



RELATÓRIO DE MONITORIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA  
REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS  
EM 2007

Resumo

19 de Maio de 2008





## ÍNDICE

1 APRESENTAÇÃO.....	4
2 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO .....	5
3 COORDENAÇÃO E GESTÃO DA RNCCI .....	7
4 MODELO DE CUIDADOS E MOVIMENTO ASSISTENCIAL .....	15
5 RECURSOS .....	26
6 FORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO.....	28
7 RECOMENDAÇÕES .....	30
8 ANEXO.....	45
CARACTERIZAÇÃO DETALHADA DA IMPLEMENTAÇÃO, MOVIMENTO ASSISTENCIAL E PERFIL DOS UTENTES ATENDIDOS NAS TIPOLOGIAS DE INTERNAMENTO DA RNCCI EM 2007.....	45
8.1. Unidade de Convalescença .....	46
8.2. Unidades de Média Duração e Reabilitação.....	52
8.3. Unidades de Longa Duração e Manutenção .....	58
8.4. Unidade de Cuidados Paliativos.....	64



## 1 APRESENTAÇÃO

Em 2005, iniciou-se o desenvolvimento do projecto de desenho e implementação de um novo modelo de cuidados continuados integrados para Portugal Continental, com o objectivo de facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente às pessoas que necessitem não só de cuidados de saúde como também de apoio social. Em 2006 foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006<sup>1</sup>, a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

A RNCCI é implementada progressivamente e concretizou-se, no primeiro ano de funcionamento (art.º 48, Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho<sup>1</sup>) através de experiências piloto. Os resultados da actividade daquela fase foram analisados através do *Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto* (Julho de 2007) que identificava os principais avanços e áreas de melhoria que deveriam orientar o alargamento da Rede.

O ano 2007 constitui, desta forma, o primeiro ano completo de vida da Rede e um momento crucial no seu processo de crescimento e consolidação. É neste sentido que importa, a partir dos dados provenientes da monitorização e do controlo realizados de forma periódica, realizar uma análise do processo de desenvolvimento da RNCCI, tendo como principais objectivos:

- O enquadramento dos objectivos estratégicos das políticas de saúde;
- O apoio na tomada de decisão através do fornecimento de informações estratégicas;
- Apoiar a formação-orientada.

---

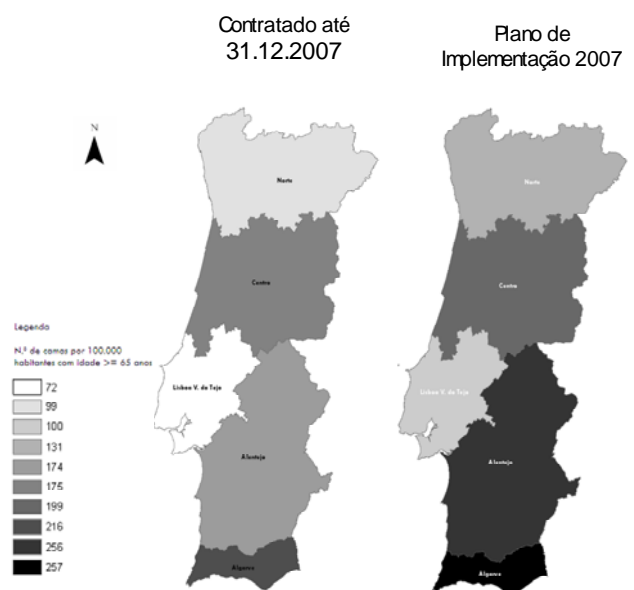
<sup>1</sup> Publicado em *Diário da República*, 1.ª série, n.º 109, de 6 de Junho



## 2 PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

### a) PRINCIPAIS RESULTADOS

O Plano de Implementação 2007 (PI 2007) atinge uma cobertura considerável na maioria do território continental apresentando, contudo, certos desequilíbrios entre tipologias e recursos.



A 31 de Dezembro de 2007:

- **78% das camas previstas no Plano de Implementação 2007** (que se estende a Março de 2008) **estava executada**, isto é, 117 camas sobre as 150 camas previstas por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos.



- **Celebração de 106 acordos, num total de 1.902 camas:** 58% do número de camas foi desenvolvido durante as experiências piloto (01.10.06 a 30.09.07) e 42% no período pós experiências piloto (01.10.07 a 31.12.07).
- As Instituições Particulares de Solidariedade Social reúnem o maior número de acordos (84%), dos quais 65% celebrados com a **União das Misericórdias Portuguesas (65% dos acordos)**, Serviço Nacional de Saúde (SNS), com 9% e entidades privadas com fins lucrativos (5%).
- **O número médio de camas por acordo para o total de tipologias de internamento foi de 18 camas.**
- A região Centro foi a que mais se aproximou dos objectivos planeados no PI 2007 relativamente ao número de camas implementadas sobre o previsto (88%) e o Alentejo a que mais se distanciou (68%).
- Foram implementadas **65 Equipas de Gestão de Altas (EGA) (79% dos Hospitais); e 26 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (10% dos Centros de Saúde).**
- A **taxa de execução de equipas** Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) situou-se em 43% (6 sobre as 14 previstas); em 33% nas equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (3 em 9) e de 51% para as ECCI (36 em 71 equipas).
- Iniciou-se a implementação de unidades dirigidas a processos específicos: Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doenças infecto-contagiosas (HIV-SIDA).



## 3 COORDENAÇÃO E GESTÃO DA RNCCI

### 3.1 Coordenação Regional e Local da RNCCI

#### a) Principais Acções e Desafios

A RNCCI é operacionalizada em **três níveis de coordenação, central, regional e local**, através da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), equipas de Coordenação Regional (ECR) e Local (ECL). **Esta estrutura visa uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis de coordenação da RNCCI**, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade dos processos. Entre os elementos que caracterizaram o ano 2007 ao nível das equipas de coordenação e da gestão da RNCCI encontram-se:

- O **intenso trabalho realizado pelos níveis de coordenação da RNCCI: o nível central** nas áreas do planeamento, coordenação, implementação e articulação intersectorial e institucional; **o nível regional** no desenvolvimento das relações contratuais, avaliação contínua, apoio aos prestadores e ao **nível local**, através do grande volume de referências durante o ano 2007.
- A **reestruturação da composição de profissionais** das ECR e ECL, que dificultou momentaneamente a coordenação e criação de referências estáveis na Rede.
- O **processo de adequação do número de ECL** de acordo com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): de 115 equipas para 87.
- **Até 31 de Dezembro de 2007, cada ECL tinha adscrito, em média 28 camas.** No entanto, existe uma grande variação, com valores mínimos e máximos de, respectivamente, 8 e 58 camas por ECL.
- A **coordenação a nível local é assegurada por equipas com dedicação a tempo parcial**, o qual é ainda inferior nos profissionais da área social em relação aos do sector da saúde.
- Elaborada uma **grelha de acompanhamento** da actividade dos prestadores, a ser utilizada pelas ECL.



- **Introdução de melhorias na relação entre os prestadores e ECL** a partir de mecanismos informais de contacto que deveriam ser formalizados no futuro (reuniões e visitas periódicas com as unidades).
- Desenho do Sistema de Monitorização da Referenciação, a implementar em 2008.
- **Desenvolvimento e implementação de um Plano de Formação** com módulos específicos para as equipas coordenadoras regionais e locais.
- **Desenvolvimento do primeiro inquérito de satisfação aos utentes da RNCCI e inquérito de opinião a profissionais das EGA e ECL.**





## 3.2 Modelo de gestão dos prestadores

### a) Principais Acções e Desafios

A RNCCI apresenta um modelo assente na lógica da separação de funções (compra/prestação) mediante a contratualização de serviços e a descentralização das responsabilidades de âmbito territorial.

- O **planeamento da compra de serviços foi desenvolvido em dois planos de implementação**, num modelo de financiamento partilhado e intersectorial entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.
- **Culminado o período das experiências piloto:**
  - Foram **elaboradas novas minutas de acordos**, introduzindo mudanças ao nível dos requisitos de dotação de pessoal (retira-se a definição dos tempos mínimos de dedicação, passando a mencionar apenas a presença mínima requerida em termos de dias de presença). Até Dezembro de 2007 não foi elaborada a minuta de acordo para UDPA.
  - Definiu-se a **nova tabela de preços** (Portaria n.º 1087-A/2007<sup>2</sup>) para o financiamento dos serviços de internamento e de ambulatório, acrescentando-se uma verba adicional ao preço da diária de internamento para os encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão, definidos em diploma próprio.
  - Redefiniu-se o procedimento prévio de informação e consentimento do utente para o recebimento de cuidados (**Declaração de Consentimento Informado**) e o procedimento de determinação do valor da comparticipação em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar no financiamento das unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção através da elaboração do **Termo de Aceitação de Internamento** (para a conformidade do utente com o pagamento da comparticipação).

---

<sup>2</sup> Publicada no D.R., 1.ª série, n.º 171, de 5 de Setembro.



- Redefinidas as **condições gerais de funcionamento das unidades prestadoras da RNCCI** (Portaria n.º 1087–A/2007).
- Em 2007 foram **definidos incentivos para a referenciação hospitalar** de utentes para a RNCCI que se traduziram na modificação da metodologia de contratualização dos Hospitais do SNS, que **será já aplicada nos Contratos Programa de 2008**.
- Foi desenvolvido um *up-grade* das **condições de instalação e funcionamento** das unidades de internamento.
- **Enquadrado o modelo e definidas as verbas de apoio financeiro para obras de remodelação e equipamento a Instituições Particulares de Solidariedade Social**, que incentivam a observância dos requisitos físicos e de equipamentos definidos pela RNCCI.



### 3.3 Modelo de referenciação e actividade

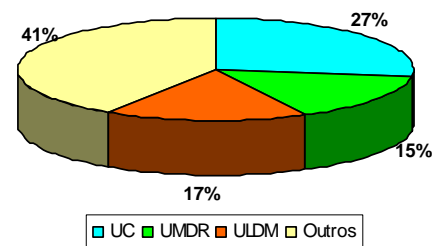
#### a) Principais Acções e Desafios

- A gestão dos fluxos de utentes para e na Rede, baseada em registos em papel e via fax, produziu dificuldades na monitorização da referenciação.
- Em 2007 foi desenvolvido um **Plano de Formação** com módulos específicos destinados às ECL, EGA e prestadores, com desenvolvimento de conteúdos e competências na área da referenciação.

- Após o período piloto, ratificaram-se a maioria dos critérios de admissão definidos.

- **Estão disponíveis dados para 2007 sobre as propostas de admissão de utentes nas tipologias de internamento da RNCCI de Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção.**

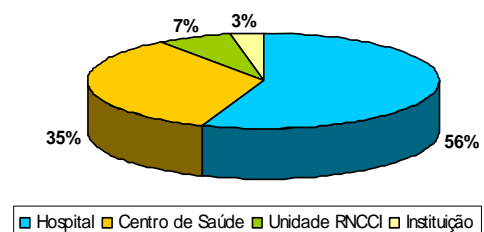
Propostas de admissão na RNCCI (01.10.2006 a 30.11.2007), por tipologia de internamento



- Destaca-se a actividade das ECL ao nível da referenciação de utentes: **foram emitidas 5.825 propostas de admissão de utentes na RNCCI até Dezembro de 2007**, com um crescimento considerável entre Abril e Dezembro de 2007 (68% das propostas de admissão).

- É relevante o papel das EGA na sinalização de utentes para a RNCCI já que **56% do total de propostas de admissão têm como entidade referenciadora o Hospital.**

Distribuição total das propostas de referenciação da RNCCI, por entidade referenciadora de 01.11.2006 até 30.11.2007



- **A idade média** dos utentes propostos para admissão é de **73 anos**, aproximadamente metade é casado (46%) e 66% vive com a família natural.
- **64% das propostas de admissão têm como motivo a necessidade de cuidados continuados e, 52% a situação de fragilidade do idoso.** Dentro da primeira, a



“reabilitação” é o motivo mais frequente das propostas de admissão e, na segunda, a “dependência para as actividades da vida diária”.

