adherence to the recommendations of an interdisciplinary geriatric day hospital program. **Clin Gerontol**, v. 26, n. 1/2, p. 85-99, 2002.
- BALLINGER, C. et al. Unpacking the black box of therapy: a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke. **Clin Rehabil**, v. 13, n. 4, p. 301-9, aug. 1999.
- BEA VAN BEVEREN, A. J.; HETHERINGTON, R. W. The one percent solution: a basis for adult day program development? **Activities Adapt Aging**, v. 22, n. 4, p. 41-52, 1998.
- BENTLEY, J.; MEYER, J.; KAFETZ, K. Assessing the outcomes of day hospital care for older people: a review of the literature. **Qual Ageing**, v. 2, n. 4, p. 33-41, dec. 2001.
- BLACK, D. A. Emergency day hospital assessments. **Clin Rehabil**, v. 11, n. 4, p. 344-6, nov. 1997.
- BURCH, S. A randomized controlled trial of day hospital and day centre therapy. **Clin Rehabil**, v. 13, n. 2, p. 105-12, apr. 1999.
- CALVO, T. I. L. M. J.; CORO TAPIA, M. T. Occupational therapy's action in geriatrics day hospitals and the social implications. **Wfot Bulletin**, v.n. 25, p. 10-3, may 1992.
- CHARD, G. Multidisciplinary assessment for the elderly in a day hospital. **Br J Ther Rehabil**, v. 2, n. 5, p. 250-4, may 1995.
- CONNER-SPADY, B. L.; SLAUGHTER, S.; MACLEAN, S. L. Assessing the usefulness of the Assessment of Living Skills and Resources (ALSAR) in a geriatric day hospital. **Can J Rehabil**, v. 12, n. 4, p. 265-72, Summer 1999.
- CREHAN, F. et al. Shoe characteristics and postural stability in older women attending a geriatric day hospital. **Physiother Ireland**, v. 28, n. 1, p. 44, jun, 2007.
- CROUCH, D. Intermediate care: how nurses fit in. **Nurs Times**, v. 99, n. 31, p. 20-23, 2003.
- GAGE, H. Evaluating rehabilitation using cost-consequences analysis:

an example in Parkinson's disease. **Clin Rehabil**, v. 20, n. 3, p. 232-8, mar. 2006.

GAUGLER, J. E; ZARIT, S. H. The effectiveness of adult day services for disabled older people. **J Aging Soc Policy**, v. 12, n. 2, p. 23-47, 2001.

GREVE, M; The geriatric day hospital . **Perspectives**, v. 9, n. 4, p. 8-9, winter, 1985.

HERSHKOVITZ, A. et al. Programme evaluation of a geriatric rehabilitation day hospital. **Clin Rehabil**, v. 17, n. 7, p. 750-5, nov. 2003.

HERSHKOVITZ, A.; BRILL, S. Get up and go: home. **Aging Clin Exp Res**, v. 18, n. 4, p. 301-6, 2006.

HERTOGH, C. M. P; DEERENBERG-KESSLER, W.; RIBBE, M. W. The problem-oriented multidisciplinary approach in Dutch nursing home care. **Clin Rehabil**, v. 10, n. 2, p. 135-42, may 1996.

HOFF, S. The occupational therapist as case manager in an adult day health care setting. **Phys Occup Ther Geriatr**, v. 6, n. 1, p. 21-32, 1987.

HUSK , J.; JENSEN, J.; O'RIORDAN, S. The local falls and osteoporosis service: does it meet the needs of patients? **Nurs Older People**, v. 19, n. 10, p. 34-9, dec. 2007.

HUTCHEON, S. D. et al. B-type natriuretic peptide in the diagnosis of cardiac disease in elderly day hospital patients. **Age Ageing**, v. 3, n. 4, p. 295-301, jul. 2002.

KIRSHEN, A. J. Day hospitals for elderly patients do not prolong independence compared with other types of comprehensive care. **Acip J Club**, v. 131, n. 2, p. 33, sep./oct. 1999.

LE FAOU, A.; JOLLY, D. Health promotion in France: Toward a new way of giving medical care. **Hosp Top**, v. 73, n. 2, p. 17, 1995.

LOGAN, J. A. et al. Does a chest x-ray alter the management of new patients attending a geriatric day hospital? **Health Bull**, v. 55, n. 1, p. 52-7, jan. 1997.

MALONE, M.; HILL, A.; SMITH, G. Three-month follow up of patients discharged from a geriatric day hospital. **Age Ageing**, v. 31, n. 6, p. 471-5, nov. 2002.

MASUD, T. et al. Multifactorial day hospital intervention to reduce falls in high risk older people in primary care: a multi-centre randomised controlled trials; **Trials**, n. 7, p. 5, 2006.

MCCORMACK, B. et al. Older persons' experiences of whole systems: the impact of health and social care organizational structures . **J Nurs Manage**, v. 16, n. 2, p. 105-14, mar, 2008.