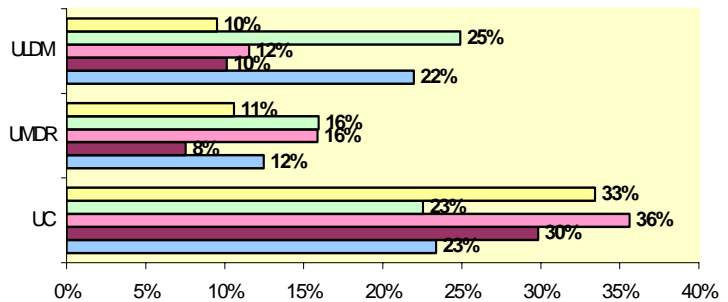
- A alta percentagem de **utentes propostos para admissão por necessidade de ensino do utente ou do cuidador (45%)** revela a importância da inclusão e organização, na vida diária das unidades e equipas, de actividades formativas e do fomento da participação e envolvimento do utente e das famílias na promoção/ manutenção da autonomia. Este dado é corroborado pela relevância da



**família** enquanto instituição social mais importante na prestação de cuidados (38% dos utentes referenciados).

Finalmente, a necessidade de ensino é sobretudo incluída nas propostas para Convalescença, devendo-se avançar na sua extensão para as restantes unidades/ equipas da RNCCI.

Distribuição das propostas de admissão na RNCCI por tipologia e por motivo de referênciação de 01.11.2006 a 30.11.2007



- **A alta percentagem de**

propostas de admissão **por necessidade e tratamentos complexos para Longa Duração e Manutenção (25%)** constitui um elemento de alerta e deverá ser objecto de apreciação.

- **A elevada percentagem de**

propostas de referenciação de utentes que vivem sós (16%) alerta para a importância da garantir o apoio de ambulatório ou domiciliário necessário após o internamento. A percentagem de 5% de

Distribuição do total de utentes referenciados da RNCCI por situação de convivência, de 01.11.2006 a 30.11.2007



**utentes referenciados sem abrigo** alerta para a necessária construção de uma sólida relação com a Rede de Apoio Social.

- **21% dos utentes referenciados recebe apoio para a higiene pessoal**, 21% para a higiene da roupa, 17% para a higiene da casa, 6% ajudas técnicas, o que expõe a dependência dos mesmos na realização das Actividades Básicas/ Instrumentais da Vida Diária.



- **Um dos avanços mais importantes no ano 2007 terá sido o desenho do Sistema de Monitorização da Referenciação**, que cria as condições necessárias no âmbito nacional para a aplicação homogénea do modelo de referenciação em 2008, aumentando a eficácia no processo e otimizando o processo de monitorização e supervisão a nível local e regional.
- Outro dos avanços conhecidos no modelo de referenciação, após as experiências piloto, foi a **separação dos modelos de Consentimento Informado para acolhimento dos tratamentos médicos e Termo de Aceitação de Equipamento**, de conformidade por parte do utente ou seu representante no pagamento da comparticipação nas tipologias mistas (sector saúde e social).



## 4 MODELO DE CUIDADOS E MOVIMENTO ASSISTENCIAL

### 4.1 Modelo de cuidados

#### a) Principais Acções e Desafios

- Criação de uma solução informática online para recolha de informação ao nível do acompanhamento e avaliação da prestação de cuidados.
- Variabilidade entre equipas prestadoras de cuidados ao nível da abordagem metodológica em Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente na avaliação integral das necessidades, elaboração e revisão periódica do Plano Individual de Cuidados, reuniões inter e multidisciplinares, planeamento da alta, envolvimento do utente e familiares no processo de cuidados e treino de competências e humanização dos cuidados.
- A composição das equipas (bastante heterogénea e sem determinados perfis de profissionais, nomeadamente da área de reabilitação e terapêutica) afecta a prossecução do trabalho interdisciplinar e a abordagem integral das necessidades dos utentes.
- Heterogeneidade entre níveis de cuidados e profissionais na interiorização do modelo de Cuidados Continuados Integrados.
- Desenvolvido em 2007 o Plano de Formação em Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos dirigido a prestadores da RNCCI.
- Em 2007 a UMCCI escolheu três âmbitos prioritários para impulso da avaliação e melhoria contínua, através da análise da situação e elaboração do plano de acção; formação/ensino, recolha de dados, elaboração de instrumentos de apoio (Grelha de Acompanhamento às Unidades); elaboração e publicação de orientações técnicas e início da definição de um conjunto mínimo de indicadores de qualidade.
- Durante 2007 realizaram-se dois estudos de satisfação/opinião: inquérito de satisfação aos utentes, antigos utentes e às ECL e EGA, cujos resultados indicam uma



boa percepção dos **cuidados** ainda que com **excessiva rotação dos profissionais médicos** (indicador de impacto negativo na sua qualidade).

- A **participação das famílias no ciclo de cuidados continuados integrados** continua a ser, na opinião dos profissionais, **um elemento a desenvolver na actividade quotidiana** das equipas.





## 4.2 Movimento Assistencial

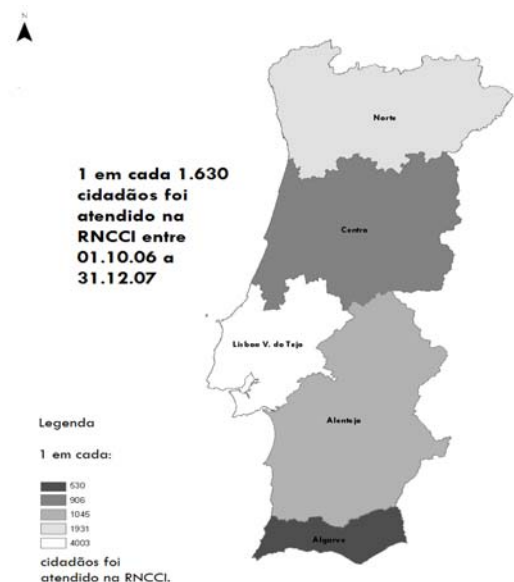
### a) Principais Acções e Desafios

- Até final de 2007 permaneciam, ainda que com melhorias, **dificuldades na obtenção periódica e dentro dos prazos estabelecidos no acordo no âmbito da declaração de actividade das unidades.**
- O registo mensal de actividade e perfil de utentes atendidos nas unidades de internamento é realizado através do aplicativo informático elaborado para o período das experiências piloto e no momento actual revela-se desadaptado face à evolução da RNCCI e às necessidades de informação.

Ao longo do ano 2007 observou-se uma evolução positiva na actividade de todas as tipologias de internamento, coerente com o crescimento paulatino da oferta de unidades e camas na RNCCI.

- 5.934 foi o número de utentes atendidos entre 01 de Outubro de 2006 e 31 de Dezembro de 2007 nas unidades de internamento da RNCCI que fizeram declaração de actividade. Em relação a Abril de 2007 atenderam-se mais 4.540 utentes (acréscimo de 326%).
- A região Centro que é simultaneamente a que dispõe de maior capacidade em número de camas atendeu 33% do total de utentes e o Norte, 32%. Em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) foram atendidos 14% dos utentes, no Alentejo 9% e, no Algarve, 13%.

A actividade realizada em 2007 permite uma cobertura considerável: 1 em cada 1.630 cidadãos de Portugal Continental foi atendido na RNCCI entre 01.10.06 a 31.12.07 (aumento de 77% em relação ao corte anterior, em Abril de 2007).





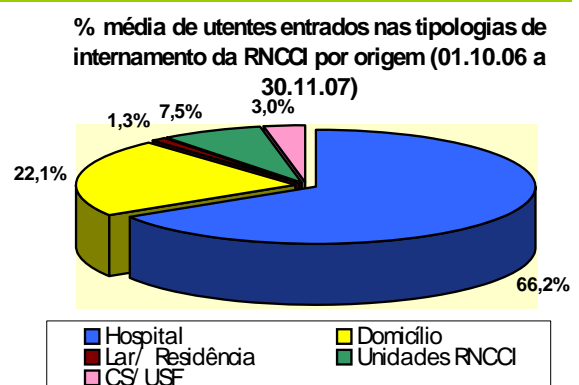
- Com 1 utente atendido em cada 530 habitantes, a região do Algarve atinge a maior cobertura regional.
- As regiões Centro, Norte e Algarve apresentam a maior percentagem de utentes atendidos em relação às camas disponíveis, relação inversa em LVT e Alentejo.
- Ainda que à data de Dezembro de 2007 as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo apresentem a menor cobertura populacional, o alargamento de respostas de internamento da RNCCI nestas regiões, bem como a actividade nelas registada, permitiu a redução das disparidades regionais verificadas em Abril de 2007.

1 em cada 274 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos foi atendido nas unidades de internamento da RNCCI até 31 de Dezembro de 2007.

Por tipologia de internamento, o número de utentes atendidos sobre a população continental com idade igual ou superior a 65 anos foi de:

- 1 em cada 548 cidadãos nas Unidades de Convalescência;
- 1 em cada 1.035 cidadãos nas Unidades de Média Duração e Reabilitação;
- 1 em cada 1.438 nas Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- 1 em cada 6.015 cidadãos nas Unidades de Cuidados Paliativos.

A tipologia de Cuidados Paliativos, sem desenvolvimento nas regiões do Alentejo e Algarve até 31 de Dezembro de 2007, registou a menor cobertura populacional entre as tipologias de internamento da RNCCI. Este facto constitui um elemento crítico na garantia de um mosaico integral de respostas de cuidados que respondam às necessidades existentes nomeadamente em utentes com doenças incuráveis ou doenças em processo terminal, garantindo a prestação de cuidados adequados com especial enfoque no conforto e na qualidade de vida.





- Mais de metade dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI procedem do hospital (66,2%) e aproximadamente um terço do domicílio (22,1%). As tipologias com maior percentagem de utentes provenientes do hospital são Convalescença e Cuidados Paliativos (à volta de 80%), em percentagens esperadas para este tipo de cuidados.

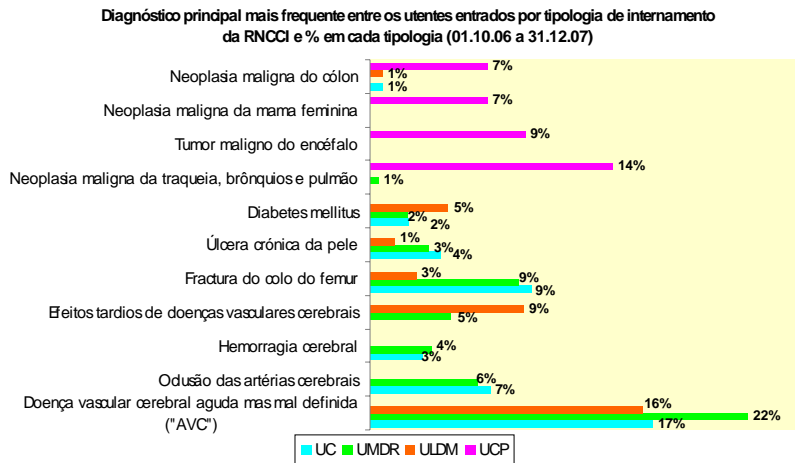
A idade média dos utentes entrados (72 anos) confirma que a RNCCI atende maioritariamente a pessoas com idade superior a 65 anos, observando-se que o envelhecimento (pessoas com idade igual ou superior a 80 anos), assume uma percentagem de 40%.

- É em Cuidados Paliativos que os utentes entrados apresentam a menor idade média (64 anos).
- A percentagem de utentes entrados na RNCCI com menos de 60 anos é de 15,6% e, com menos de 30 anos, de 0,6%.
- **52% dos utentes entrados são mulheres.** A única tipologia de internamento em que a proporção de homens (51%) é superior à de mulheres é a de Cuidados Paliativos.
- **91% dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI são beneficiários do SNS.**



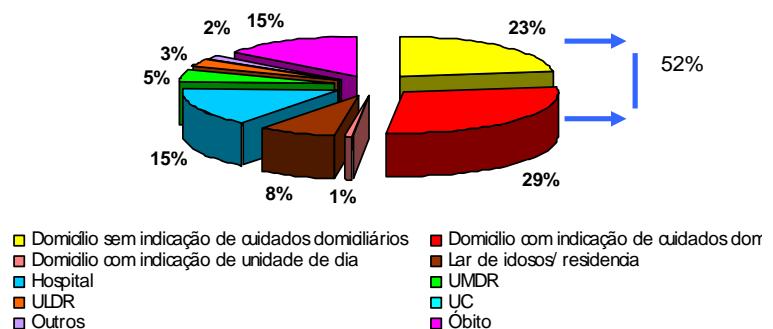
As doenças do Sistema Circulatório são o Grande Grupo Diagnóstico de 38% dos utentes entrados com diagnóstico declarado, seguidas dos “Traumatismos e Envenenamento” (20,6% de casos) e “Neoplasias” (9,9%).

- Os AVC e as Fracturas do colo do fémur são o diagnóstico principal (17,1% e 7,5%) dos utentes entrados nas unidades de internamento com diagnóstico declarado.



- Os AVC assumem especial importância na tipologia de Média Duração e Reabilitação (22,2%) e, nas tipologias de Convalescência e Longa Duração e Manutenção representam aproximadamente 16% do diagnóstico principal declarado entre os utentes entrados nestas tipologias.
- A fractura do colo do fémur, assume especial relevância nas tipologias de Convalescência (9,5%) e Média Duração e Reabilitação (8,7%).
- Nas unidades de Cuidados Paliativos destaca-se a neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmão como a primeira causa médica de entrada (14,3%).

Distribuição dos utentes saídos das tipologias de internamento na RNCCI por destino



4.528 foi o número de utentes saídos das tipologias de internamento da RNCCI entre Outubro de 2006 e Dezembro de 2007. A maior percentagem



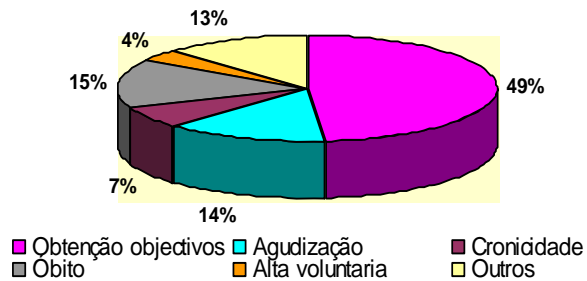
registou-se em Convalescência (58%).

- 53% dos utentes saídos têm como destino o domicílio, 15% o hospital e 15% óbito.



- Para 49% dos utentes saídos foram atingidos os objectivos terapêuticos, 14% tiveram um processo de agudização e 4% dos utentes saíram por alta voluntária.

Distribuição dos utentes saídos por motivo de alta nas tipologias de internamento (01.10.06 a 30.11.07)



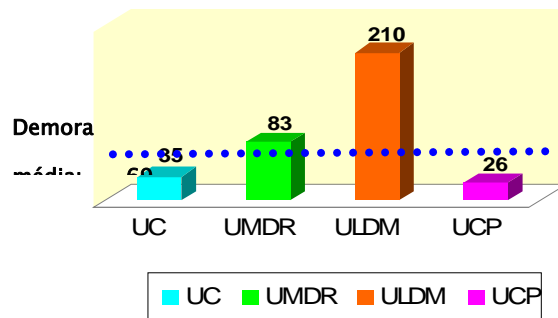
- A percentagem de utentes entrados sobre os saídos situa-se, para o total de

tipologias de internamento, em 17%. A tipologia de Longa Duração e Manutenção é a que tem maior captação de utentes (40% mais de utentes entrados em relação aos saídos) paralela ao número de camas instaladas até Dezembro de 2007. As tipologias com menor captação são Convalescença e Média Duração e Reabilitação.

A demora média registada na RNCCI situou-se em 69 dias (01.10.06 a 31.12.07). Observa-se alguma heterogeneidade inter-regional na demora média por tipologia de internamento.

- A maior disparidade inter-regional duplica o período máximo previsto

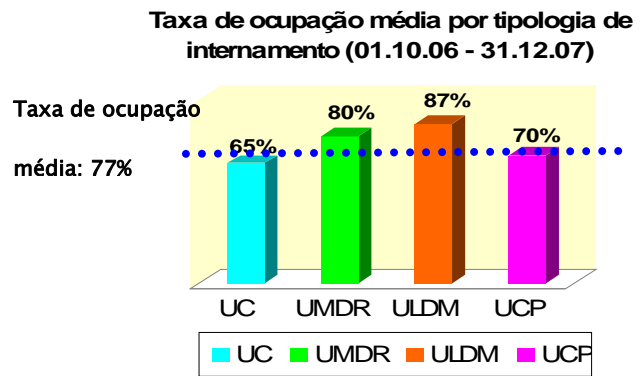
Demora média nas tipologias de internamento (01.10.06 a 31.12.07)



A taxa de ocupação média registada nas tipologias de internamento da RNCCI entre Outubro de 2006 e Dezembro de 2007 situou-se em 77%, observando-se um grande aumento em relação a Abril (52%)



- A tipologia de Convalescência apresenta a menor taxa de ocupação média (65%), sugerindo margem de melhorias na referenciação de utentes a partir dos hospitais, já que constituem a principal entidade referenciadora de utentes para esta tipologia de internamento da RNCCI.





No total de internamentos registados entre Outubro e Novembro de 2007, 18% foram protagonizados pelos mesmos utentes: 3% por internamento reiterado na mesma unidade e 15% relativos a internamentos reiterados por mobilidade.

- A tipologia de internamento de Convalescença acumula o maior número de internamentos reiterados na mesma unidade (56).
- As tipologias entre as quais existe uma maior mobilidade são entre Convalescença e Média Duração e Reabilitação. É relevante a percentagem de utentes que se move de Média Duração e Reabilitação para unidades de Convalescença (28% dos utentes com mobilidade). Dever-se-iam conhecer as causas que provocam este tipo de mobilidade.
- É nas tipologias de Longa Duração e Manutenção que se observa o maior número de utentes que movem entre diferentes unidades desta tipologia (22), o que poderá dever-se a mudanças provocadas por critérios de aproximação ao domicílio dos utentes.

É natural que na actual fase de desenvolvimento da RNCCI, e sem redes locais completas na oferta das várias tipologias de cuidados preconizadas na RNCCI, as unidades não apresentem perfis “puros” de utentes.

- As **Unidades de Convalescença e Longa Duração e Manutenção** apresentam um comportamento próximo do perfil esperado e definido pela RNCCI, coincidente com os dados obtidos em tipologias similares a nível internacional.
- É nas **unidades de Convalescença** que existe a maior percentagem de utentes com diagnóstico principal úlcera crónica da pele (4%).
- As unidades de **Média Duração e Reabilitação** apresentam uma percentagem baixa de altas para o domicílio (49%) e uma taxa de óbitos considerável (12%), superiores ao esperado segundo evidência a nível internacional (60–70 % de altas para o domicílio e uma taxa de óbitos inferior a 10 %); assim como uma percentagem elevada de utentes





saídos tendo como destino o hospital (17%). A informação obtida sobre a mobilidade de utentes nas unidades da RNCCI revela que entre os utentes com mais de um internamento da RNCCI por mobilidade, 28% passam da tipologia de Média Duração e Reabilitação para Convalescença. Neste sentido, recomenda-se a análise detalhada das condições de entrada e necessidades específicas dos utentes referenciados para as Unidades de Média Duração e Reabilitação.



## 5 RECURSOS

### a) Principais Acções e Desafios

#### a.1 Recursos económicos

A proposta orçamental relativa ao Plano de Implementação 2007 compreende um vasto apoio ao desenvolvimento de novas respostas (60% do total dos verbas atribuídas) da RNCCI.

- Por sectores, verifica-se **que 81% das verbas propostas correspondem ao Sector Saúde e 19% ao sector de Apoio Social.**
- Os encargos do sector da Saúde repartiram-se em 2007 entre encargos de funcionamento (82,3%) e de investimento (17,7%).
- Ao nível do sector Saúde foram transferidas, até 31.12.07, 64% das verbas previstas no Plano de Implementação 2007 para as Administrações Regionais de Saúde (ARS). 97% dos valores facturados foram pagos.
- **É necessário integrar o sistema de monitorização financeiro**, optimizando o acompanhamento e validação da facturação e pagamento.

#### a.2 Recursos humanos

- **O total de profissionais que trabalha neste momento na RNCCI supera o valor de 4.200.** Salienta-se que alguns combinam funções em outras instituições.
- **Somente 39% das unidades em funcionamento realizaram declaração de dotação de recursos humanos.**
- É declarada a **existência de *turn-over* entre os profissionais médicos nas Unidades de Convalescença**, opiniões corroboradas pelos dados disponíveis, que indicam que, em média, 7 médicos por unidade correspondem a 1,5 profissionais quando reconvertidas as horas em Equivalentes a Tempo Completo (35h/semana).



- O **número médio de profissionais nas tipologias de Convalescência é de 39** (20 profissionais ETC); em **Média Duração e Reabilitação é de 32 profissionais** (corresponde a 14 profissionais ETC) e de **29 profissionais** na tipologia de **Longa Duração e Manutenção** (11 profissionais ETC).
- Em média, o **número de horas dedicadas pelo conjunto de profissionais, por cama e dia de internamento**, a uma taxa de 100% de ocupação, a partir das declarações analisadas situa-se em: **6 horas na tipologia de Convalescência; 5 horas na tipologia de Média Duração e Reabilitação; 3,6 horas na tipologia de Longa Duração e Manutenção**. Em todas as tipologias, mais de 80% das horas por cama e dia de internamento são dedicadas por enfermeiros e auxiliares de acção médica.
- Em todas as tipologias de internamento existe uma **sub-dotação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e psicólogos**. Para além disso, **há unidades sem disponibilidade nos seus quadros de um ou mais profissionais destes perfis**.

A inobservância de determinados perfis profissionais nas unidades coloca em causa a abordagem integral das necessidades dos utentes e revela-se particularmente preocupante já que estes perfis constituem pilares chave na prossecução dos objectivos de promoção e manutenção da autonomia, preparação da alta, envolvimento dos familiares e desenvolvimento de actividades ocupacionais (e.g., fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e psicólogos).