MCQUEEN, J. M. Fall management and prevention: a day hospital perspective. **BR J Ther Rehabil**, v. 10, n. 3, p. 115-21, 2003.

NENO, R. Intermediate care: policy rhetoric or an effective strategy? A review of the literature. **Nurs Older People**, v. 17, n. 3, p. 16-8, 2005.

OLSSON, B. G.; SUNNERHAGEN, K. S. Effects of day hospital rehabilitation after stroke. **J Stroke Cerebrovasc Dis**, v. 15, n. 3, p. 106-13, may, 2006.

O'SHEA, E.; BLACKWELL, J. The relationship between the cost of community care and the dependency of old people. **Soc Sci Med**, v. 37, n. 5, p. 583-90, sep. 1993.

PARKER, G. et al, Best place of care for older people after acute and during subacute illness: a systematic review . **Journal Of Health Services Research And Policy**, v. 5, n. 3, p. 176-189, 2000.

PITKALA, K. H.; STRANDBERG, T. E.; TILVIS, R. S. Is it possible to reduce polypharmacy in the elderly? A randomised, controlled trial. **Drugs Aging**, v. 18, n. 2, p: 143-149, 2001.

PITKALA, K; WINELL, K; TILVIS, RS. Effects of geriatric day hospital care for home care patients. **Arch. Gerontol. Geriatr**, n. 12, p. 51-54, 1991.

RODERICK, P. Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day-hospital care. **Age And Ageing**, v. 30, n. 4, p. 303-310, 2001.

THOMAS, J. I.; LANE, J. V. A pilot study to explore the predictive validity of 4 measures of falls risk in frail elderly patients. **Phys Med Rehabil**, v. 86, n. 8, p. 1636-40, aug. 2005.

TORRES, O. H. et al. Outcome predictors of pneumonia in elderly patients: importance of functional assessment. **J Am Geriatr Soc**, v. 52, n. 10, p. 1603-9, oct. 2004.

TOSELAND, R.W. et al. Outpatient geriatric evaluation and

management: is there an investment effect? **Gerontologist**, v. 37, n. 3, p. 324-32, jun. 1997.

UNDERWOOD, C. Day hospitals for the elderly. **Nursing**, London, v. 4, n. 14, p. 12-15, jul. 1990.

WEICH, D.; HENSON, M.; GRIER, C. Intermediate care: a problem shared. **Geriatr Med**, v. 34, n. 5, p. 13-4, 2004.

ANEXO

ANEXO 1 – CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTENCIA À SAUDE DO IDOSO

Quantitativo de Centros de Referência previstos por Estado (Anexo da Portaria Nº. 702/ 2002).

Estado	Quantitativo de Centros
ACRE	01
ALAGOAS	01
AMAPÁ	01
AMAZONAS	01
BAHIA	05
CEARÁ	03
DISTRITO FEDERAL	01
ESPIRÍTO SANTO	01
GOIÁS	02
MARANHÃO	02
MATO GROSSO	01
MATO GROSSO DO SUL	01
MINAS GERAIS	08
PARÁ	03
PARAÍBA	01
PARANÁ	04
PERNAMBUCO	03
PIAUI	01
RIO DE JANEIRO	07
RIO GRANDE DO NORTE	01
RIO GRANDE DO SUL	05
RONDÔNIA	01
RORAIMA	01
SANTA CATARINA	02
SÃO PAULO	15
SERGIPE	01
TOCANTINS	01
BRASIL	74

**Centros de Referência já Cadastrados no Ministério da Saúde
(Anexo da Portaria Nº. 702/2002)**

UF	CIDADE	HOSPITAL
AL	Maceió	Universitário Alberto Antunes - Universidade Federal de Alagoas
BA	Salvador	Associação Obras Sociais Irmã Dulce (Hospital Santo Antônio)
DF	Brasília	FUB - Hospital Universitário de Brasília
GO	Goiânia	Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi
PA	Belém	Universitário João de Barros Barretos – Universidade Federal do Pará
PE	Recife	Geral de Areias (Estadual)
PE	Recife	Universitário Oswaldo Cruz - Universidade Estadual de Pernambuco
RJ	Niterói	Universitário Antônio Pedro Universidade Federal Fluminense
RJ	Rio de Janeiro	Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)
RN	Natal	Universitário Onofre Lopes (UFRN)
RS	Porto Alegre	União Brasileira Educação e Assistência Hospitalar São Lucas - PUCRS
RS	Porto Alegre	Nossa Senhora da Conceição
SC	Florianópolis	Universidade Federal de Santa Catarina Hospital Universitário
SP	São Paulo	Escola Paulista de Medicina Hospital São Paulo Hospital Universitário
SP	São Paulo	Das Clínicas da Faculdade de Medicina USP – Hospital Universitário
SP	São Paulo	Irmandade Santa Casa MIS S Paulo FAC C MED S CASA HOSP UNIV
SP	Ribeirão Preto	Santa Tereza de Ribeirão Preto (Estadual)