## 6 FORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO

### a) Principais Acções e Desafios

- **Plano de Formação intenso em 2007, envolvendo mais de 3.000 profissionais** das Equipas de Coordenação Regional e Local da RNCCI, Equipas de Gestão de Altas, e que incluiu seminários, *workshops* e estágios em unidades de referência de âmbito internacional. O objectivo principal foi proporcionar a aquisição de conhecimentos de apoio ao funcionamento e organização das unidades e equipas prestadoras e oferecer apoio técnico directo para a consolidação das mesmas, bem como das Equipas de Coordenação Regional e Local da RNCCI, nas temáticas consideradas prioritárias pela UMCCI. Realizadas sessões de informação e esclarecimento promovidas pelo ISS, I.P e dirigidas aos representantes da componente social nas equipas de Coordenação Local e Regional.
- **Inexistência em Portugal de formação certificada profissionalmente na área de Geriatria e de Cuidados Paliativos** e inexistência de formação e certificação única das profissões de auxiliar do âmbito da saúde e do apoio social.
- Sem sistematização de acções de formação e treino de competências a voluntários, utentes e cuidadores.
- Inaugurado o site da RNCCI (Março 2007).
- **Realizado seminário internacional:** “Os desafios partilhados: Boas práticas no âmbito de Reabilitação, Readaptação e Reinserção” com mais de 400 participantes.
- Elaboradas e divulgadas notas informativas e panfletos de comunicação dirigidos aos profissionais da RNCCI e para a sociedade em geral.
- Presença institucional de representantes da UMCCI em diversos eventos.
- As técnicas qualitativas para recolha de opinião dos profissionais da RNCCI revelam unanimidade entre os profissionais dos vários níveis da RNCCI sobre **a necessidade de priorizar as acções de formação, informação e divulgação durante o ano 2008.**





## 7 RECOMENDAÇÕES

### 7.1 Principais Recomendações

De seguida apresentam-se as principais recomendações para o desenvolvimento a curto e médio-prazo da RNCCI, assentes em estratégias que garantam:

1. A **acessibilidade e equidade** no acesso às tipologias da RNCCI, através da constituição de redes locais com as diversas tipologias de cuidados preconizadas na RNCCI;
2. Ampliar a **participação e o envolvimento do utente e da família/cuidadores** no processo de cuidados;
3. Aumentar o conhecimento ao **nível de resolução dos prestadores**: medir resultados relativos à complexidade atendida e desenvolver competências na organização e prestação de cuidados continuados integrados;
4. Evoluir e **consolidar os procedimentos de informação de gestão**: dispor da informação necessária para continuar a apoiar a tomada de decisões no processo de planeamento, contratualização e adequação dos recursos;
5. **Desenhar soluções de informação para apoio clínico** que permita conhecer as intervenções relativas aos cuidados prestados e promover um processo de melhoria da qualidade no âmbito assistencial;
6. **Formar e desenvolver competências** profissionais adequadas a cada tipo de agente (profissionais das unidades, profissionais das ECL, ECR e técnicos da UMCCI);
7. Introduzir melhorias contínuas na **qualidade assistencial**, reforçar e assegurar o cumprimento das condições mínimas para a prestação de cuidados, gerar evidência, formar e consolidar o conhecimento e experiência no âmbito da prestação contínua e integrada de cuidados e reduzir a variabilidade na prestação de cuidados;
8. Consolidar o processo rigoroso e periódico de monitorização;



9. Promover pesquisas/estudos incluindo o âmbito clínico, para apoiar evidências, resultados e apoiar a divulgação **dos resultados**;
10. Reforçar e desenvolver **intervenções intersectoriais**;
11. Garantir a articulação da Rede com os níveis tradicionais do SNS (hospitalar e cuidados primários).



## 7.2 Planeamento, Implementação e Avaliação

### 7.2.1 Planear com base nas necessidades

- **Desenvolver a actividade de planeamento com base nas necessidades:**
  - Recolher informação sistematizada sobre a incidência e prevalência de patologias e incapacidades atendidas mais prevalentes na RNCCI;
  - Adequar recursos e processos para a sua abordagem.
- **Implementar critérios mínimos definidos para a integração dos prestadores na RNCCI** (físicos e técnicos) e **desenvolver um processo formal de candidaturas**, em colaboração estreita com o nível regional;
- **Analisar e rever a dotação das unidades de internamento em número de camas**, estabelecendo uma **dotação mínima** que garanta a eficácia e **sustentabilidade das unidades**;
- **Realizar um processo de planeamento a nível regional** de respostas da RNCCI em estreita articulação com os departamentos de planeamento das respectivas Administrações Regionais de Saúde e com a Rede de Apoio Social.

### 7.2.2 Fortalecer e aprofundar o processo de implementação e alargamento da Rede para melhorar o seu equilíbrio e cobertura

- Formular uma estratégia clara para o **desenvolvimento da segunda fase** de implementação da RNCCI com o objectivo de:
  - Superar os actuais desequilíbrios entre territórios;
  - Completar as redes locais;
  - Ajustar a relação da oferta de respostas entre as diferentes tipologias de cuidados.





- **Impulsionar a implementação** das tipologias de cuidados da RNCCI não desenvolvidas até à data e que constituem um ponto crítico na optimização da RNCCI, nomeadamente:
  - Iniciar a implementação do **Programa Nacional de Cuidados Paliativos** ao nível das tipologias de internamento e desenvolvimento das Equipas Intra-hospitalar e Comunitárias de Suporte;
  - Desenvolver as **Equipas de Cuidados Continuados Integrados** domiciliários contemplando a cobertura de cuidados programados ao fim-de-semana e feriados;
  - Implementar **Unidades de Dia para a Promoção da Autonomia**, entendidas estas como resposta fundamental para ampliar a cobertura a doentes com apoio familiar e permitir uma maior capilaridade da Rede com base em ofertas alternativas ao internamento;
- Definição de um **Plano de Acompanhamento e Apoio** durante as fases de arranque das **Unidades e Equipas** que permitam nas fases iniciais do funcionamento das novas respostas, o apoio contínuo e a supervisão fomentando, desde o início, a inclusão de boas práticas ao nível da organização e da prestação de cuidados.

### 7.2.3 Potenciar a articulação entre a RNCCI e o SNS

- No âmbito dos processos de planeamento, financiamento, gestão, controlo e avaliação, ainda que respeitando a especificidade própria das respostas da RNCCI;
- Analisar as características e os contributos do novo modelo organizativo das **Unidades Locais de Saúde** para adaptar o funcionamento global da RNCCI e a gestão nestas redes locais.



#### 7.2.4 Conhecer e Avaliar

- Desenvolver um sistema de informação sensível na medição de resultados em termos de **complexidade tratada**, incluindo as diferentes dimensões que são trabalhadas nas unidades e equipas da Rede;
- Monitorizar anualmente, o **processo de planeamento e implementação da RNCCI**;
- *Feed-back* periódico: **tableau du bord regional**;
- **Iniciar a análise dos ganhos em saúde** da população bem como as melhorias de processo e de qualidade dos serviços;
- **Avaliar os resultados** através de técnicas de recolha de opinião e satisfação (dos utentes, famílias e profissionais da RNCCI) e seguir os internamentos reiterados nas mesmas unidades e os reinternamentos hospitalares. Incluir estes parâmetros no modelo de contratualização.



## 7.3 Coordenação e Gestão da Rede

### 7.3.1 Consolidar a estrutura de coordenação e gestão da Rede a nível regional e local

- **Fomentar a consolidação das funções adscritas às estruturas de coordenação regional e local:** elaborar um Plano de Acção que identifique as estratégias e actuações para o desenvolvimento e reforço das competências adscritas às Equipas de Coordenação Local e Regional;
- **Definir cenários para o curto-prazo sobre o modelo de coordenação da RNCCI** (fase 2 de implementação, a partir do ano 2009) e, no caso de se manter o nível central de coordenação depois de 2009, redefinir as suas competências.

### 7.3.2 Tornar efectivas as intervenções orientadas à gestão de processos entre níveis de cuidados

- **Caracterizar**, a partir do sistema de monitorização os fluxos entre utentes na Rede e entre níveis de cuidados;
- **Avaliar o impacto do novo Sistema de Monitorização de fluxos de utentes na actividade de referenciação;**
- **Potenciar a liderança clínica dos profissionais na referenciação;**
- **Reforçar os espaços formais e informais de relação** entre os principais actores envolvidos na referenciação;
- **Consolidar o circuito de detecção precoce e registo da população idosa e/ou com dependência**, formando os profissionais das entidades referenciadoras e implementando instrumentos homogéneos de avaliação da dependência e formação na sua aplicação;
- **Desenvolver acções de promoção da RNCCI entre os profissionais dos hospitais e centros de saúde** focalizadas nos principais pontos críticos identificados;



- **Garantir a coordenação entre os prestadores através de incentivos e avaliar os resultados.** Realizar um estudo detalhado que avalie o impacto da introdução de incentivos nos Contratos Programa 2008 com os Hospitais no âmbito da referenciação de utentes para a RNCCI e avaliar a sua adequação e/ou necessidades de melhoria;
- Criar plataformas, a nível local, para debate e análise de casos;
- Sensibilizar e criar incentivos no âmbito da **gestão integrada de processos entre os vários níveis de cuidados** com uma perspectiva interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial centrada em processos de doenças/necessidades apresentados pelos utentes (e.g., fomentar a investigação interinstitucional no âmbito da gestão de casos), e neste sentido, potenciar a formação contínua para o desenvolvimento destes processos;
- Fortalecer o papel das ECL;
- Intensificar as **acções de formação na aplicação dos critérios de admissão e reforçar a supervisão da actividade de referenciação;**
- Definir **critérios de coordenação entre níveis para a realização de consultas de especialidade nos Hospitais, exames auxiliares de diagnóstico e dispensa de fármacos de uso exclusivamente hospitalar.**

### 7.3.3 Favorecer a equidade no acesso em função do grau de necessidade de cuidados

- **Assegurar a equidade no acesso aos recursos previstos,** através de instrumentos de avaliação da dependência e **ponderação da lista de espera via avaliação do grau de necessidade;**
- **Aprofundar os critérios de referenciação e admissão em Cuidados Paliativos e criar mecanismos de priorização das entradas.**



## 7.4 Contratualização e Pagamento

### 7.4.1 Desenvolver o sistema de monitorização

- Ampliar o Sistema de Monitorização nas áreas de contratualização, facturação e prestação de cuidados;
- Criar mecanismos de apoio ao pagamento nas unidades de internamento da RNCCI das comparticipações dos utentes não efectuadas.

## 7.5 Reforçar Rede

### 7.5.1 Fomentar uma visão sistémica e própria da Rede

- **Consolidar a filosofia da RNCCI entre o conjunto de profissionais da Rede** e das entidades referenciadoras, assegurando a visão sistémica do processo de cuidados;
- **Desenvolver e consolidar a base territorial da Rede** fomentando o conhecimento de todos os profissionais que trabalham num mesmo território, referenciando ou prestando cuidados;
- **Promover acções de inter-relação** com os espaços de carácter informal e formal entre todos os actores (exemplo: fóruns no *web-site* da RNCCI, reuniões periódicas);
- **Identificar uma massa crítica de profissionais de referência** que constituam o núcleo duro de liderança dos Cuidados Continuados Integrados e que apoiem a consolidação do modelo;
- **Criar unidades e equipas de excelência em Portugal** que constituam uma Rede de referência para o resto do país.

### 7.5.2 Valorizar os profissionais da RNCCI

- Fomentar a actividade de **investigação e a realização de estudos nas unidades e equipas da Rede**;



- **Promover intercâmbios** entre as unidades/ equipas da RNCCI através de **actividades de formação em contexto de trabalho**;
- **Apoiar o desenvolvimento de grupos de discussão clínica/assistencial**;
- **Criar líderes e unidades de referência** que apoiem a **identificação e disseminação de boas práticas**;
- **Fomentar um processo participativo**, através de estudos e trabalhos específicos com os profissionais e os prestadores, **na identificação dos pontos críticos da RNCCI** (e.g., referência, dotações e mapas de profissionais mínimos, despesas e custos ajustados versus capacidade);
- **Promover e impulsionar o desenvolvimento de estudos pós graduados, normativos e específicos em Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos.**

### **7.5.3 Incluir as autarquias e a sociedade civil**

- **Fomentar a participação das autarquias** na identificação dos âmbitos de melhoria da RNCCI;
- **Fomentar a participação do cidadão** através de sugestões relacionadas com a RNCCI;
- **Integrar a RNCCI no projecto “Cidades amigas dos idosos”.**

## **7.6 Modelo de Cuidados**

### **7.6.1 Conhecer o perfil da população atendida na RNCCI, avaliar a dependência**

- **Fomentar a criação de planos de intervenção integrados na prestação de cuidados e com gestão de doentes partilhada** entre níveis de cuidados, sobretudo em relação aos **processos crónicos mais prevalentes** (AVC, fractura de fémur);



- Incentivar as boas práticas clínicas com elaboração de **protocolos de boas práticas nas unidades e equipas**;
- **Estabelecer estratégias e intervenções para envolvimento hospitalar e cuidados primários** apoiando o desenvolvimento do papel das EGA e Equipas de Cuidados Continuados Integrados domiciliárias nos Centros de Saúde.

### **7.6.2 Aprofundar e estender uma metodologia única na abordagem do utente para as diferentes tipologias de cuidados**

- Centrada na avaliação integral das necessidades dos doentes (multidimensional: bio-psicossocial);
- Considerando que a diferença reside nos diferentes graus de intensidade e complexidade de cuidados a prestar (horas de dedicação do médico, enfermeiro, intensidade de reabilitação ou terapia ocupacional, etc.);
- Desenvolver Planos de actividades diárias e programa extenso ao longo do dia.

### **7.6.3 Consolidar o apoio e a participação das famílias e cuidadores informais**

- Tornar efectivo o acolhimento do utente e família;
- Identificar de forma clara a equipa/profissional responsável;
- Medir a necessidade de **intervenções para apoio às famílias e cuidadores** de pessoas dependentes e **fomentar o internamento temporal para descanso familiar**;
- Reforçar o **envolvimento e o apoio aos familiares/cuidadores informais dos utentes na avaliação, processo de cuidados e planeamento da alta** através do estabelecimento de procedimentos que possibilitem uma comunicação fluída, informação clara e a prestação de cuidados individualizados e ensino aos familiares/cuidadores informais;
- **Horário amplo para que o acesso das famílias aos utentes seja contínuo, promover a sua colaboração no processo de prestação de cuidados**;



- Introduzir no modelo de **consentimento informado** a informação relativa aos **objectivos de internamento**;
- Intensificar **medidas de apoio aos cuidadores informais** que possibilitem a permanência dos doentes no domicílio;
- **Introduzir o treino de competências como sistemática, na prestação de cuidados dos utentes e cuidadores.**

#### **7.6.4 Consolidar a missão assistencial no âmbito da promoção de autonomia, reabilitação e humanização dos cuidados**

- Garantir a **dotação interdisciplinar das equipas prestadoras e consolidar o desenvolvimento das metodologias de trabalho multidisciplinar**;
- Aprofundar aspectos de **reabilitação e promoção da autonomia**, intensificando a prestação de fisioterapia, terapia ocupacional e apoio ao desenvolvimento das actividades com material adequado às idades dos utentes, evitando a infantilização dos exercícios;
- **Melhorar os planos individuais de cuidados** e introduzi-los como ferramenta de apoio ao trabalho interdisciplinar e como instrumento chave para atingir uma prestação de cuidados ajustados ao perfil de cada utente;
- **Criação de ambientes terapêuticos e alargamento de espaços de lazer/convívio nas unidades**;
- **Aperfeiçoar os modelos organizativos das equipas e unidades**;
- **Estabelecer nas unidades de internamento, programas para descanso familiar** coordenadamente com os centros saúde e profissionais de referência, com apoio na definição de critérios nacionais e escalas de priorização;
- **Reforçar os cuidados domiciliários.**





## 7.7 Qualidade

### 7.7.1 Impulsionar o Plano de Qualidade vinculado ao sistema de contratualização

- **Definir os indicadores básicos de qualidade** e desenvolver um processo sistemático e contínuo de avaliação de resultados, serviços e processos de trabalho desenvolvidos, que possam ser reconhecidos pelo conjunto da RNCCI, com a finalidade de introduzir melhorias na organização (*Benchmarking*);
- Incentivar os resultados obtidos na avaliação da qualidade assistencial através do **reconhecimento público** (prémios, publicações, etc.).

### 7.7.2 Detectar a variabilidade nas práticas e desenvolver estratégias de redução

- **Dispor de um sistema de monitorização da prestação de cuidados e da qualidade assistencial** que permita detectar a variabilidade derivada de diferentes práticas e dos modelos de organização dos prestadores;
- Identificar os pontos críticos da prática assistencial (heterogeneidade) e **elaborar um plano de acção para a redução da variabilidade assistencial**.

### 7.7.3 Incluir e criar opinião entre os utentes, familiares e profissionais

- **Desenvolver o sistema de queixas e reclamações** e a resposta célere às mesmas;
- Continuar a **avaliação da satisfação/opinião dos utentes e profissionais da RNCCI**;
- **Desenvolver fóruns e promover plataformas de opinião**, a nível nacional e regional para o intercâmbio de opiniões;
- **Introduzir nas unidades da Rede a metodologia de grupos da melhoria contínua (*círculos de qualidade*)** com participação de profissionais, utentes e familiares.



#### 7.7.4 Desenvolver critérios, normativas e exercícios de auditoria e fiscalização

- Estabelecer um sistema próprio e específico para a RNCCI, com profissionais formados e apoio de entidades científicas e empresas externas.

### 7.8 Formação e Divulgação

#### 7.8.1 Aposta na formação contínua em Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos

- Centrar a formação de profissionais clínicos/assistenciais no desenvolvimento de competências adequadas a cada perfil e a cada tipologia de unidade ou equipa através de metodologias interactivas ainda que mantendo a abertura a outras tipologias de unidades;
- Contemplar a criação e **espaços de debate e publicação científica** em plataforma *web*, potenciando a sua divulgação e o seu alcance em todo o território nacional;
- Formação sobre métodos de trabalho inter e multidisciplinar;
- Definir um **pacote básico de formação** e desenvolvimento de competências na área de Cuidados Continuados Integrados que seja **requisito incondicional para o início de funcionamento das unidades/ equipas prestadoras**;

#### 7.8.2 Divulgação e informação

- **Intensificar as acções de divulgação e informação da RNCCI** com diversos actores do sector da saúde, social, parceiros e sociedade civil;
- **Divulgar os resultados da RNCCI.**



## 7.9 Recursos

- **Fomentar a máxima dedicação laboral** como elemento de reforço da RNCCI (horários completos das ECL) e da qualidade assistencial (garantir a existência de equipas multidisciplinares, boas práticas, a dedicação mínima nas unidades e evitar o *turn-over* de profissionais);
- Fornecer aos profissionais os recursos tecnológicos e de telecomunicação necessários para o desenvolvimento das suas actividades (telemóvel, banda larga...);
- Assegurar que em todas as unidades, os **espaços e acessos** (corredores, pavimentos, iluminação, etc) sejam **adequados**, não apresentem barreiras de acessibilidade aos utentes e que tenham ambiente familiar;
- Identificar as áreas mais carenciadas e prestar apoio;
- **Promover a integração de voluntariado** com formação e preparação, fundamentalmente nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção e no apoio social ao domicílio.

### 7.10 Perspectiva Intersectorial

- Progredir no **desenho de estratégias intersectoriais de protecção à dependência**;
- **Gerar intervenções de prevenção primária e secundária em parceria com a Rede de Cuidados Primários**, orientadas a evitar ou atrasar a dependência;
- Fomentar a **articulação com a Rede de Apoio Social no âmbito da protecção à dependência** (lugares em residências, ajudas técnicas, apoio domiciliário social);
- **Formalização de parcerias com as autarquias** enquanto parceiro local privilegiado;
- **Formalizar a participação do voluntariado no âmbito da RNCCI.**



## **7.11 Financiamento da RNCCI**

### **7.11.1 Assegurar a sustentabilidade da RNCCI**

- **Estudar o modelo de financiamento da RNCCI a médio-prazo, analisando as alternativas e a sua viabilidade.**



## **8 ANEXO**

### **CARACTERIZAÇÃO DETALHADA DA IMPLEMENTAÇÃO, MOVIMENTO ASSISTENCIAL E PERFIL DOS UTENTES ATENDIDOS NAS TIPOLOGIAS DE INTERNAMENTO DA RNCCI EM 2007**



## 8.1. Unidade de Convalescença

### a) Planeamento e Implementação

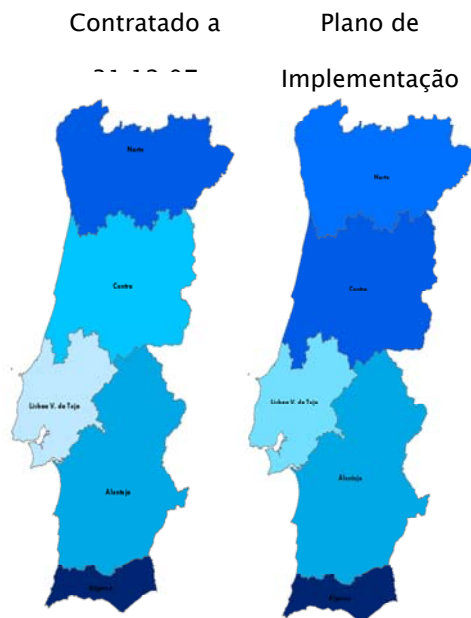
A 31.12.07 as regiões do Algarve e Alentejo atingiram o previsto no Plano de Implementação de 2007. A região Norte superou o planeado, atingindo 115%. A região de Lisboa e Vale do Tejo atingiu 71% e a região Centro 69% do planeado.

Em 2007 iniciou-se o desenvolvimento da tipologia de Convalescença em estruturas do SNS: a 31.12.07 representava 36% do total

de camas desta tipologia. As previsões de

crescimento são importantes nos próximos dois anos (2008–2009) estando previsto um incremento de 405 camas da tipologia de Convalescença no SNS.

Legenda  
N.º de camas por 100.000 habitantes com idade >= 65 anos



### b) Propostas de admissão

1.583 utentes foram propostos para a tipologia de Convalescença (27% do total), 76% das propostas provenientes do hospital; 21% do centro de saúde e 3% de unidades da RNCCI. Os utentes referenciados recebem maioritariamente apoio na higiene da roupa, casa e pessoal (68%).

1 em cada 548 cidadãos foi atendido na tipologia de Convalescença na RNCCI sobre o total nacional da pop. portuguesa com idade ≥ a 65 anos entre 01.10.06 a 31.12.07

Legenda



1 em cada: cidadãos foi atendido na tipologia de Convalescença na RNCCI sobre o total nacional da pop. portuguesa com idade ≥ a 65 anos.

### c) Utentes atendidos



Na tipologia de Convalescença foram atendidos em 2007 2.966 utentes<sup>3</sup>, isto é, 50% do total de utentes atendidos na RNCCI.

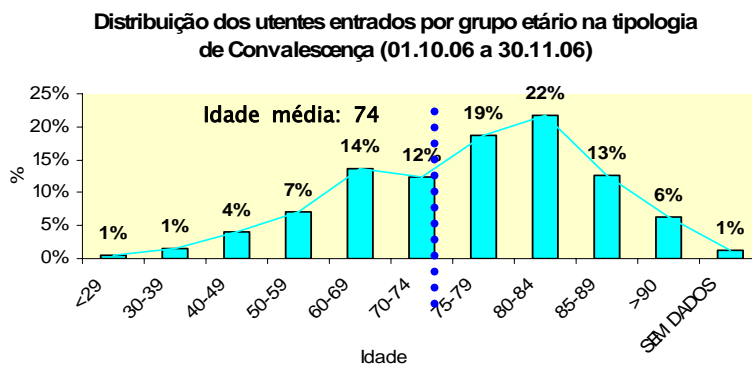
A região com maior cobertura é a do Algarve (1 em cada 163 cidadãos com idade  $\geq$  a 65 anos) seguida da do Centro (397), Norte (494), Alentejo (681) e Lisboa e Vale do Tejo (1.425).

#### d) Proveniência

De 1.361 utentes entrados com proveniência identificada entre 01.10.06 a 30.11.07, 84% dos utentes provêm do hospital; 12% do domicílio e 4% do Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar.

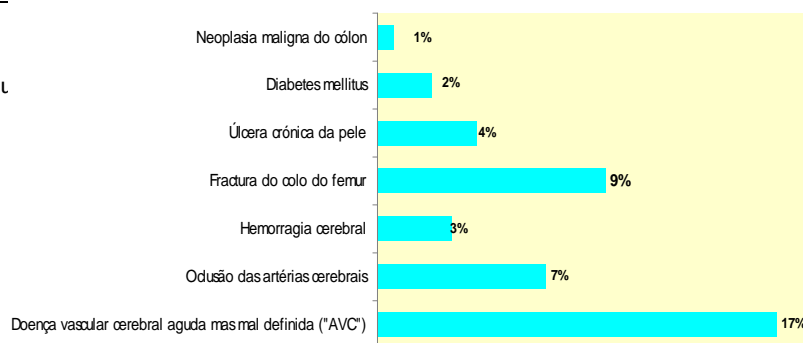
#### e) Perfil dos utentes

- A idade média dos utentes entrados situou-se em 74 anos, dos quais 67% dos utentes tem idade compreendida entre 60 e 85 anos; 19% mais de 85 anos e 13% menos de 60 anos.



- 52% dos utentes são do sexo feminino e 48% são do sexo masculino.
- Subsistema: 90% do SNS.
- Os diagnósticos do grupo do Sistema Circulatório agregam o maior número de casos (36,9%),

Diagnóstico principal mais frequente entre os utentes entrados na tipologia de internamento de Convalescença (01.10.06 a 30.11.07)



<sup>3</sup> 22 unidades de Convalescença q  
31.12.07.



seguido de **Traumatismos e envenenamentos (24,1%)**.

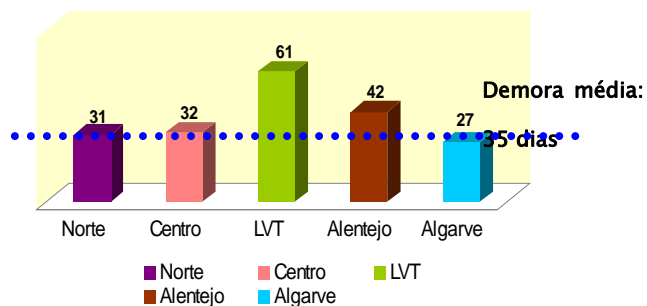
- **17% dos utentes entraram com o diagnóstico principal Acidente vascular cerebral. O segundo diagnóstico com maior frequência foi Fractura do colo do fémur com 9,5%, Oclusão das artérias cerebrais (7%) e Úlcera crónica da pele (4%).**
- O principal **destino dos utentes saídos (64%) é o domicílio**, seguido do hospital (13%), Nesta tipologia regista-se a maior **percentagem de altas por obtenção de objectivos terapêuticos (60%), 12% por agudização, 10% por outros motivos de alta, 8% por cronicidade e 7% por óbito.**
- A proporção de utentes entrados na tipologia de Convalescença é em 8% superior aos utentes saídos.



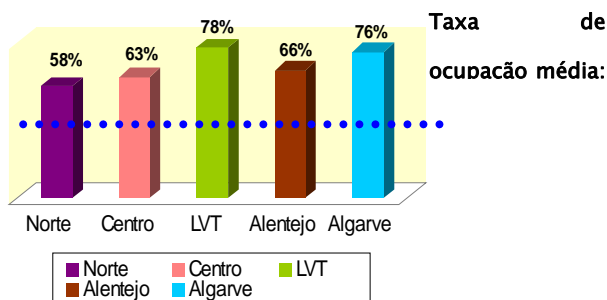


A demora média situa-se em 35 dias.

Demora média por nível II da NUTS nas Unidades de Convalescença (01.10.06 a 31.12.07)



Taxa ocupação média por nível II da NUTS nas Unidades de Convalescença (01.10.06 a 31.12.07)



A taxa de ocupação média na tipologia de Convalescença é de 65%

- 60% do total de reinternamentos verificam-se na tipologia de Convalescença (64 utentes). 59 utentes apresentam mais de um internamento, 2 utentes mais de dois internamentos e 2 utentes mais de três internamentos.



## f) Recursos Humanos

Recursos Humanos				
Unidades de Convalescença				
Perfil profissional	N.º médio de profissionais	N.º médio de profissionais ETC	N.º médio de minutos por cama/dia de internamento	N.º de unidades sem o perfil profissional
Médico	6,7	1,54	25,11	–
Fisiatra	0	0	0	11
Enfermeiro	15,91	7,84	141,24	–
Assistente social	0,95	0,47	10,65	2
Fisioterapeuta	2,5	1,07	19,44	1
Terapeuta ocupacional	0,39	0,17	4,41	6
Terapeuta da fala	0,71	0,13	4,42	2
Psicólogo	0,45	0,23	5,68	7
Dietista/Nutricionista	0,24	0,08	2,47	8
Farmacêutico	0,09	0,05	1,27	10
Auxiliar da acção médica	10,36	8,6	146,33	–
Auxiliar Técnico fisioterapia	0,12	0,13	5,84	9
Animador sócio cultural	0,09	0,07	2,05	10
<b>Total</b>	<b>38,51</b>	<b>20,38</b>	<b>368,91</b>	<b>–</b>



O **número médio de profissionais** nas unidades de Convalescença (11 unidades com declaração) é de **38,51 correspondentes a 20,38 equivalentes a tempo completo (35 horas/semana)**.

Constata-se que o **número médio de minutos por cama e dia de internamento no conjunto de profissionais** é de 368,91 (**aproximadamente 6 horas**) onde se observa uma dedicação de 146,33 minutos pelos auxiliares da acção médica e 141,24 minutos de enfermeiros.

Destaca-se que 2 unidades não possuem assistentes sociais, 1 unidade não possui fisioterapeutas e 6 unidades não possuem terapeutas ocupacionais.

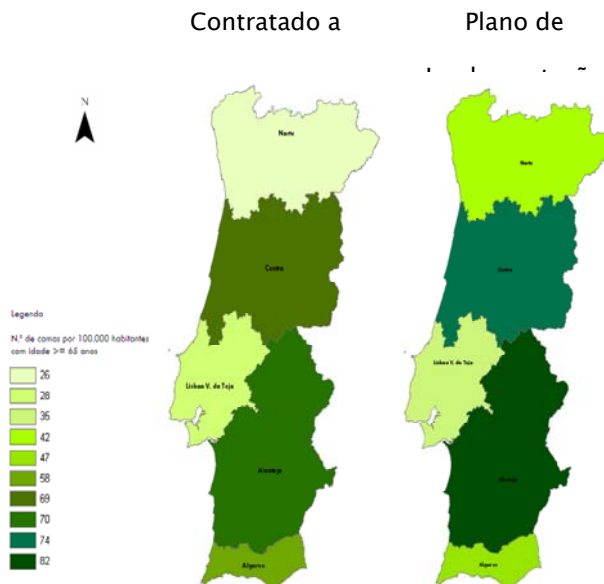
Em relação à média encontrada a partir das declarações realizadas pelas unidades de Convalescença apura-se que o maior desvio negativo é de 77%, isto é, uma das unidades distancia-se em 77%, apresentando o menor número médio de profissionais e horas dedicadas na média das unidades de Convalescença com declaração. Por outro lado destaca-se a existência de uma unidade de Convalescença com mais 130% da média de profissionais e horas dedicadas em relação à média das unidades encontrada.



## 8.2. Unidades de Média Duração e Reabilitação

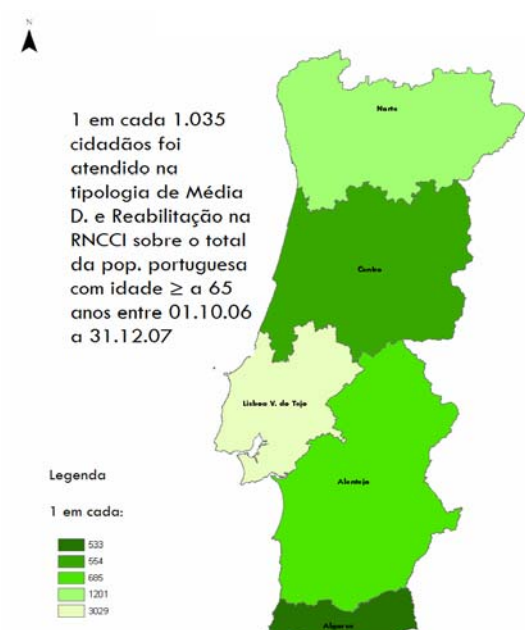
### a) Planeamento e Implementação

Verifica-se que a região do Algarve superou em 23% os objectivos previsto no Plano de Implementação 2007. A região Centro atingiu 93% do planeado, a região do Alentejo 85%, a região Lisboa e Vale do Tejo 80% e, por fim, observa-se que a região Norte atingiu 62% do planeado.



### b) Propostas de admissão

874 utentes foram propostos para a tipologia de Média Duração e Reabilitação (15% do total), 47% das propostas provenientes do hospital, 48% de Centro de Saúde e 3% de unidades da RNCCI. Os utentes referenciados recebem maioritariamente apoio na higiene da roupa, casa e pessoal (65%).



cidadãos foi atendido na tipologia de Média Duração e Reabilitação na RNCCI sobre o total nacional da pop. portuguesa com idade ≥ a 65 anos.



### c) Utentes atendidos

Na tipologia de Média Duração e Reabilitação foram atendidos em 2007 1.569 utentes<sup>4</sup>, isto é, 26,4% do total de utentes atendidos na RNCCI. As regiões Centro e Algarve são as que apresentam uma maior cobertura, com valores semelhantes (1 em cada 553 cidadãos com idade igual ou superior a 65 anos). Por ordem decrescente, encontra-se a região do Alentejo (com uma cobertura de 1 em cada 685), a do Norte (1 em cada 1.201) e, finalmente, Lisboa e Vale do Tejo (1 em cada 3.029).

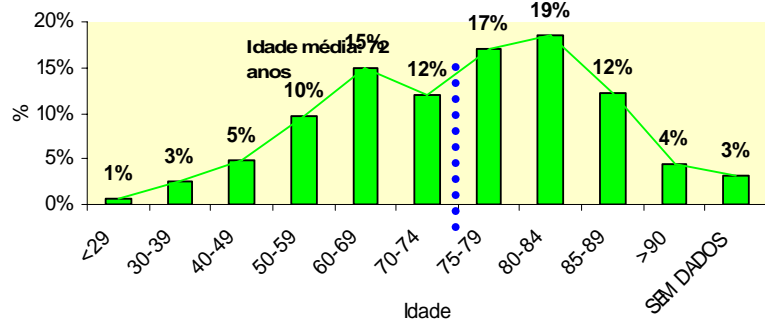
### d) Proveniência

De 658 utentes entrados com proveniência identificada entre 01.10.06 a 30.11.07, 57% dos utentes provêm do hospital, 23% domicílio, 16% de unidades da RNCCI e 3% do CS ou USF.

### e) Perfil dos utentes

- A idade média dos utentes entrados situou-se em 72 anos, dos quais 63% dos utentes atendidos está na faixa etária dos 60 aos 85 anos; 19% tem menos de 60 anos, 4% mais de 90 anos.

Distribuição dos utentes entrados por grupo etário e na tipologia de Média Duração e Reabilitação (01.10.06 a 30.11.07)



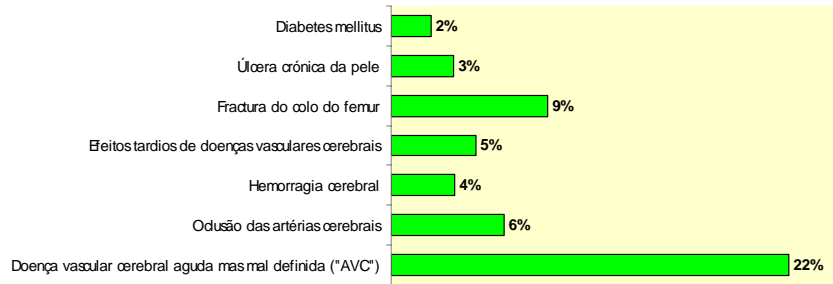
- 51% dos utentes são do sexo feminino e 49% são do sexo masculino.

<sup>4</sup> 36 unidades de Média Duração e Reabilitação que apresentaram um total de 270 meses com declaração entre 01.10.06 a 31.12.07.



- **Subsistema: 93% do SNS**
- Os diagnósticos do grupo do **Sistema Circulatório (44,8%)** agregam o maior número de casos, seguido de **Traumatismos e Envenenamentos (15,1%)**.

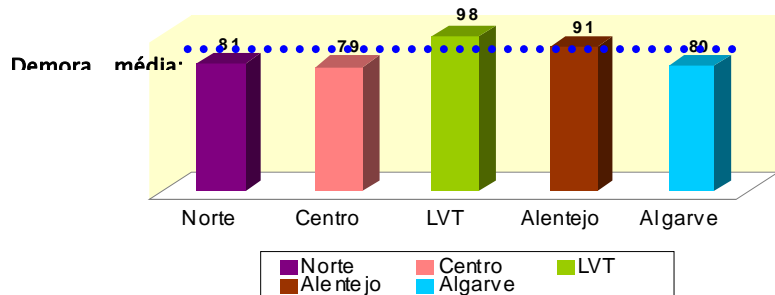
Diagnóstico principal mais frequente entre os utentes entrados na tipologia de internamento de Média Duração e Reabilitação (01.10.06 a 30.11.07)

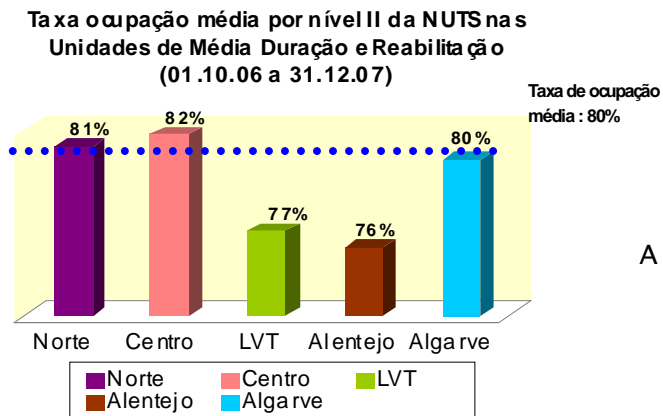


- **22% dos utentes entraram com diagnóstico principal Acidente vascular cerebral.** O segundo diagnóstico principal com maior frequência foi **Fractura do colo do fémur com 9%, Oclusão das artérias cerebrais (6%) e Efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais (5%)**.
- O principal **destino dos utentes saídos (49%)** é o **domicílio**, seguido do hospital (17%). Nas unidades de Média Duração e Reabilitação a **maior percentagem de altas ocorre pela obtenção dos objectivos terapêuticos (47%)**, 16% por outros motivos de alta, 15% por agudização, 12% por óbito e 7% por cronicidade.
- A proporção de utentes entrados nesta tipologia é em 28% superior aos utentes saídos.

A demora média situa-se em 83 dias.

Demora média por nível II da NUTS nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (01.10.06 a 31.12.07)





A taxa de ocupação média é de 80%.

- 16% dos reinternamentos verificam-se na tipologia de Média Duração e Reabilitação (17 utentes), dos quais 16 com mais de um internamento e um caso com mais de dois internamentos.



## f) Recursos Humanos

Recursos Humanos				
Unidades de Média Duração e Reabilitação				
Perfil profissional	N.º médio de profissionais	N.º médio de profissionais ETC	N.º médio de minutos por cama/dia de internamento	N.º de unidades sem o perfil profissional
Médico	2,36	0,84	17,87	–
Fisiatra	0	0	0	13
Enfermeiro	13,95	4,67	101,69	–
Assistente social	0,77	0,29	9,09	3
Fisioterapeuta	1,9	0,9	17,18	1
Terapeuta ocupacional	0,46	0,18	3,9	7
Terapeuta da fala	0,51	0,09	3,06	6
Psicólogo	0,51	0,09	3,05	7
Dietista/Nutricionista	0,28	0,03	1,15	9
Farmacêutico	0,08	0,01	0,23	–
Auxiliar da acção médica	10,87	6,7	133,68	12
Auxiliar Téc. fisioterapia	0,31	0,22	4,8	11
Animador sócio cultural	0,44	0,06	1,6	8
<b>Total</b>	<b>32,44</b>	<b>14,08</b>	<b>297,3</b>	<b>–</b>





O **número médio de profissionais** nas unidades de Média Duração e Reabilitação (13 unidades com declaração) é de **32,4 correspondentes a 14, 1 equivalentes a tempo completo (35 horas/semana)**.

Observa-se que o **número médio de minutos por cama e dia de internamento no conjunto dos profissionais** é de 297,3 (aproximadamente 5 horas) onde se constata uma dedicação de 133,68 minutos pelos auxiliares da acção médica e 101,69 minutos de enfermeiros.

Destaca-se que 3 unidades não possuem assistentes sociais, 1 unidade não possui fisioterapeutas e 7 unidades não possuem terapeutas ocupacionais.

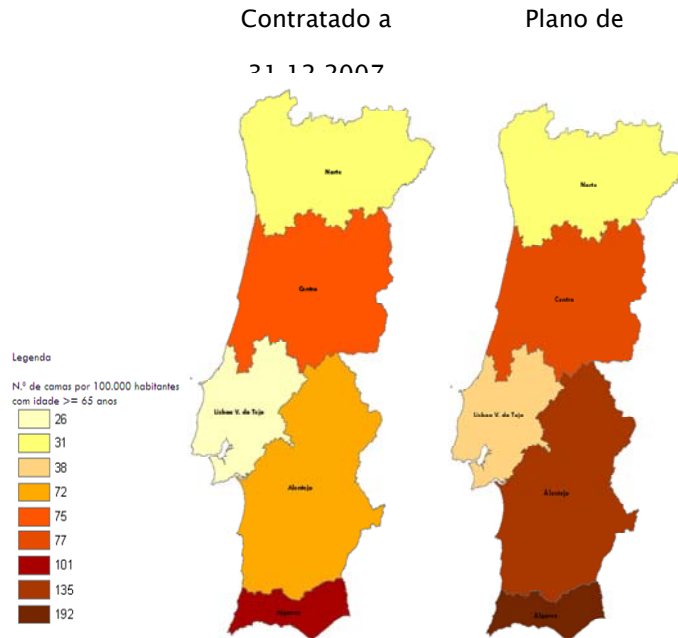
Em relação à média apurada entre as unidades da tipologia de Média Duração e Reabilitação com declaração de dedicação horária dos profissionais, destaca-se que o maior desvio negativo na dotação de recursos humanos entre as unidades que declararam é de 76% e o maior desvio positivo de 73%.



## 8.3. Unidades de Longa Duração e Manutenção

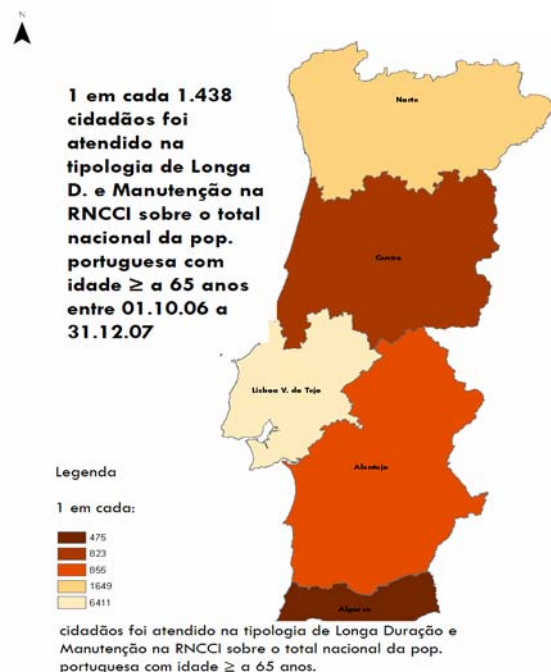
### a)Planeamento e Implementação

Verifica-se que a região Norte atingiu o pretendido no Plano de Implementação de 2007. A região Centro atingiu 97% do planeado e a região Lisboa e Vale do Tejo 68%. As regiões do Alentejo e Algarve foram as que mais se distanciaram do planeado, atingindo 53% cada.



### b)Propostas de admissão

968 utentes foram propostos para a tipologia de Longa Duração e Manutenção (17% do total), 39% das propostas provenientes do hospital, 48% provenientes do Centro de Saúde, 8%, de unidades da RNCCI e 4% de instituição. Os utentes referenciados recebem maioritariamente apoio na higiene da roupa, casa e pessoal (56%).





### c) Utentes atendidos

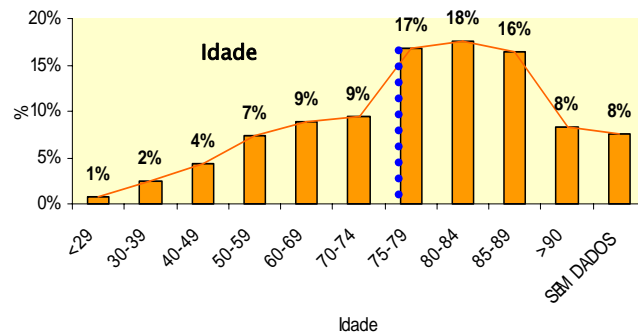
Na tipologia de Longa Duração e Manutenção foram atendidos em 2007 um total de 1.129 utentes<sup>5</sup>, isto é, 19% do total de utentes atendidos na RNCCI.

Nas regiões a maior cobertura populacional para esta tipologia é a região do Algarve (1 em cada 475 cidadãos com idade  $\geq$  a 65 anos), seguida do Centro (1 em cada 823), Alentejo (1 em cada 855), Norte (1 em cada 1.649) e Lisboa e Vale do Tejo (1 em cada 6.411).

### d) Proveniência

De 342 utentes entrados com proveniência identificada entre 01.10.06 a 30.11.07, 45% dos utentes provêm do hospital; 35% do domicílio, 14% de unidades da RNCCI e 6% do CS/USF.

Distribuição dos utentes entrados por grupo etário na tipologia de Longa Duração e Manutenção (01.10.06 a 30.11.07)



### e) Perfil dos utentes

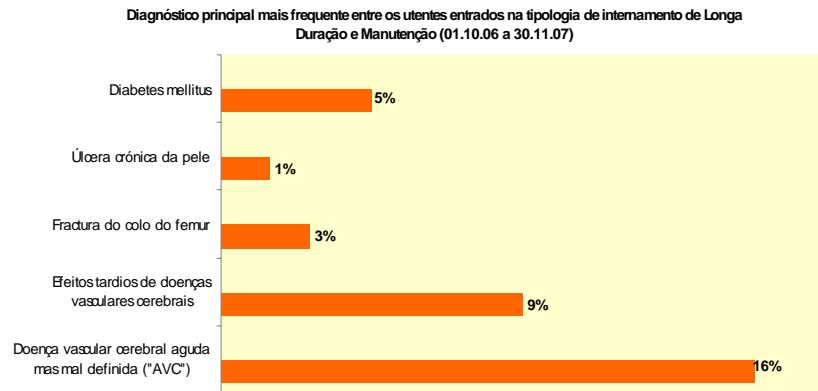
- A idade média dos utentes entrados situou-se em 75 anos, dos quais 53% dos utentes tem idade compreendida entre os 60 e os 85 anos, 24% tem mais de 85 anos e 14% menos de 60 anos.
- 54% dos utentes são do sexo feminino e 46% são do sexo masculino.
- Subsistema: 91% do SNS.

<sup>5</sup> 35 unidades de Longa Duração e Manutenção que apresentaram um total de 297 meses declarados entre 01.10.06 a 31.12.07.



- Os diagnósticos do grupo do **Sistema Circulatório** (42,7%) agregam o maior número de casos, seguido de **SNC Órgãos e Tecidos** (12,4%), **Traumatismos e Envenenamentos** (10%) e **Doenças Mentais** (9,2%).

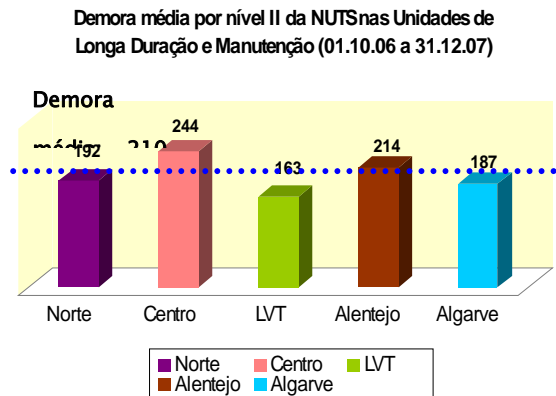
- 16% dos utentes entraram com o diagnóstico principal Acidente vascular cerebral. O segundo maior frequência foi Efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais com 9% e, de seguida, Diabetes mellitus (5%)**



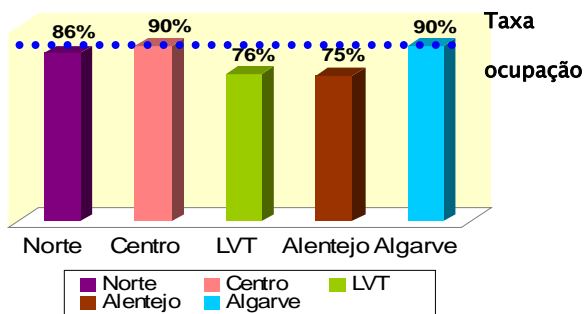
- 37% dos utentes falece. 24% dos utentes saídos tem como destino o domicílio e 23% o hospital. Entre os motivos de saída 21% dos utentes saíram por agudização e 16% por obtenção dos objectivos terapêuticos.
- A proporção dos utentes entrados na tipologia de Longa Duração e Manutenção é em 40% superior à dos utentes saídos.



A demora média situa-se em 210 dias.



Taxa ocupação média por nível II da NUTS nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (01.10.06 a 31.12.07)



de

A taxa de ocupação média é de 87%

- 24% dos internamentos verificaram-se nas unidades de Longa Duração e Manutenção (26 utentes), dos quais 25 casos com mais de um internamento e um caso com mais de um internamento.



## f) Recursos Humanos

Recursos Humanos				
Unidades de Longa Duração e Manutenção				
Perfil profissional	N.º médio de profissionais	N.º médio de profissionais ETC	N.º médio de minutos por cama/dia de internamento	N.º de unidades sem o perfil profissional
Médico	3,02	0,27	5,27	–
Fisiatra	0,12	0	0,08	15
Enfermeiro	10,57	2,88	56,78	–
Assistente social	0,88	0,24	7,02	2
Fisioterapeuta	1,43	0,36	11,12	3
Terapeuta ocupacional	0,33	0,08	2,01	11
Terapeuta da fala	0,08	0	0,1	15
Psicólogo	0,82	0,21	5,51	3
Dietista/Nutricionista	0,33	0,06	1,74	11
Farmacêutico	0,06	0,01	0,12	16
Auxiliar da acção médica	10,67	7,02	128,67	–
Auxiliar Téc. fisioterapia	0,1	0,08	1,52	16
Animador sócio cultural	0,35	0,05	1,61	10
<b>Total</b>	<b>28,76</b>	<b>11,26</b>	<b>221,55</b>	<b>–</b>



O **número médio de profissionais** nas unidades de Longa Duração e Manutenção (17 unidades com declaração) é de **28,76 correspondentes a 11, 26 equivalentes a tempo completo**.

Constata-se que o **número médio de minutos por cama e dia de internamento no conjunto dos profissionais** é de 221,55 (3,6 horas) onde se observa uma dedicação de 128,67 minutos pelos auxiliares da acção médica e 58,78 minutos de enfermeiros.

Destaca-se que 2 unidades não possuem assistentes sociais, 3 unidades não possuem fisioterapeutas e 11 unidades não possuem terapeutas ocupacionais.

Em relação à média apurada entre as unidades da tipologia de Longa Duração e Manutenção com declaração efectuada em termos de dotação de recursos humanos, destaca-se que o maior desvio negativo encontrado é de 76% e o maior desvio positivo é de 218% em relação à média das unidades.

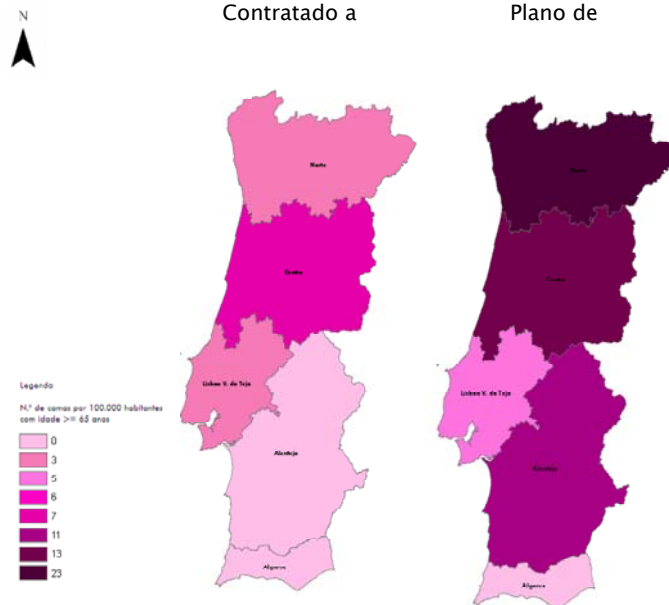


## 8.4. Unidade de Cuidados Paliativos

### a)Planeamento e Implementação

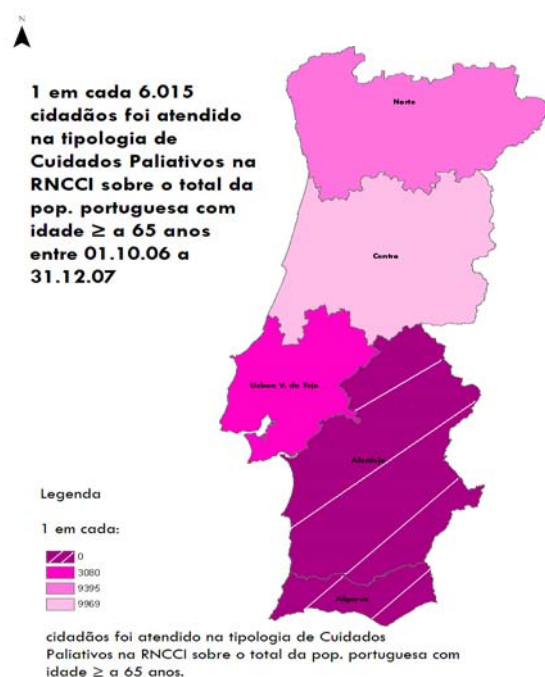
A região de Lisboa e Vale do Tejo atingiu 60% dos objectivos previstos, a região Centro atingiu 54% e a região Norte atingiu 13%. Observa-se, também, que a região do Alentejo foi a mais se distanciou do planeado, não estando

nenhuma cama em funcionamento. Na região do Algarve o Plano de Implementação 2007 não previa esta tipologia de cuidados.



### b)Propostas de admissão

À data de elaboração do presente relatório não estavam disponíveis dados sobre as propostas de admissão de utentes em Unidades de Cuidados Paliativos.



### c)Utentes atendidos

Na tipologia de Cuidados Paliativos foram atendidos em 2007 um total de





270 utentes<sup>6</sup>, ou seja, 4,6% do total de utentes atendidos na RNCCI.

As regiões do Alentejo e Algarve não dispõem desta tipologia de internamento. Entre as que dispõem, a maior cobertura encontra-se na região de Lisboa e Vale do Tejo (1 em cada 3.080 cidadãos entre a população com idade igual ou superior a 65 anos).

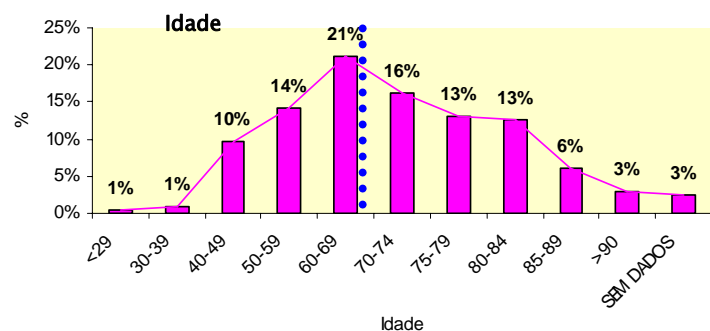
#### d) Proveniência

De 53 utentes entrados com proveniência identificada entre 01.10.06 a 30.11.07, 79% provêm do hospital, 19% do domicílio e 2% do lar ou residência.

#### e) Perfil dos utentes

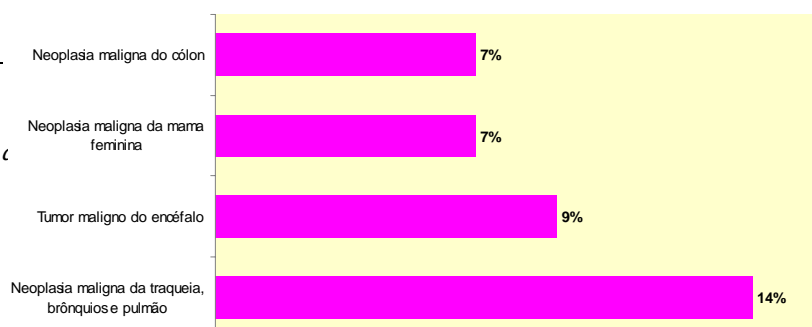
- A idade média dos utentes entrados situou-se em 68 anos, dos quais 63% dos utentes entrados nesta tipologia tinha mais de 60 anos e menos de 85 anos, 26% menos de 60 anos, 9% mais de 85 anos.

Distribuição dos utentes entrados por grupo etário na tipologia de Cuidados Paliativos (01.10.06 a 30.11.07)



- 51% dos utentes são do sexo feminino e 49% são de sexo masculino.
- Subsistema: 89% do SNS.
- Os diagnósticos do grupo das Neoplasias agregam o maior número de casos (94,8%) destacando-se a Neoplasia maligna da

Diagnóstico principal mais frequente entre os utentes entrados na tipologia de internamento de Cuidados Paliativos (01.10.06 a 30.11.07)



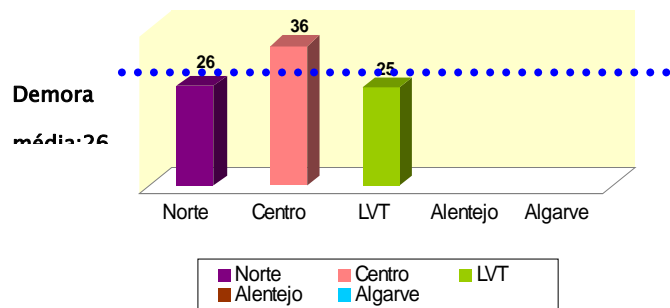
<sup>6</sup> 4 unidades de Cuidados Paliativos a 31.12.07.



**traqueia, brônquios e pulmão** como o diagnóstico principal mais frequente (14%), seguido da Neoplasia maligna do encéfalo (9%), da Neoplasia da mama feminina e do cólon (7%).

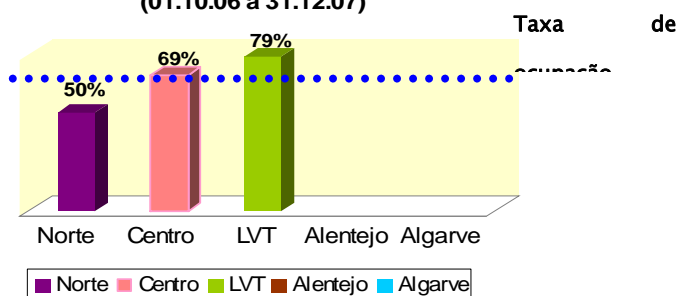
- 91% dos utentes internados nas unidades de Cuidados Paliativos falece e observa-se que 2% são referenciados para o domicílio, 2% para o hospital.
- A proporção dos utentes entrados é 4% superior aos utentes saídos.

Demora média por nível II da NUTS nas Unidades de Cuidados Paliativos (01.10.06 a 31.12.07)



A demora média situa-se em 26 dias.

Taxa ocupação média por nível II da NUTS nas Unidades de Cuidados Paliativos (01.10.06 a 31.12.07)





**A taxa de ocupação média é de 70%.**

- À data de elaboração do presente relatório não estavam disponíveis dados sobre a dotação de recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos.