

***Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade
da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
2009***

Fevereiro 2010



1	INTRODUÇÃO	5
2	PLANEAMENTO 2009.....	6
2.1	Plano de Implementação 2009	6
2.2	Execução física a 31.12.2009	6
2.2.1	Tipologias de internamento	7
2.2.1.1	Evolução da capacidade contratada.....	8
2.2.1.2	Acordos celebrados e entidades prestadoras	8
2.2.1.3	Cobertura populacional alcançada	10
2.2.2	Equipas	12
2.2.2.1	Número de EGA	12
2.2.2.2	Número de ECL	12
2.2.2.3	Número de ECCL e lugares de cuidados no domicílio	13
2.2.3	Lugares na RNCCI: Unidades e ECCL	14
3	COORDENAÇÃO E GESTÃO DA RNCCI	15
3.1	Modelo de coordenação e gestão da RNCCI	15
3.2	Estratégia em Cuidados Paliativos.....	15
3.3	Qualidade	16
3.3.1	Acompanhamento das Unidades de Internamento pelas ECL	17
3.3.2	Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento pelas Equipas de Melhoria da Rede	18
3.3.3	Auditorias de âmbito clínico.....	21
3.3.4	Avaliação da Satisfação	25
3.3.4.1	Satisfação dos colaboradores	25
3.3.4.2	Satisfação dos utentes.....	27
3.4	Implementação Piloto de Orçamentação por Programas	29
4	LEGISLAÇÃO, DIRECTIVAS TÉCNICAS E NOTAS INFORMATIVAS	30
4.1	Legislação relevante no âmbito da RNCCI	30
4.2	Directivas Técnicas	30
4.3	Notas informativas.....	30
4.4	Outras Orientações	31
5	CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO	32



5.1	Tempo entre data de internamento hospitalar e sinalização do utente	32
5.2	Tempo entre data da sinalização à EGA e data prevista da alta.....	33
5.3	Tempo entre data da sinalização hospitalar e referenciação	33
5.4	Tempo de avaliação propostas nas ECL por tipologias.....	34
5.5	Tempo de identificação de vaga nas ECR.....	35
5.6	Tempos agregados de referenciação a internamento.....	37
5.7	Transferências na Rede	38
5.8	Pedidos de reavaliação	39
6	ACTIVIDADE E PERFIL ASSISTENCIAL	40
6.1	Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI.....	40
6.1.1	Utentes referenciados para a RNCCI	40
6.1.2	Número de utentes com condições de ingresso na Rede em relação aos utentes referenciados	44
6.1.3	Número de utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso na Rede activos	45
6.1.4	Motivos das propostas de referenciação para a RNCCI	46
6.1.5	Perfil dos utentes da RNCCI.....	47
6.1.5.1	Sexo e Idade	47
6.1.5.2	Estado civil	48
6.1.5.3	Escolaridade	48
6.1.5.4	Situação de convivência	48
6.1.5.5	Proveniência e tipo de apoio recebido	49
6.1.6	Diagnóstico principal	50
6.2	Caracterização do movimento e perfil assistencial nas unidades de internamento da RNCCI.....	51
6.2.1	Número de utentes assistidos.....	51
6.2.2	Destino dos utentes saídos	55
6.2.3	Motivos de alta (não inclui óbitos).....	56
6.2.4	Demora média.....	56
6.3	Taxa de ocupação nas tipologias de internamento.....	58
7	RESULTADOS DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL	60
7.1	Caracterização de Avaliações	60
7.1.1	Evolução da Autonomia Física	60
7.1.2	Utilização de cadeira de rodas	63
7.1.3	Úlceras de Pressão	64
7.1.4	Quedas	64



7.1.5	Avaliação da Dor.....	65
7.2	Óbitos	66
8	RECURSOS.....	68
8.1	Recursos financeiros	68
8.1.1	Execução Financeira do Plano de Implementação 2009	68
8.1.2	Programa Modelar	68
8.1.3	Projecto de Distribuição de Fraldas.....	69
8.2	Recursos humanos	71
9	FORMAÇÃO.....	72
9.1	Actividades de formação desenvolvidas em 2009	72
10	COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DA RNCCI	74
11	CONCLUSÕES.....	75



1 INTRODUÇÃO

A Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, como parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, veio promover a abertura organizacional a novos modelos de Cuidados, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa óptica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social, veio preencher uma lacuna existente em Portugal, no âmbito da Saúde e do Apoio Social, colocando desta forma o país ao mesmo nível dos seus parceiros europeus, no que diz respeito a políticas de *Bem-Estar promovidas pelo Estado*.

O mundo ocidental está a envelhecer. Este facto resulta em desafios incontestáveis para os governos e as sociedades, particularmente para os sistemas sociais e de saúde, que devem garantir a acessibilidade, a equidade e a qualidade na prestação de cuidados de forma sustentada

Reverter situações de dependência, enquanto as políticas de envelhecimento activo se desenvolvem, são os desafios no momento a nível global. Prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países com políticas públicas de apoio social e de saúde, enquadra-se no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) para a necessidade de atender e proteger a dependência.

A mudança de paradigma preconizada pela Rede na organização e prestação de cuidados, aliada à sua intersecção com os vários níveis do SNS, implica uma dinâmica de interiorização paulatina dos novos princípios de organização e funcionamento, que deve ser transversal a todo o sistema de saúde. Este novo paradigma tem como princípio e fim a resposta às necessidades existentes de integralidade e continuidade de cuidados, que só são alcançáveis quando todos os elementos do sistema perseguem este objectivo comum. A mudança requerida tem sido apoiada por um enorme investimento na formação e divulgação dos princípios preconizados pela Rede e reconhecida pela adesão dos profissionais e instituições correspondentes a este grande desafio que é colocado a todos os actores dos sistemas de saúde e de apoio social.

Assim, através da sua intercepção com os níveis de cuidados hospitalares e primários e dos novos paradigmas introduzidos pela RNCCI, promove-se a revisão do papel do nível Hospitalar e reforça-se o dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como ponto charneira do SNS, apoiando a sua necessária modernização e adequação às novas necessidades emergentes de saúde do país e estreita-se a articulação e integração do apoio social.

A Rede define -se como um modelo de respostas diversificadas, com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados. Está presente em todo o território Continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e de internamento previstas. As Unidades de Dia e Promoção da Autonomia têm início previsto, como experiências piloto, no 2º trimestre de 2010 (tendo sido já definidos os respectivos parâmetros de funcionamento e financiamento).

O presente *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, referente a 2009, evidencia a execução do planeamento, a coordenação e gestão da Rede, analisa a referenciação e o seu circuito, a actividade e perfil assistencial, os resultados dessas actividades enquadrados na política de qualidade da Rede, os recursos e a actividade de formação.

De realçar os resultados dos inquéritos de satisfação dos profissionais das unidades prestadoras da RNCCI, bem como os dos inquéritos de satisfação dos utentes.

A actividade das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), responsáveis pela prestação deste tipo de cuidados no domicílio, constituiu uma prioridade em 2009, em parceria com os CSP, dada a responsabilidade destes no seu desenvolvimento.

Só o esforço realizado pelas equipas de profissionais (referenciadoras e prestadoras de cuidados) na concretização de registos coerentes permite consolidar e trazer fiabilidade à informação, possibilitando uma melhor monitorização da RNCCI.

De referir o esforço no investimento para o alargamento das respostas da Rede, através do Programa Modelar, que constitui uma comparticipação financeira do Estado, a fundo perdido, ao investimento das IPSS na criação/adaptação de Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados para a RNCCI.



2 PLANEAMENTO 2009

2.1 Plano de Implementação 2009

O Plano de Implementação da RNCCI resulta de um consenso interministerial (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social) e propõe a implementação de novas respostas baseadas num processo de planeamento geográfico, proposto pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) à Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), através dos Planos de Implementação Regionais. Os Planos de Implementação regionais e anuais permitem operacionalizar e ajustar as metas inicialmente traçadas em função da sua viabilidade de execução.

O processo de implementação da RNCCI inicia-se e desenvolve-se tendo como princípio o máximo aproveitamento e optimização de recursos (de estruturas e profissionais) e de parcerias.

A monitorização da execução física e financeira do Plano de Implementação em 2009 consistiu na definição de instrumentos periódicos de recolha de informação, visando-se a análise trimestral da execução das despesas facturadas e efectivamente pagas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pelos Centros Distritais de Segurança Social respectivos, às unidades prestadoras da RNCCI. Tal metodologia tem permitido o apuramento dos desvios face ao orçamentado, por tipologia de unidades de cuidados continuados, por região e por natureza de despesa (investimento ou funcionamento).

Prevê-se que o acompanhamento dos indicadores estratégicos e operacionais, de natureza física e financeira, previsto no Piloto da Orçamentação por Programas, irá permitir, também, o apuramento do custo efectivo da RNCCI. Tal medida possibilitará comparar esse valor com a facturação e pagamentos efectuados pelas 5 ARS às entidades prestadoras, com vista à análise dos desvios apurados, visando-se, assim, uma melhoria contínua na definição de necessidades e recursos financeiros da RNCCI.

2.2 Execução física a 31.12.2009

No Plano de Implementação de 2009 é prevista a continuidade das respostas já existentes e a criação de novas respostas. No planeamento efectuado foram considerados os rácios de identificação de necessidades e definidas metas para execução das respostas.

A execução teve, ainda, de se compatibilizar com os tempos necessários à realização de procedimentos concursais previstos na Lei para o sector público (adaptação de instalações dos centros de saúde e hospitais), ou com a boa vontade e aceitação no caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social, ou Misericórdias, detentoras e gestoras de instalações com necessidade de adequação para poderem integrar a Rede e com a sua capacidade de recurso a linhas de financiamento.

O plano de implementação de 2009 encontra-se na tabela seguinte:

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO 2009						
TIPOLOGIAS	Nº CAMAS					
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	251	142	124	58	50	625
Média Duração e Reabilitação	420	437	215	107	74	1253
Longa Duração e Manutenção	602	603	351	203	183	1942
Paliativos	35	14	53	6	10	118
TOTAL	1308	1196	743	374	317	3938



2.2.1 Tipologias de internamento

Na tabela seguinte mostra-se a execução regional e nacional do plano de implementação, referente a lugares em unidades de internamento:

Região	Plano de Implementação	Executadas	Taxa de Execução
Norte	1.308	1.308	100%
Centro	1.196	1.196	100%
LVT	743	743	100%
Alentejo	374	374	100%
Algarve	317	317	100%
TOTAL	3.938	3.938	100%

O número de camas contratadas em funcionamento até 31 de Dezembro de 2009, por região e tipologia, bem como a sua taxa de execução em relação ao planeamento de 2009, encontra-se nas 2 tabelas seguintes:

Nº DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2009						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	251	142	124	58	50	625
Média Duração e Reabilitação	420	437	215	107	74	1253
Longa Duração e Manutenção	602	603	351	203	183	1942
Paliativos	35	14	53	6	10	118
TOTAL	1308	1196	743	374	317	3938

O número total de camas previstas no Plano de Implementação é de 3.938, verificando-se uma taxa de execução física de 100%.



2.2.1.1 Evolução da capacidade contratada

O Plano de Implementação prevê, tal como já se referiu, a continuidade das respostas já existentes e a criação de novas respostas de internamento. Neste sentido, para ilustração da evolução das respostas em 2009, apresenta-se o número de respostas contratadas até 31 de Dezembro de 2008 (respostas já existentes) e a situação alcançada (evolução) a 31 de Dezembro de 2009 (respostas já existentes mais novas respostas), apresentando-se a variação percentual anual.

A tabela seguinte apresenta a **evolução do número de camas em funcionamento** por tipologia de internamento da RNCCI, comparando a situação a 31.12.2008 com a situação a 31.12.2009:

Tipologia de Internamento	N.º camas contratadas até 31.12.08	N.º camas contratadas até 31.12.09	Aumento	Variação
UC	530	625	95	18%
UMDR	922	1253	331	36%
ULDM	1.325	1942	617	47%
UCP	93	118	25	27%
TOTAL	2.870	3.938	1068	37%

Os resultados mostram a contratação durante o ano de 2009 de mais **1068 camas**, representando um aumento de **37% em relação a 2008**.

O maior crescimento é referente à tipologia de **Longa Duração e Manutenção (ULDM)** – 47%. Estas 617 camas representam **58%** do total de camas contratadas em 2009.

Em **2008** as camas de **Longa Duração e Manutenção** representavam **46%** do total de camas e em final de **2009**, **49%** do total. Este crescimento de camas de longa duração deriva da necessidade de maior número de camas nesta tipologia, e devido à menor rotatividade de utentes, atendendo às suas características, levam a um tempo de internamento muito superior às restantes tipologias.

2.2.1.2 Acordos celebrados e entidades prestadoras

Na tabela seguinte apresenta-se a distribuição dos acordos celebrados até 31 de Dezembro de 2009, por região e tipologia:

Nº DE ACORDOS EXISTENTES 2009						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	14	7	7	3	3	34
Média Duração e Reabilitação	22	21	9	6	3	61
Longa Duração e Manutenção	26	29	12	9	7	83
Paliativos	3	1	5	1	1	11
TOTAL	65	58	33	19	14	189



Na tabela seguinte apresenta-se a distribuição dos acordos celebrados até 31 de Dezembro de 2009 (189 acordos), por titularidade da entidade prestadora:

Entidade Prestadora		N.º de acordos celebrados	% total acordos celebrados	N.º de camas contratadas	% total acordos celebrados
		(31.12.09)		(31.12.09)	
SNS		23	12%	378	10%
IPSS	SCM	100	53%	1.919	49%
	OUTRAS	29	15%	597	15%
TOTAL IPSS		129	68%	2.516	64%
PRIVADA com fins lucrativos		37	20%	1044	27%
TOTAL		189		3.938	

Legenda: IPSS - SCM: Santa Casa da Misericórdia; IPSS - Outras: Instituição Particular de Solidariedade Social; SNS: Serviço Nacional de Saúde

O desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 68% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 2.516 camas, cerca de 64% da oferta.

No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia celebraram 100 acordos, com 1.919 camas contratadas, correspondendo a cerca de 49 % do total de camas.

A evolução face a 2008 mostra um acréscimo de 27% no numero de acordos, e de 37% de camas contratadas, conforme tabela seguinte:

Entidade Prestadora		31.12.08		31.12.09		Variação	
		N.º de acordos	N.º de camas contratadas	N.º de acordos	N.º de camas contratadas	acordos	camas contratadas
SNS		18	307	23	378	28%	23%
IPSS	SCM	89	1.628	100	1.919	12%	18%
	OUTRAS	26	482	29	597	12%	24%
	TOTAL IPSS	115	2.110	129	2.516	12%	19%
PRIVADA com fins lucrativos		16	453	37	1044	131%	130%
TOTAL		149	2.870	189	3.938	27%	37%

O SNS abrange 12 % do total de acordos celebrados (23 acordos), com a contratação de cerca de 10% da capacidade instalada da RNCCI (378 camas).

Com as Entidades privadas com fins lucrativos foram celebrados cerca de 20% do total de acordos com 1.044 camas contratadas, representando cerca de 27 % da capacidade instalada da RNCCI.

Comparativamente a 2008, verificou-se um aumento da capacidade contratada nas Entidades Privadas com fins lucrativos (de 453 camas para 1.044) o que significou um aumento de 130%, o maior registado entre as entidades prestadoras.

O SNS teve um aumento de 23% em relação a camas contratadas e 28% no número de acordos.



2.2.1.3 Cobertura populacional alcançada

Nas tabelas seguintes encontra-se a cobertura populacional alcançada a 31.12.09, por região e tipologia e sua comparação com 2008.

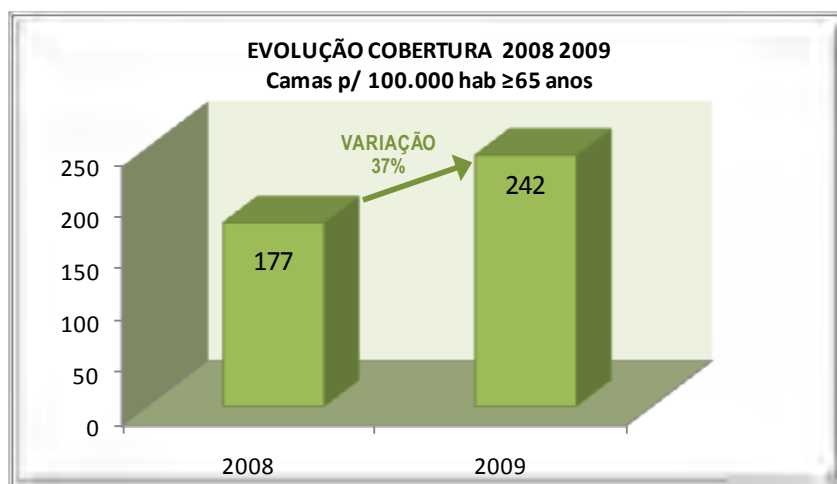
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	UC				UMDR			
		N.º de camas a 31/12		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12		N.º de camas a 31.12		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Norte	512.445	219	251	43	49	244	420	48	82
Centro	348.055	106	142	30	41	327	437	94	126
LVT	568.609	115	124	20	22	207	215	36	38
Alentejo	125.874	40	58	32	46	98	107	78	85
Algarve	73.613	50	50	68	68	46	74	62	101
TOTAL	1.628.596	530	625	33	39	922	1.253	57	77

Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	ULDM				UCP			
		N.º de camas a 31.12		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12		N.º de camas a 31.12		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12	
		2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Norte	512.445	387	602	76	117	27	35	5	7
Centro	348.055	424	603	122	173	24	14	7	4
LVT	568.609	244	351	43	62	34	53	6	9
Alentejo	125.874	120	203	95	161	8	6	6	5
Algarve	73.613	150	183	203	249	0	10	0	14
TOTAL	1.628.596	1.325	1.942	81	119	93	118	6	7

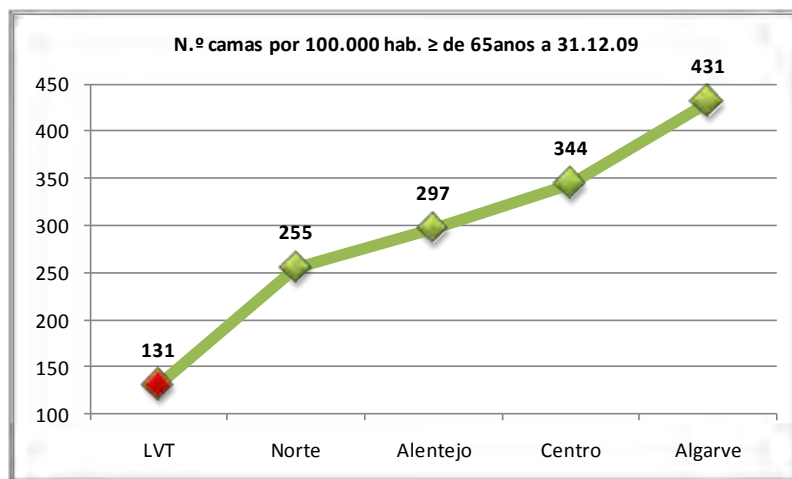
Região	N.º de habitantes com idade ≥ 65 anos	TOTAL			
		N.º de camas a 31.12		N.º camas por 100.000 hab. ≥ de 65anos a 31.12	
		2008	2009	2008	2009
Norte	512.445	877	1.308	171	255
Centro	348.055	881	1.196	253	344
LVT	568.609	600	743	105	131
Alentejo	125.874	266	374	211	297
Algarve	73.613	246	317	332	431
TOTAL	1.628.596	2.870	3.938	177	242



O gráfico seguinte mostra o crescimento da cobertura total nacional das camas por 100.000 habitantes com idade superior a 65 anos, comparativamente a 2008, que representa um acréscimo de 37%.



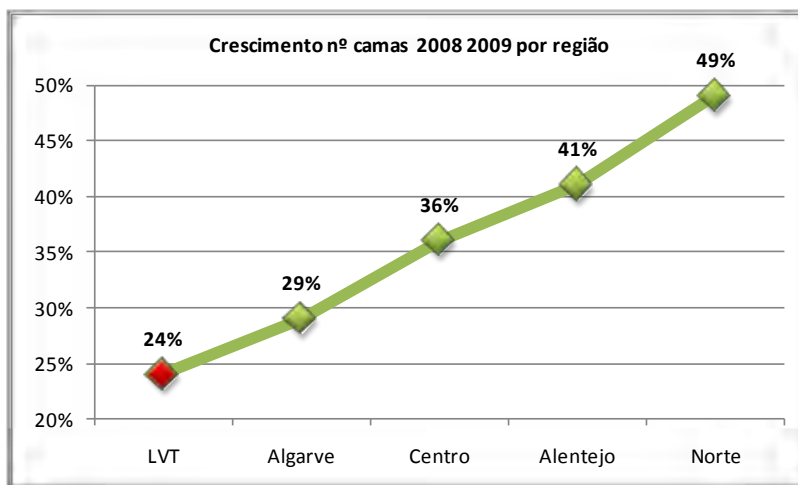
Embora o total nacional tenha crescido 37%, a cobertura por regiões não é homogéneo, conforme evidenciado no gráfico.



A região de **Lisboa e Vale do Tejo (LVT)** apresenta a menor cobertura, representando em relação ao menor valor seguinte, o Norte, uma cobertura cerca de 2 vezes menor (-195%), e em relação à cobertura nacional (242) um valor sobreponível (-185%). Já em final de 2008 era a região com menor cobertura.



O **Algarve** é a região que apresenta maior cobertura populacional, tal como já acontecia em 2008. Apesar disso ainda apresentou um crescimento superior ao da região de Lisboa e Vale do Tejo, que foi a região que menos cresceu.



2.2.2 Equipas

2.2.2.1 Número de EGA

No que respeita às equipas referenciadoras - Equipas de Gestão de Altas (EGA), a situação é sobreponível à de 31.12.2008, embora com um aumento de 5,4%. No entanto a situação **em final de 2009 era de cobertura total dos hospitais existentes** e este acréscimo deve-se à criação de EGA no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (Algarve), no Hospital de Seia (Centro) e no Hospital Joaquim Urbano (Norte).

2.2.2.2 Número de ECL

Na tabela seguinte encontram-se as Equipas Coordenadoras Locais (ECL) existentes por região:

ECL	
Norte	27
Centro	16
LVT	22
Alentejo	17
Algarve	3
TOTAL	85

Para a execução das funções atribuídas às ECL, é desejável a alocação de mais tempo dos profissionais que as integram a estas funções.



2.2.2.3 Número de ECCI e lugares de cuidados no domicílio

Em 2009 continuou-se a implementação das ECCI, com cumprimento dos circuitos de referenciação e preenchimento dos registos para monitorização do funcionamento da Rede, estando em situação de paridade com qualquer outra tipologia.

Para um **crescimento de número de ECCI total de 33%**, verificam-se ainda grandes assimetrias regionais, evidente na tabela seguinte:

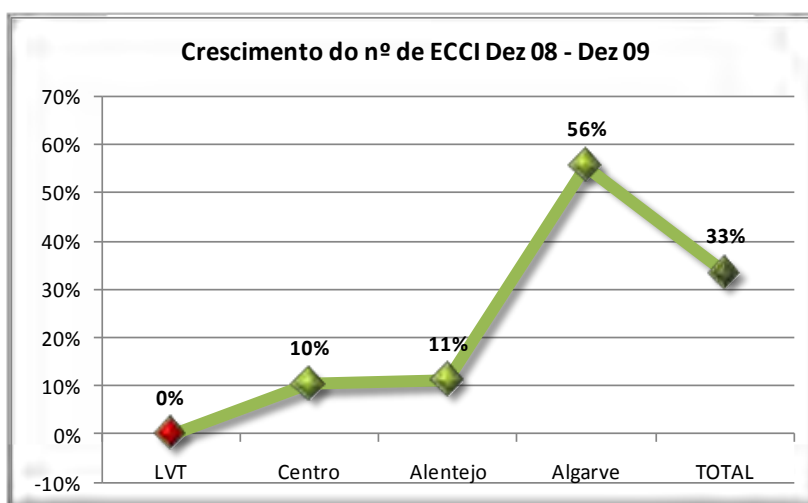
Equipas	Região	31.12.08	31.02.09	variação
ECCI	Norte	0	9	
	Centro	39	43	10%
	LVT	6	6	0%
	Alentejo	9	10	11%
	Algarve	18	28	56%
	TOTAL	72	96	33%

O **Norte** implementou em 2009, 11 ECCI com 0 de partida em 2008, o que representa **o maior crescimento**.

Na região **Algarve**, pioneira nesta tipologia, existem já **ECCI em todos os Centros de Saúde**.

Na região Centro, com 17 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)/Unidades Locais de Saúde (ULS) tem 43 ECCI e o Alentejo com 5 ACES/ULS tem 10 ECCI.

No gráfico seguinte evidencia-se o crescimento percentual, com a região de **Lisboa e Vale do Tejo sem crescimento** face a 2008. A região do Algarve apresenta um crescimento de 56%.





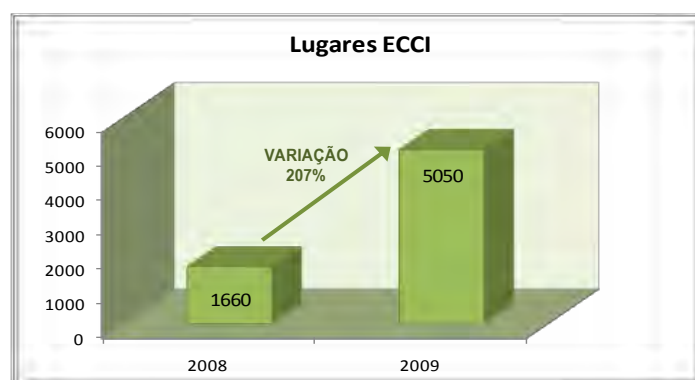
Com a implementação do novo modelo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários, onde está claramente definida a constituição de ECCEI, no âmbito dos ACES, integrando as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), certamente será facilitada e estimulada a constituição das ECCEI, uma vez que os suportes legais que as legitimam estão criados. (cf. nº 4 do Artº 11 do DL nº 28/2008, de 22/02). A reforma em curso dos CSP, com a criação das USF e das UCC vem consolidar esta tendência.

Desta reestruturação depende a resposta mais consentânea das ECCEI, nomeadamente no que diz respeito à admissão dos doentes, através de um processo de referenciação idêntico ao praticado em toda a RNCCI: uma equipa multidisciplinar, com intervenção mais abrangente e num horário mais alargado, mais integradora na avaliação das necessidades e na resposta aos doentes (saúde e apoio social).

De destacar o enorme esforço dos profissionais envolvidos para ultrapassar os constrangimentos existentes.

A capacidade das ECCEI, reflectida em número de lugares domiciliários na Rede evoluiu de 1660 em 2008, para 5050 em 2009, representando um **crescimento de 207%**. No final de 2009 já 42,4% dos ACES tinham pelo menos uma ECCEI sendo que alguns, como no caso do Algarve apresentam já uma cobertura total do território onde incide a área de influência.

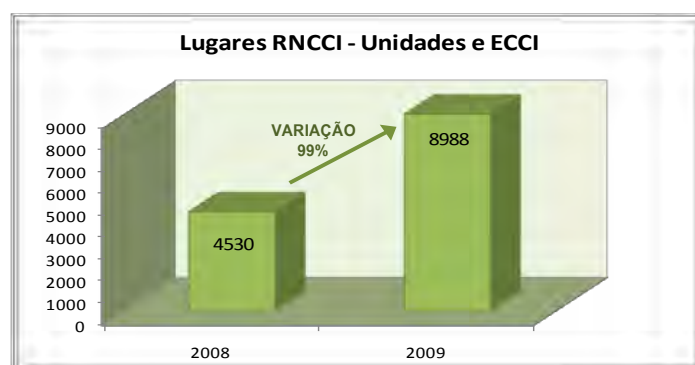
No entanto, é de referir a escassez de registos, que tem implicações no número real de utentes a quem estão a ser prestados cuidados nesta tipologia, bem como a composição das equipas.



Destaca-se que entre o leque de cuidados prestados pelas ECCEI se encontram os Cuidados Paliativos.

2.2.3 Lugares na RNCCI: Unidades e ECCEI

Quando analisados em conjunto, lugares de internamento e domiciliários na RNCCI, tiveram um **crescimento de 99%**, de 2008 para 2009.





3 COORDENAÇÃO E GESTÃO DA RNCCI

3.1 Modelo de coordenação e gestão da RNCCI

Tem sido estimulada a autonomia regional, nas vertentes de planeamento, acompanhamento e controlo, de modo a que, no respeito pelos princípios da RNCCI, sejam agilizados os procedimentos e garantida a adequação das respostas implementadas às necessidades identificadas e aos potenciais recursos disponíveis.

Verifica-se, assim, uma consolidação progressiva do modelo descentralizado de gestão e coordenação da RNCCI, facilitador das respostas intersectoriais em que se fundamenta a prestação de cuidados.

No entanto, há que garantir a uniformidade de procedimentos e critérios de modo a consolidar, no respeito pelas particularidades regionais, um modelo de cuidados único e uniforme.

A RNCCI, como inovação na abordagem da integração de cuidados de saúde e apoio social, foi identificada como um dos três projectos-piloto para Orçamentação por Programas, (Orçamento de Estado de 2009).

Neste âmbito, foram elaborados os relatórios exigidos e que traduzem os resultados atingidos para as acções e objectivos incluídos no piloto de orçamentação por programas.

3.2 Estratégia em Cuidados Paliativos

No âmbito dos **Cuidados Paliativos**, é importante realçar que o aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas e, ainda, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização do sistema de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente.

Os Cuidados Paliativos são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença – qualquer que ela seja –, quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas. Todos os doentes com doenças crónicas, sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida reconhecidamente limitado, são candidatos a Cuidados Paliativos. O prognóstico de vida deixa de ser o critério mais relevante para intervenção paliativa. A abordagem evoluiu para prestação de cuidados de continuidade, partilhados e preventivos.

Na Europa existem diferentes modelos de organização de Cuidados Paliativos bem como diferenças na disponibilidade de serviços e sua qualidade. É aceite que existe necessidade de usar os recursos (humanos e financeiros) de forma eficiente. Uma organização integrada de Cuidados Paliativos inclui Hospitais, RNCCI, Cuidados Primários, com flexibilidade, adaptando-se às características locais e regionais, em que áreas urbanas e do interior com população dispersa irão diferir na organização e fornecimento de serviços. Em regiões com dispersão populacional é considerado que equipas interdisciplinares com flexibilidade de papéis e responsabilidades sejam uma opção relevante. Este planeamento deve ter em linha de conta os ratios de recursos a diferentes níveis – EIHSCP, número de camas em unidades de Cuidados Paliativos (hospital de agudos e fora deles), ECSCP – de forma a serem ponderadas respostas a diferentes níveis de recursos, bem como as diferentes características loco-regionais e de população urbana ou não urbana. Em Portugal, os Cuidados Paliativos não são separados do sistema de saúde, como resposta paralela, sendo dele um elemento integrante, com enfoque nos Cuidados domiciliários.

Um dos objectivos é o desenvolvimento de Equipas Intrahospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em todos os hospitais, que prestam actividade no suporte a doentes em todo o hospital bem como no treino de Cuidados Paliativos a outras especialidades a nível hospitalar, ou a unidades e equipas extra-hospitalares.

A nível do apoio no domicílio, actualmente, as acções paliativas são prestadas através da inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECI), localizadas nos ACES.

Por outro lado implementam-se medidas em todos os serviços de saúde para melhorar a prestação de Cuidados (protocolos, formação,...) com particular destaque o treino a nível dos Cuidados Primários de Saúde a par com supervisão e suporte através das EIHSCP ou Unidades de Cuidados Paliativos, que permite disseminação de conhecimento sobre Cuidados Paliativos e de prestação de acções paliativas.

A apresentação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, adequado às exigências estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, para o reconhecimento como Projecto Demonstrativo da Organização Mundial de Saúde (OMS)



(“WHO Demonstration Project”) e com ela trabalhado em conjunto, e a apresentação de plano de implementação, consolidará a estratégia para este tipo de respostas.

A RNCCI estimulou a disponibilização dos recursos necessários e adequados para acompanhamento e resolução de situações que necessitavam de uma abordagem paliativa.

Existem 13 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), distribuídas pelas regiões Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Para além do número de lugares de internamento ter aumentado, fez-se um forte investimento na capacidade técnica das ECCI em Cuidados Paliativos. Cerca de 40 integram profissionais com competência em Cuidados Paliativos.

3.3 Qualidade

A área da **QUALIDADE** é assegurada pelo cumprimento de objectivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos.

Os seus **processos-chave** são:

- acesso à Rede - incluindo o circuito de referenciação de utentes;
- prestação de CCI nas unidades e equipas - Impacto dos cuidados e serviços;
- consolidação da Rede - planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos.

Os **objectivos** são Garantir a fluidez do fluxo de referenciação; Garantir o cumprimento dos critérios de referenciação; Garantir o registo das etapas do circuito de referenciação; Adequação dos cuidados, traduzida em resultados; Garantir o cumprimento dos clausulados contratuais

As **acções** são: Definição de standards mínimos; Formação; Acompanhamento; Auditorias organizacionais; Auditorias dos processos individuais; Medidas correctivas; Auditorias para verificação; Monitorização contínua

Numa estratégia para a qualidade a avaliação rigorosa e isenta aparece como fundamental. Por detrás do processo de melhoria contínua estão conceitos como a visão sistémica e a optimização dos processos, bem como as ferramentas de controlo e melhoria da qualidade, a avaliação da satisfação dos utentes, o *benchmarking* e a reengenharia dos processos.

No cumprimento da Estratégia para a Qualidade, definida para a RNCCI, têm vindo a ser implementadas acções que visam a melhoria contínua. Assumem particular importância as **visitas de acompanhamento** realizadas pelas ECL, apoiadas numa Grelha de Acompanhamento, e que visam a avaliação do cumprimento dos acordos e a utilização adequada dos recursos das unidades.

Realizaram-se, ainda, visitas de **avaliação externa** da qualidade (Equipas de Melhoria da Rede), para o alcance deste objectivo. Existem 17 Equipas de Melhoria da Rede, de constituição multidisciplinar (enfermeiro, médico e assistente social), contando no total com cerca de 50 auditores. As auditorias suportam-se num referencial de requisitos pré-definido.

Quanto às auditorias aos processos e procedimentos clínicos, foram realizadas por médico, farmacêutico e enfermeiro, em todo o país.

As auditorias são instrumentos indispensáveis à realização de análises críticas do exercício, com repercussão positiva da sua aplicabilidade.

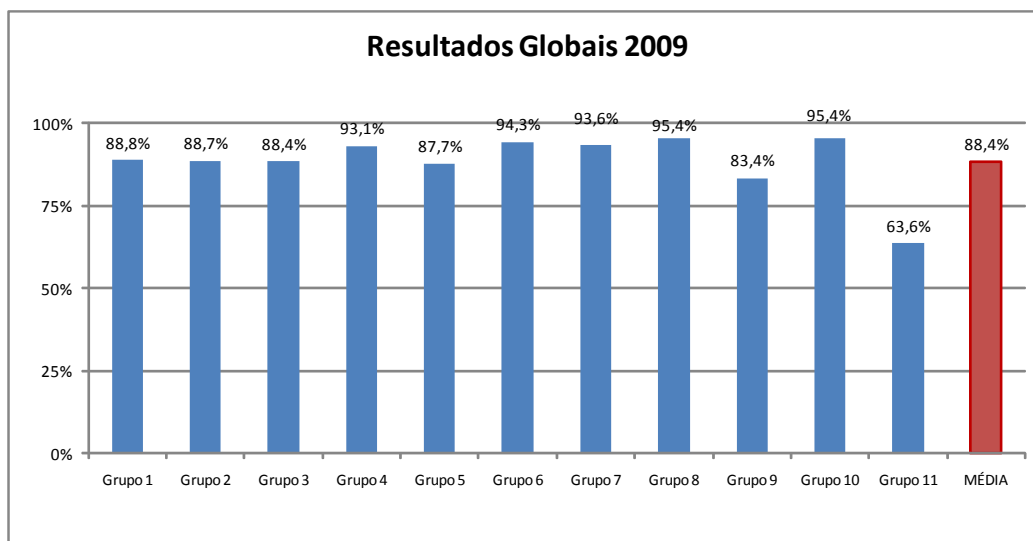


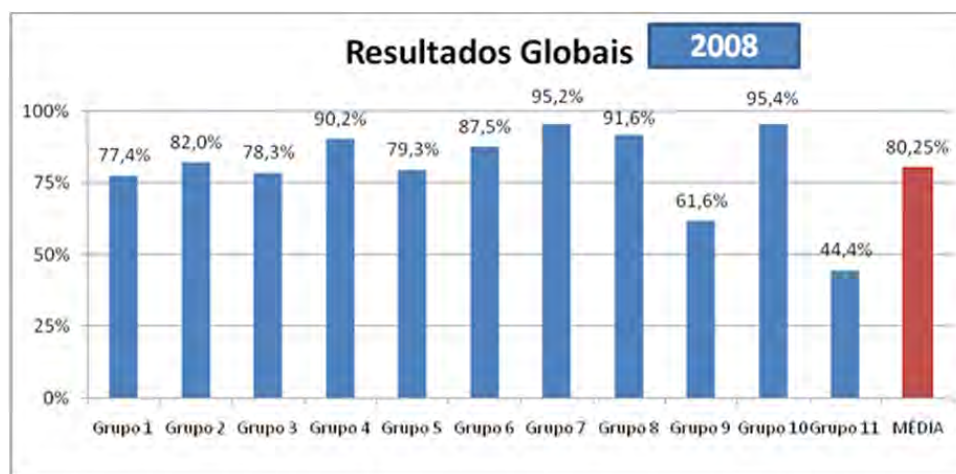
Têm um papel fundamental no processo de eliminação de desperdícios, simplificando tarefas e promovendo a redução dos custos tangíveis.

3.3.1 Acompanhamento das Unidades de Internamento pelas ECL

Os 11 grupos avaliados correspondem aos itens seguintes:

1. Processo de acolhimento
2. Acesso e continuidade de cuidados e serviços
3. Informação e comunicação com a/o utente.
4. Direitos da/o utente e promoção da autonomia.
5. Recursos Humanos
6. Cuidados e serviços à/ao utente
7. Segurança, instalações, equipamentos e dispositivos
8. Controlo de infecção e gestão de resíduos
9. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos
10. Gestão do processo de cuidados e da informação
11. Avaliação da satisfação e dos resultados





Os resultados da avaliação do grau de cumprimento dos referenciais da Grelha de Acompanhamento aplicada revelam uma média de cumprimento dos requisitos de 88,4% em de 2009, comparada com 80,25% do ano de 2008, mostrando melhoria contínua.

3.3.2 Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento pelas Equipas de Melhoria da Rede

No seguimento do projecto-piloto iniciado em Agosto de 2008, o ano de 2009 foi um ano de consolidação da avaliação da qualidade das unidades de internamento na vertente organizacional e de processo com a conclusão do projecto-piloto e o alargamento a todas as unidades da Rede Nacional de Cuidados Integrados em todo o país. O ciclo de auditorias para avaliação da qualidade das Unidades de Internamento foi adjudicado pela Administração da Saúde da cada região, sob a coordenação geral da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Em termos de metodologia, manteve-se a metodologia definida na fase piloto com a realização de 2 visitas, a primeira de diagnóstico e a segunda de avaliação, tendo sempre em vista uma atitude pedagógica e de colaboração para a melhoria contínua junto das unidades de internamento e permitindo um primeiro contacto das unidades com esta forma de avaliação, seus requisitos e objectivos.

O alargamento a todas as unidades teve as seguintes fases:

- Maio de 2009 – 1º alargamento a 30 unidades das regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (foram realizadas as vistas de diagnóstico e de avaliação da qualidade);
- Julho de 2009 – alargamento a todas as unidades da região Norte (foram realizadas apenas as visitas de diagnóstico);
- Setembro de 2009 – alargamento a todas as unidades das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (foram realizadas apenas as visitas de diagnóstico).

No quadro seguinte está identificado o número de visitas realizadas em 2009 nas diferentes fases deste projecto:



	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Norte	Total
Fase piloto						
Nº visitas realizadas	6	3	1	1	7	18
1º Alargamento						
Nº visitas realizadas	26	15	10	8	0	59
Alargamento regiões						
Nº visitas realizadas	0	22	10	8	57	97
Total de vistas realizadas	32	40	21	17	64	174

Foram realizadas 174 visitas de avaliação da qualidade que envolveram 43 profissionais das áreas médica, enfermagem e social, externos e independentes face à rede, aos quais foi dada formação específica sobre a rede de cuidados continuados integrados, a sua filosofia e princípios, sobre qualidade e técnicas de auditoria.

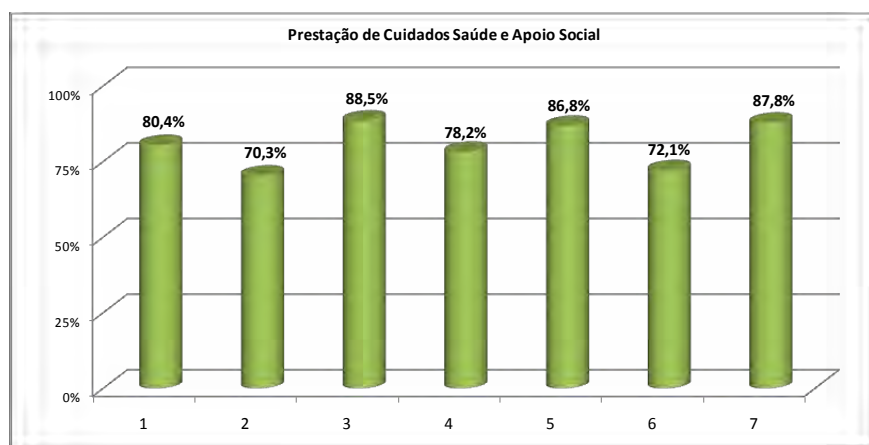
No quadro seguinte está identificado o número de unidades visitadas em 2009 nas diferentes fases deste projecto:

	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Norte	Total
Fase piloto						
Nº unidades envolvidas	6	3	1	1	7	18
1º Alargamento						
Nº unidades envolvidas	13	8	5	4	0	30
Alargamento regiões						
Nº unidades envolvidas	0	22	10	8	57	97
Total unidades envolvidas	19	33	16	13	57	138
Total de unidades existentes a 1 de Junho de 2009	54	33	16	13	57	173
% do total de unidades existentes a 1 de Junho de 2009	35%	100%	100%	100%	100%	80%

Considerando as unidades existentes a 1 de Junho de 2009, verifica-se que **80% das unidades já foram visitadas** e avaliadas no âmbito organizacional e de processos. A região Centro sofreu um ligeiro atraso mas as visitas irão iniciar-se no princípio de 2010.

O referencial de avaliação está constituído por 2 partes. A primeira destina-se a avaliar a prestação de cuidados de saúde e reabilitação e serviços aos utentes de acordo com a respectiva tipologia e filosofia dos cuidados continuados nas vertentes de acesso e continuidade de cuidados e serviços, Plano Individual de Intervenção, gestão do processo de cuidados e da informação, informação e comunicação com a/o utente, direitos da/o utente e promoção da autonomia, cuidados à/ao utente e serviços à/ao utente.

O gráfico seguinte representa o grau de **cumprimento dos critérios de qualidade** estabelecidos nos diferentes grupos que constituem a parte da **prestação de cuidados de saúde e apoio social**, que apresenta um **grau de cumprimento de 80%**.



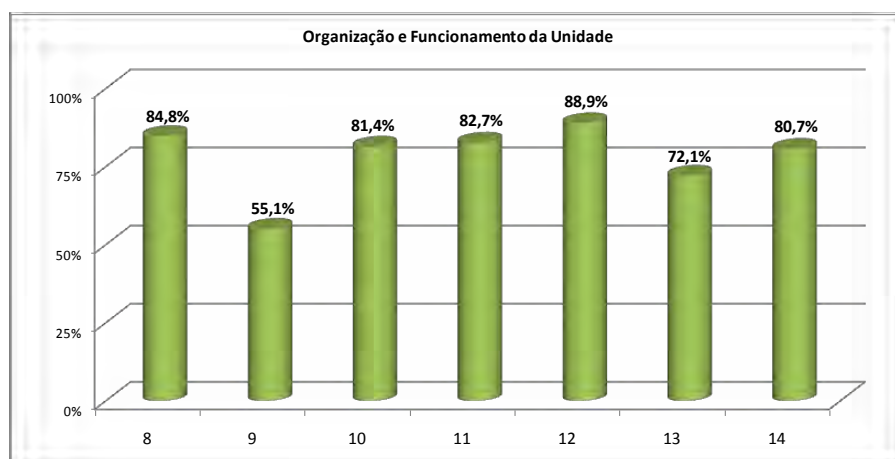
Os 7 grupos avaliados correspondem aos itens seguintes:

Prestação de Cuidados Saúde e Apoio Social	
1	Acesso e continuidade de cuidados e serviços
2	Plano Individual de Intervenção
3	Gestão do processo de cuidados e da informação
4	Informação e comunicação com a/o utente e/ou cuidadores informais/familiares
5	Direitos da/o utente e promoção da autonomia
6	Cuidados à/o utente
7	Serviços à/o utente

A área do Plano Individual de Intervenção é a mais frágil sendo que as unidades devem promover maior envolvimento da/o utente e/ou familiar/cuidador, definir de metas de capacitação que contribuam para a promoção da autonomia, considerar as expectativas, necessidades específicas e preferências da/o utente e garantir a existência de evidência escrita da avaliação de resultados, do plano e da/o utente.

A segunda parte do referencial de avaliação destina-se a avaliar a organização e funcionamento da unidade ao nível da organização, melhoria, recursos instalações, e funcionamento nas vertentes de Organização, Garantia da Qualidade, Medicação, Recursos Humanos, Instalações e Equipamentos, Segurança das Instalações e Controlo de Infecção e Gestão de Resíduos.

O gráfico seguinte representa o grau de **cumprimento dos critérios de qualidade** estabelecidos nos diferentes grupos que constituem a parte de **organização e funcionamento**, que apresenta um **grau de cumprimento de 78%**.





Os grupos avaliados correspondem aos itens seguintes:

Organização e Funcionamento da Unidade	
8	Organização
9	Garantia da Qualidade
10	Medicação
11	Recursos Humanos
12	Instalações e equipamentos
13	Segurança das Instalações
14	Controlo de infecção e gestão de resíduos

A área mais penalizada é a garantia da qualidade, fundamentalmente devido à falta de auditorias internas aos procedimentos estabelecidos e ausência de monitorização de desempenho baseada em indicadores clínicos ou outros.

As principais deficiências das unidades relativamente aos critérios do referencial de avaliação são:

- Promoção da realização de uma reunião de acolhimento com a família de cada utente antes da sua admissão na unidade;
- Realização da reunião de acolhimento com a família de cada utente pelo menos 24 horas antes da sua entrada;
- Definição do Plano de Actividades individual de cada utente, discriminando actividade, dia da semana, horário e profissional responsável;
- Evidências da avaliação da dor e do peso e consequentes alterações ao Plano Individual de Intervenção;
- Realização de auditorias internas de forma planeada e sistemática, para verificar o cumprimento dos protocolos/procedimentos instituídos;
- Avaliação de resultados recorrendo a indicadores preconizados, clínicos ou outros;
- Implementação da determinação da incidência das IACS mais relevantes;
- Retorno de informação aos hospitais, sobre as infecções detectadas na Unidade, após a alta hospitalar;
- Realização periódica de simulacros de situações de emergência;
- Disponibilização de computadores e acesso à internet.

3.3.3 Auditorias de âmbito clínico

A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados solicitou a realização externa de Auditoria do Processo Clínico, Plano de Cuidados e de Enfermagem, Reabilitação e Práticas Farmacêuticas, em uso nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados nas Regiões de Saúde em Portugal Continental. Todas as auditorias foram efectuadas durante o ano de 2009.

O ciclo de auditorias clínicas foi adjudicado pela Administração da Saúde da cada região, sob a coordenação geral da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Foram efectuadas auditorias clínicas a 33 instituições, que incluíram 24 Unidades de Longa Duração e Manutenção, 16 Unidades de Média Duração e Reabilitação, 9 Unidades de Convalescença e 3 Unidades de Cuidados Paliativos, que se encontram nas tabelas seguintes:



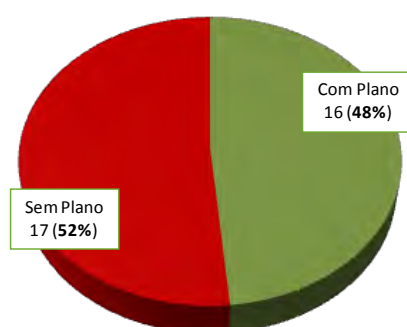
Número de Instituições por Região	
Região	Nº instituições
Algarve	2
Alentejo	4
Lisboa Vale Tejo	6
Centro	10
Norte	11
Total	33

Número de Tipologias	
Tipologia	Nº
ULDM	24
UMDR	16
UC	9
UCP	3

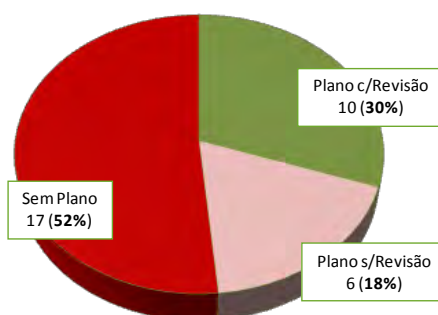
O objectivo destas auditorias foi a avaliação do Processo Clínico, do Plano de Cuidados e Intervenção Individual na vertente médica, de enfermagem e de reabilitação. O objectivo integrava também a avaliação das práticas farmacêuticas.

Em geral, encontraram-se Unidades com boas instalações, limpas e agradáveis. As equipas estavam motivadas e empenhadas no tratamento dos utentes. Verificou-se uma grande vontade de evoluir por parte dos profissionais envolvidos. Contudo, ainda há um caminho a percorrer, na perspectiva da melhoria contínua da qualidade.

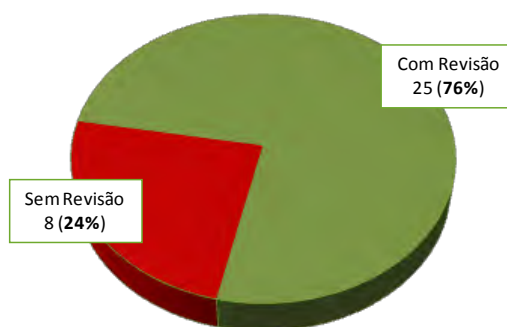
No que diz respeito aos Planos Individuais de Intervenção, evidenciou-se um esforço na sua implementação. Quase metade das Unidades auditadas (48%) aplica algum **Plano Individual de Intervenção (PII)**:



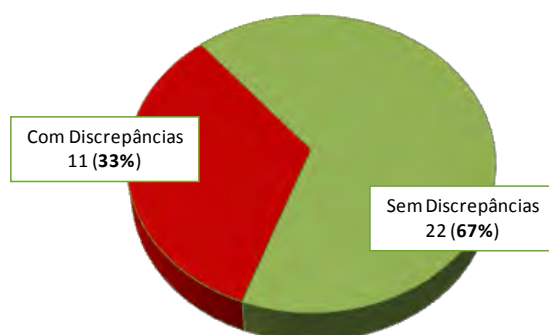
Contudo, verificou-se que frequentemente o PII ainda é incompleto e carece de uma abordagem multidisciplinar. O objectivo é chegar a um plano verdadeiramente multidisciplinar de intervenção, nas vertentes social, de enfermagem, médica e de reabilitação, com definição do motivo de internamento, problemas major e etapas a atingir nas diferentes vertentes. O estabelecimento de objectivos comuns e a programação de reavaliações periódicas, adequadas às patologias e à situação individual de cada utente é essencial. Verificou-se que em 30% das Unidades era efectuada uma revisão do Plano Individual de Intervenção:



Verificou-se na grande maioria das Unidades (76%) a existência de uma revisão da terapêutica farmacológica:

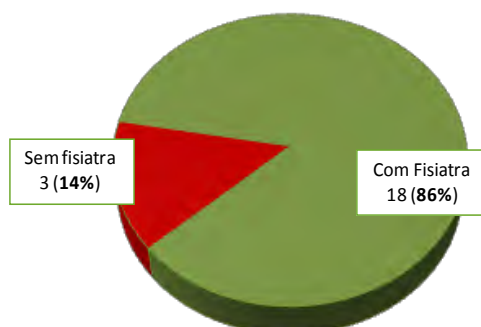


Verificou-se também em grande parte das Unidades (67%) uma ausência de discrepâncias entre a prescrição e a dispensa da medicação ao utente. Neste âmbito, deve entender-se como discrepâncias, situações em que a prescrição médica não corresponde ao que é dispensado ao utente: o medicamento prescrito não é dado ao utente, ou é dado ao utente um medicamento não prescrito. Também é considerado uma discrepância o desvio a um protocolo terapêutico, por exemplo, o protocolo de insulina:

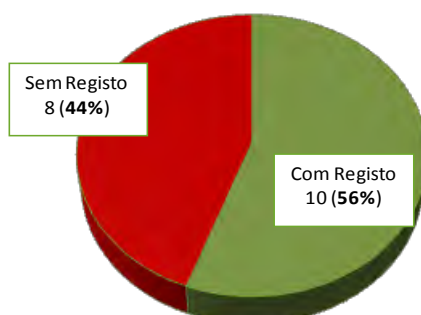




Das 21 instituições que têm uma vertente de reabilitação por excelência, caso da Média Duração e Reabilitação (UMDR), Convalescença (UC) ou ambas, 18 (86%) têm acesso aos serviços de um médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação:



No entanto, cerca de metade não faz registos, não participa na elaboração do Plano Individual de Intervenção ou não faz parte da equipa multidisciplinar. Este achado continua a ter o mesmo padrão, quando avaliado o grupo das UC e das UMDR separadamente. A avaliação clínica e funcional, prescrição de um programa de reabilitação adequado a cada situação, com prognóstico funcional e objectivos temporais a médio e longo prazo, devem fazer parte do plano multidisciplinar de intervenção:



Nas práticas farmacêuticas, nomeadamente as condições ambientais do armazenamento (um espaço adequado, controlo das condições físicas e uma organização logística racional), os aspectos relacionados com o prazo de validade de medicamento (seguir o princípio primeiro entrado/primeiro saído e efectuar um controlo do prazo de validade) e o manter do princípio da rastreabilidade do medicamento (indicar sempre o nome, lote e validade do medicamento) carecem de atenção.



3.3.4 Avaliação da Satisfação

A UMCCI continuou a monitorizar a satisfação dos utentes e iniciou a avaliação da satisfação dos profissionais das unidades prestadoras.

3.3.4.1 Satisfação dos colaboradores

A avaliação dos profissionais das Unidades de Internamento visa:

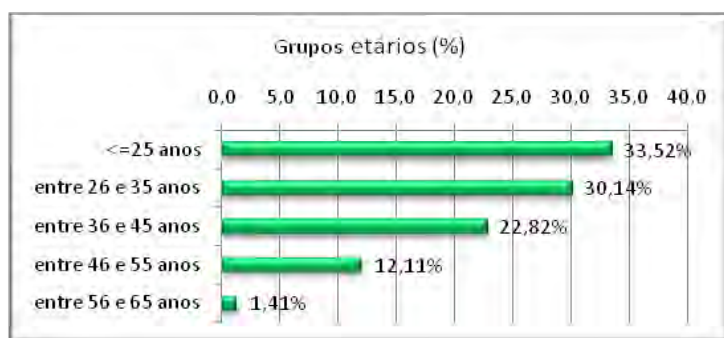
1. Conhecer os respectivos graus de satisfação, e
2. Identificar possíveis áreas de intervenção da UMCCI, com a consequente melhoria da prestação de cuidados aos utentes.

Para tal procedeu-se à elaboração de um questionário estruturado, que contempla as seguintes dimensões:

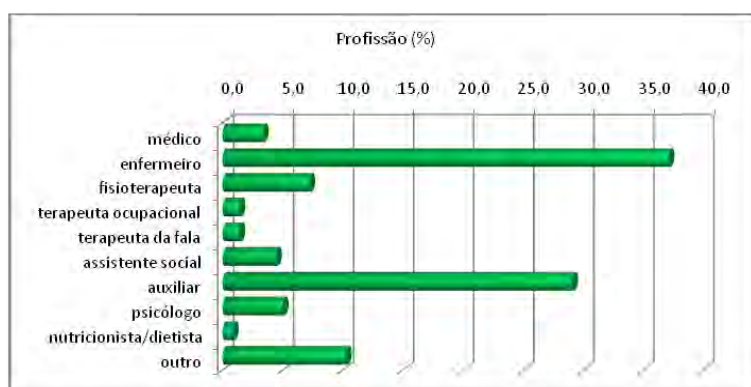
- Trabalho desenvolvido na unidade
- Instalações e equipamentos
- Formação
- Comunicação e informação

No total das unidades foram distribuídos cerca de 960 questionários. As respostas foram anónimas, pelo que não é possível qualquer tipo de identificação pessoal, nem institucional. Obtiveram-se 381 respostas válidas. Esta mesma dimensão, para uma amostra aleatória simples e um grau de confiança de 95%, asseguraria uma margem de erro máxima de $\pm 5\%$.

Os respondentes são maioritariamente jovens, com idade até aos 35 anos. Apenas 5 colaboradores (1,4%) apresentam 56 anos ou mais. Os inquiridos são maioritariamente mulheres, existindo poucos colaboradores do sexo masculino a responder (55).

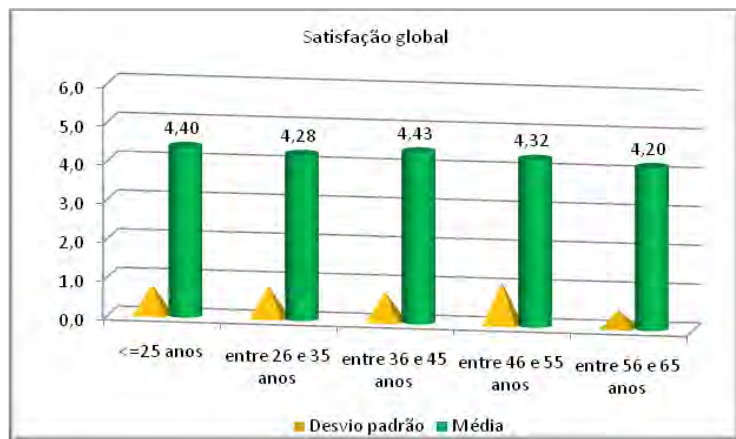


Na distribuição por profissões, destacam-se os enfermeiros e os auxiliares

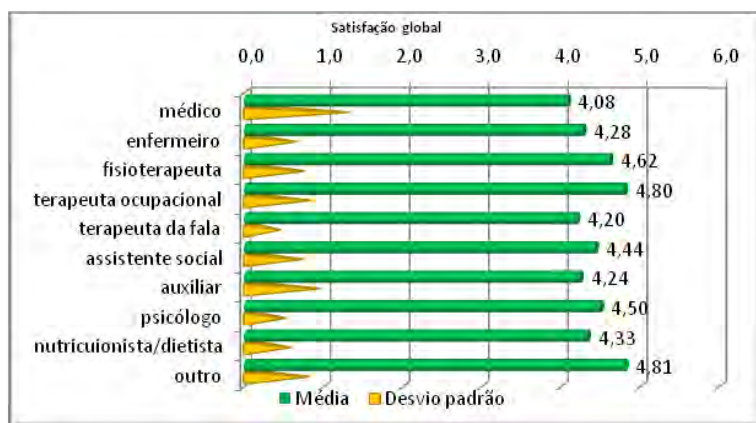




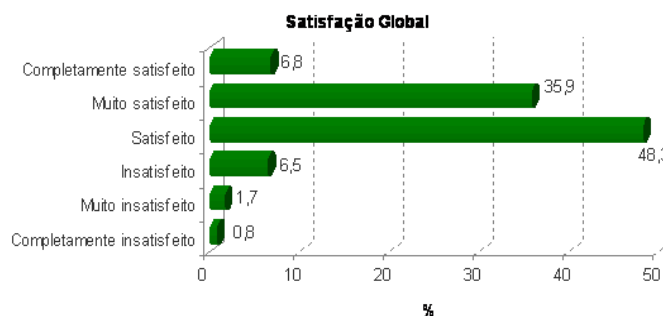
Quanto à satisfação global, não apresenta variações significativas relacionadas com a idade.



A distribuição da satisfação global por profissões encontra-se no gráfico seguinte.



Os profissionais que se referem como: Completamente Satisfeito, Muito Satisfeito e Satisfeito representam **91%**.



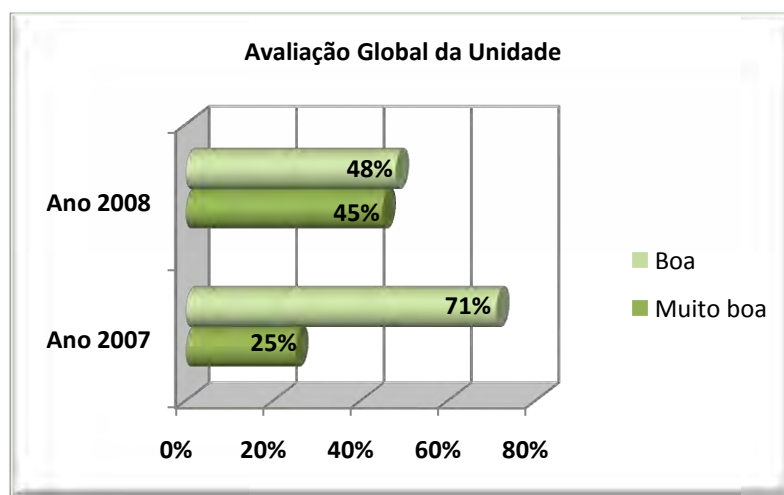


Nas razões para satisfação, destaca-se o bom ambiente de trabalho, logo seguido da realização pessoal e boas condições de trabalho.



3.3.4.2 Satisfação dos utentes

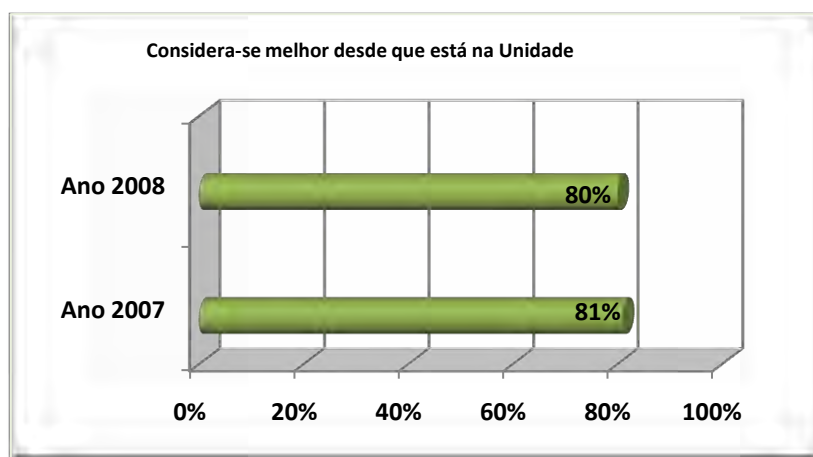
Com vista a perceber a satisfação dos utentes, em colaboração com o ISCTE, foi criado e ministrado um questionário aplicado nos Utentes da RNCCI em amostra aleatória simples com grau de confiança de 95% e margem de erro máxima de mais ou menos 5%, distribuídos pelas cinco regiões NUTS II. Os resultados de 2008 obtiveram-se no primeiro semestre de 2009, sendo possível a partir daí a sua comparabilidade com 2007.



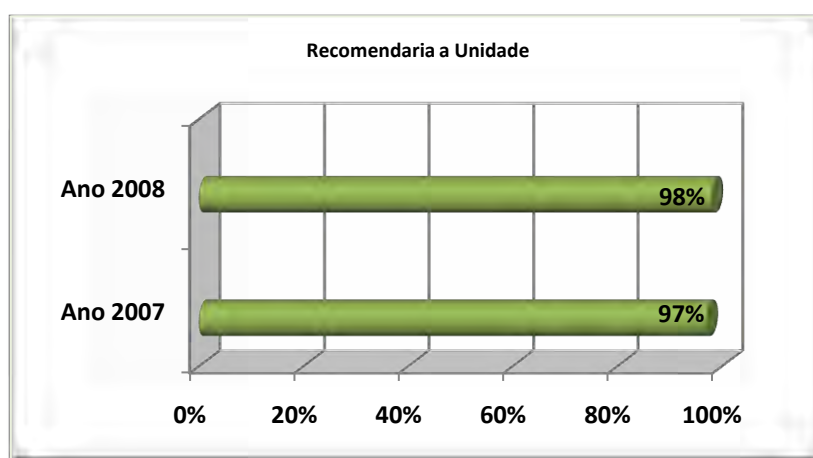
É de realçar que as respostas com a classificação de "muito boa" evoluíram de 25 para 45%, e que os valores de Bom e Muito Bom situam-se **acima dos 90%**.



A percentagem que refere considerar-se melhor desde que está na Unidade, situa-se nos **80%**.



A % de quem recomendaria a Unidade mantém-se em valores elevados – **98%**.



Estes dados evidenciam o **elevado grau de satisfação dos utentes com as Unidades da RNCCI**.



3.4 Implementação Piloto de Orçamentação por Programas

A RNCCI, como inovação na abordagem da integração de cuidados de saúde e apoio social, foi identificada como um dos três projectos-piloto para Orçamentação por Programas.

A monitorização deste programa piloto é realizada a partir dos dados disponibilizados por acções de monitorização implementadas na RNCCI de modo contínuo (registos no aplicativo informático da RNCCI, acompanhamento às unidades prestadoras por parte das ECL e auditorias externas).

Na tabela seguinte encontra-se um resumo deste Piloto:

Acções e Objectivos RNCCI - Implementação Piloto da Orçamentação por Programas			
ESTRATÉGICOS	E1	Grau médio de autonomia admissão e alta	
	E2	Nº utentes referenciados / utentes potenciais	
OPERACIONAIS			
A1 Referenciação tecnicamente adequada	Garantir a correcta referenciação dos utentes para a RNCCI	1.1	Nº reavaliações validadas primeiras 48 horas pós internamento / nº utentes admitidos
	Garantir que os utentes com necessidade de entrada na RNCCI são referenciados	1.2	Nº utentes com condições de ingresso / utentes referenciados
A2 Prestação cuidados adequados e qualidade	Melhorar o grau de autonomia física em relação à primeira avaliação, no universo dos utentes admitidos na Rede.	2.1.1	Evolução Grau médio de autonomia UC
		2.1.2	Evolução Grau médio de autonomia UMDR
		2.1.3	Evolução Grau médio de autonomia ULDM
	Aferir e avaliar a qualidade da Rede, através do “Nível de satisfação dos utentes”	2.2.1	Nº utentes que avalia a unidade com Muito bom e Bom / nº total utentes que avalia a unidade
	Assegurar que 70% das Unidades da RNCCI têm um acompanhamento semestral pelas ECL com respectiva evidência documentada (grelha pré definida) e apresentam uma classificação de 80%, numa escala de 0% a 100%.	2.3.1	N.º de unidades avaliadas pelas ECL / N.º total de unidades
		2.3.2	N.º de unidades que atingiram a classificação mínima de 80% / N.º total das unidades avaliadas pelas ECL
A3 Expansão e gestão da Rede	Adequar a oferta de serviços de saúde e sociais às necessidades da sociedade portuguesa, através de uma cobertura quantitativa e qualitativa da RNCCI no território nacional.	3.1.1	Nº camas contratadas
		3.1.2	Nº lugares domiciliarios contratados
	Garantir resposta aos utentes com condições de ingresso na RNCCI	3.2	Nº utentes admitidos/ nº utentes com condições de ingresso



4 LEGISLAÇÃO, DIRECTIVAS TÉCNICAS E NOTAS INFORMATIVAS

4.1 Legislação relevante no âmbito da RNCCI

- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho de 2006, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Decreto-Lei n.º 186/2006, de 12 de Setembro, cria um regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado, através dos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos;
- Despacho n.º 19040/200, de 19 de Setembro, define a constituição, organização, e as condições de funcionamento das equipas que asseguram a coordenação da Rede a nível regional e a nível local;
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de Dezembro, cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados;
- Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro, fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório da RNCCI, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI;
- Declaração de Rectificação n.º 101/2007, de 29 de Outubro, rectifica os números 8.º; 12.º e 16.º da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro;
- Despacho normativo n.º 34/2007, de 19 de Setembro, define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção;
- Despacho 1408/2008, de 19 de Fevereiro, identifica as unidades que integram a RNCCI;
- Portaria n.º 189/2008, de 19 de Fevereiro, fixa o valor a pagar por encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão;
- Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio, aprova o regulamento da atribuição de apoios financeiros pela ARS a pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos, no âmbito da RNCCI (Programa Modelar);
- Despacho n.º 2732/2009, de 21 de Janeiro, procede à identificação das unidades da RNCCI;
- Despacho n.º 3986/2009, do Ministro de Estado e das Finanças e da Ministra da Saúde n.º 3986/2009, de 23 de Janeiro, e n.º 13765/2009, de 5 de Junho, fixam o montante disponível para as administrações regionais de saúde atribuírem apoios financeiros relativos às candidaturas aprovadas na primeira e segunda fase do programa modelar;
- Portaria n.º 578/2009, de 1 de Junho, altera o regulamento do programa modelar, aprovado pela Portaria n.º 376/2008, de 23 de Maio.

4.2 Directivas Técnicas

- Directiva Técnica n.º 1/2008, de 07.01.08 – Critérios de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e equipas da RNCCI;
- Directiva Técnica n.º 2/2008, de 07.01.08 – Manual de Planeamento e Gestão de Altas;
- Directiva Técnica n.º 4/2008, de 07.01.08 – Consentimento Informado e Termo de Aceitação de Internamento;
- Directiva Técnica n.º 5/2008, de 07.01.08 – Processo Individual de Cuidados do Utente da RNCCI;
- Directiva Técnica n.º 3/2009, de 21.09.09 – Modelo de referenciação de utentes.

4.3 Notas informativas

Nota Informativa n.º 1/2008, de 21.08.08 – Transporte de utentes no âmbito da RNCCI.



4.4 Outras Orientações

- Ofício Circular n.º 1, de 15.01.08 – Actualização dos preços fixados na Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro;
- Ofício Circular n.º 357, de 15.05.08 – Terceiro responsável;
- Ofício Circular n.º 425, de 18.07.08 – Reserva de Lugar
- Ofício Circular n.º 487, de 1.10.08 – Esclarecimento informação da reserva de lugar;
- Ofício Circular n.º 8, de 12.01.09 – Actualização dos preços fixados na Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro;
- Ofício Circular n.º 52, de 27.01.09 – Facturação de cidadãos estrangeiros;
- Ofício Circular n.º 73, de 10.02.09 – Admissão de utentes em unidades da RNCCI;
- Ofício Circular n.º 235, de 07.09.09 – Unidade Preferencial;
- Ofício Circular n.º 252, de 22.09.09 – Aplicação do D.L. 48/2008, de 13.03, prorrogado pelo D.L. 31/2009, de 04.02, até 31.12.2009;
- Ofício n.º 27, de 2.10.09 – Orientação Tribunal de Contas;
- Ofício n.º 270, de 2.10.09 – Esclarecimento unidade preferencial;
- Ofício n.º 278, de 12.10.09 – Período de internamento;
- Ofício n.º 306, de 20.11.09 – Esclarecimento situações reserva de vaga.
- Política e Estratégia da Qualidade – UMCCI/MARÇO de 2009 disponível na área de Documentação da página electrónica da RNCCI (www.rncci.min-saude.pt)
- Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados;
- Recomendações para a Utilização de Fármacos;
- Actividades do Dia-a-Dia – Proposta de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados;
- Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados – Úlceras de Pressão/Prevenção;
- Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- Manual do Cuidador do Doente com AVC.



5 CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO

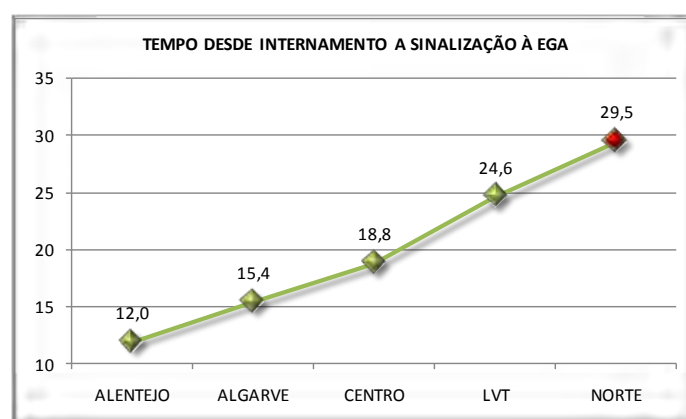
As recomendações existentes, referem que os utentes que tenham necessidade de cuidados a prestar na RNCCI, deveriam ser sinalizados nas primeiras 48 horas, para que na altura da alta todo o processo pudesse estar concluído.

A partir de Junho de 2009 passaram a estar disponíveis os tempos das diferentes fases, i.e., desde o internamento hospitalar até à sua admissão na RNCCI.

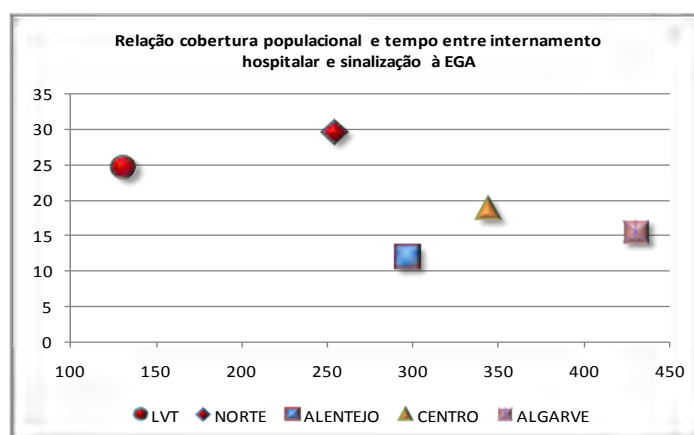
A análise destes tempos permite identificar alguns dos constrangimentos existentes, relacionados com estas diferentes fases, que possam contribuir para uma admissão menos célere na RNCCI.

5.1 Tempo entre data de internamento hospitalar e sinalização do utente

Na figura seguinte, mostram-se os diferentes tempos médios, por região, para esta fase. Se desejavelmente este tempo deveria ser de 48 horas (2 dias), o melhor tempo, o do Alentejo, é 6 vezes maior que o desejado. Lisboa e Vale do Tejo e Norte têm tempo superior a 20 dias, representando entre 12 e 15 vezes mais que o esperado. Esta situação denota ausência de sensibilidade a nível hospitalar para a preparação precoce da alta e destino do utente após a mesma.



Se relacionarmos com a cobertura populacional, com Lisboa e Vale do Tejo a ter a pior cobertura seguida pelo Norte, verifica-se que onde existem mais dificuldades de acesso, é onde este tempo é maior.



Esta situação tem consequências nefastas na colocação atempada dos utentes, em função dos lugares disponíveis.

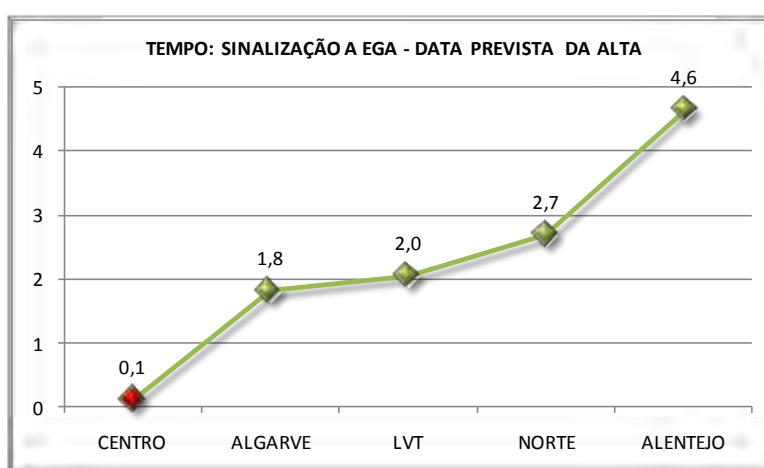


5.2 Tempo entre data da sinalização à EGA e data prevista da alta

Este tempo avalia também se a sinalização é tardia. Para além do tempo analisado no ponto anterior, quanto menos tempo existir entre a sinalização à EGA e data prevista da alta, mais tardiamente a sinalização é feita.

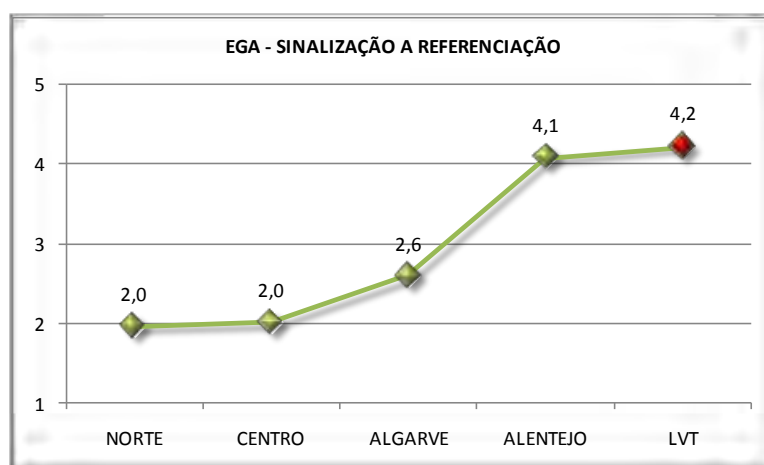
O melhor tempo obtido dista apenas a cerca de 4 dias da alta, com o pior tempo a mostrar sinalização à EGA no dia da alta, comprometendo todo o processo.

Segundo os dados do ponto anterior, e o facto de as EGA estarem a tempo parcial, associado a que uma Equipa de Gestão de Altas deveria ter um papel proactivo no Hospital, com prioridade à sua actividade, para preparação precoce das altas, e no caso da RNCCI dos casos a referenciar, necessita solução.



5.3 Tempo entre data da sinalização hospitalar e referenciação

Esta fase mede o tempo que medeia entre a EGA ter recebido um utente sinalizado e a sua referenciação para a RNCCI. Os tempos oscilam entre 2 e cerca de 4 dias.





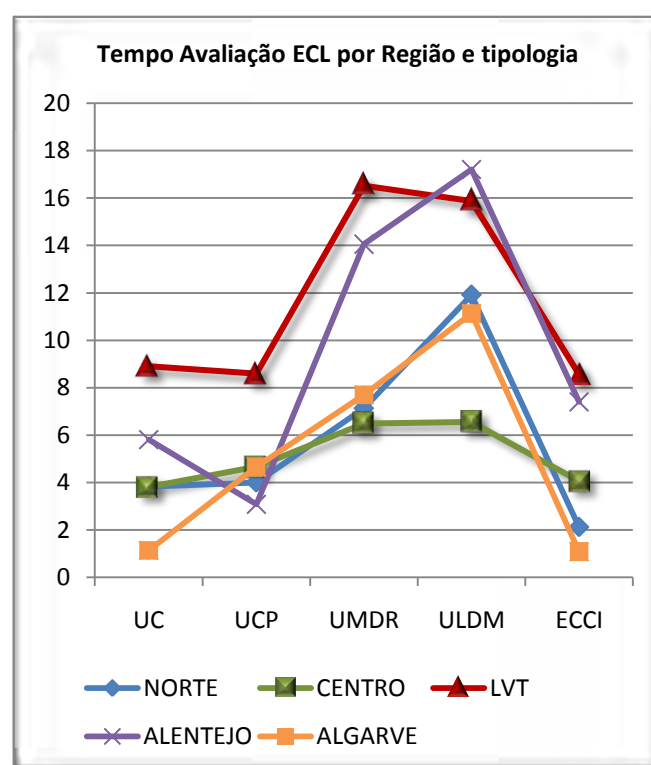
5.4 Tempo de avaliação propostas nas ECL por tipologias

Na Tabela seguinte encontram-se os tempos de avaliação das referenciações, pelas ECL por região e nas diferentes tipologias de respostas.

TEMPO AVALIAÇÃO ECL					
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
UC	4	4	9	6	1
UCP	4	5	9	3	5
UMDR	7	6	17	14	8
ULDM	12	7	16	17	11
ECCI	2	4	9	7	1

A região de Lisboa e Vale do Tejo é a que apresenta tempos mais elevados, excepto para Longa Duração, em que o Alentejo é a região com maior tempo.

Esta tendência é observada no gráfico seguinte:



A região Centro é a que apresenta maior homogeneidade de tempos.

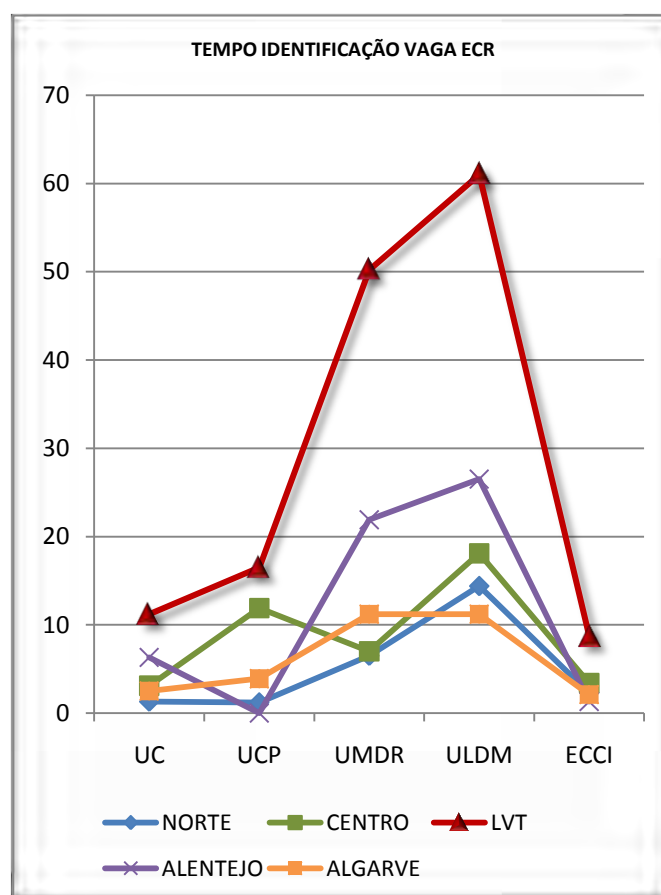


5.5 Tempo de identificação de vaga nas ECR

A tabela seguinte apresenta o tempo até identificação de vaga pelas ECR, por região e tipologia

TEMPO IDENTIFICAÇÃO VAGA ECR					
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
UC	1	3	11	6	3
UCP	1	12	17	0	4
UMDR	7	7	50	22	11
ULDM	14	18	61	27	11
ECCI	2	3	9	1	2

Também nesta fase, é Lisboa e Vale do Tejo que apresenta os piores resultados, com tempos bastantes superiores às restantes regiões, tendência observada no gráfico seguinte:



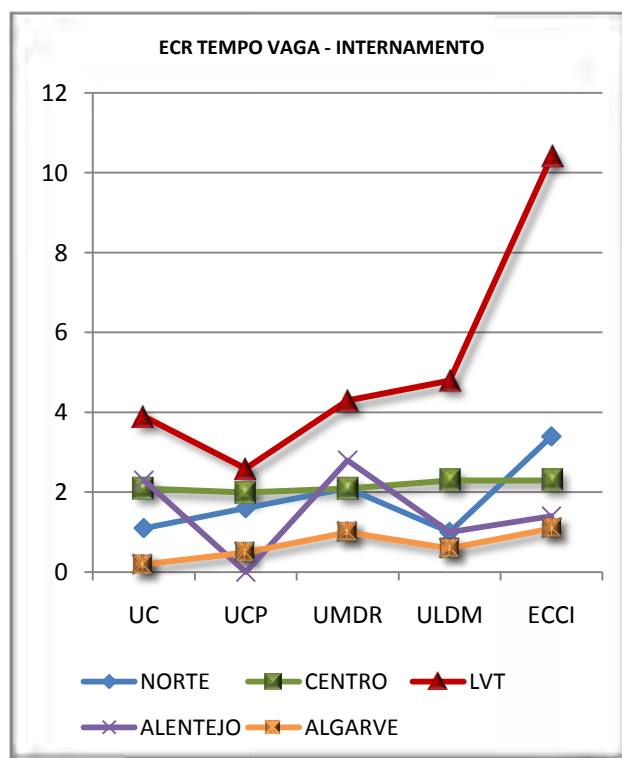
Quando se avalia o tempo entre a identificação de vaga e “internamento” (termo aqui utilizado para unidades e ECCI), também é a região de Lisboa e Vale do Tejo que apresenta os piores resultados.



Os tempos encontram-se na tabela seguinte:

ECR TEMPO VAGA - INTERNAMENTO					
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
UC	1	2	4	2	0
UCP	2	2	3	0	1
UMDR	2	2	4	3	1
ULDM	1	2	5	1	1
ECCI	3	2	10	1	1

Esta tendência é apresentada no gráfico seguinte, em que se evidencia também uma homogeneidade de tempos para as diferentes tipologias no Centro e no Algarve, sendo esta última região a que apresenta menores tempos entre vaga identificada e “internamento”.

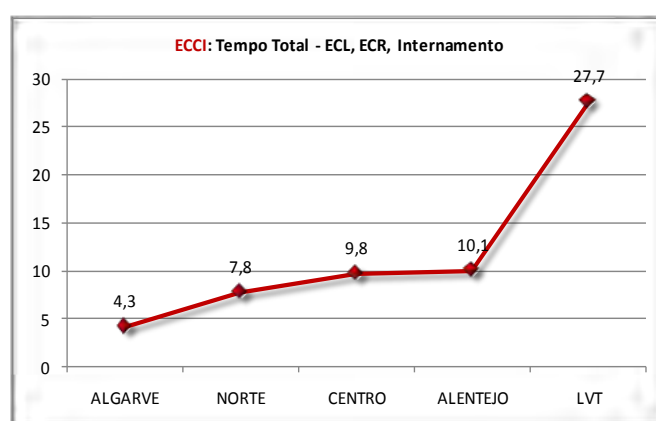
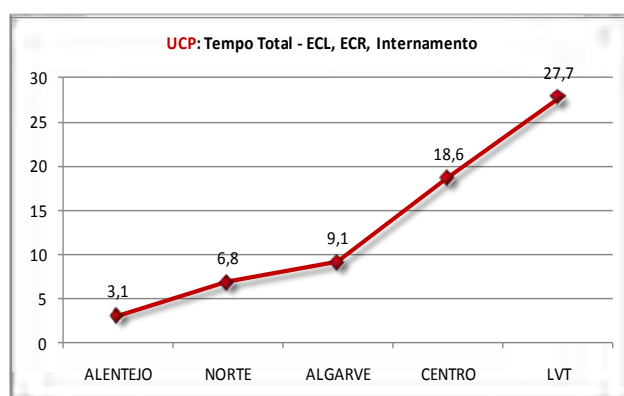
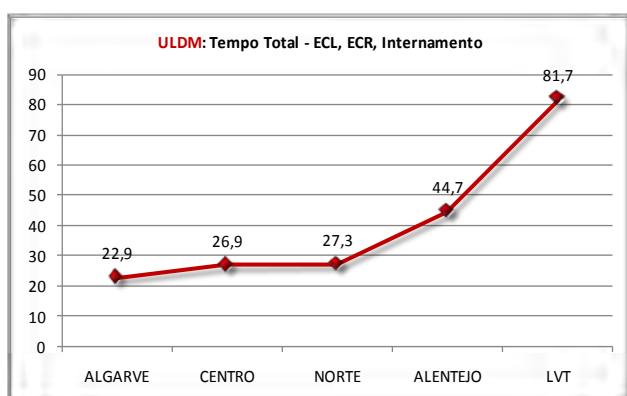
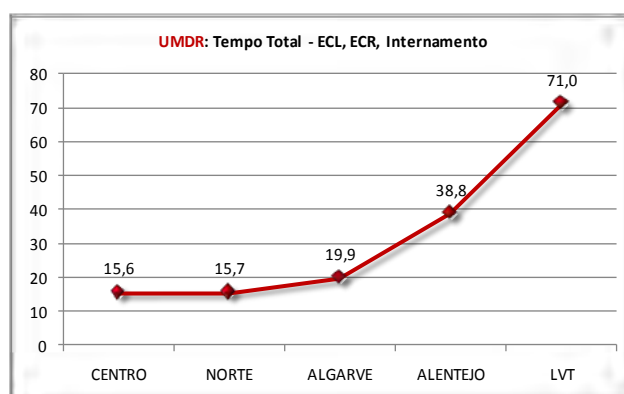
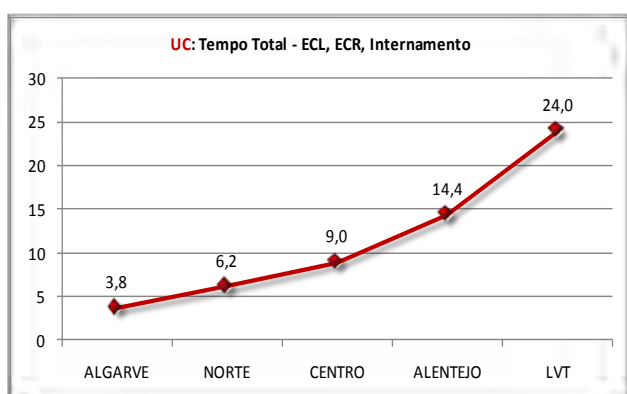


Os tempos apresentados para Lisboa e Vale do Tejo, quando associados aos dados anteriores criam um cenário de inadequação de tempos, originando, para os actores e utilizadores envolvidos, uma visão da RNCCI, que é particular a Lisboa e Vale do Tejo e não se replica pelo resto do País.



5.6 Tempos agregados de referenciação a internamento

Os gráficos seguintes apresentam o tempo total, desde a referenciação até ao internamento, por cada tipologia, nas diferentes regiões, sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo que apresenta os tempos mais elevados em todas as tipologias, oscilando entre 1,5 e 2,7 vezes mais tempo que o pior resultado seguinte:



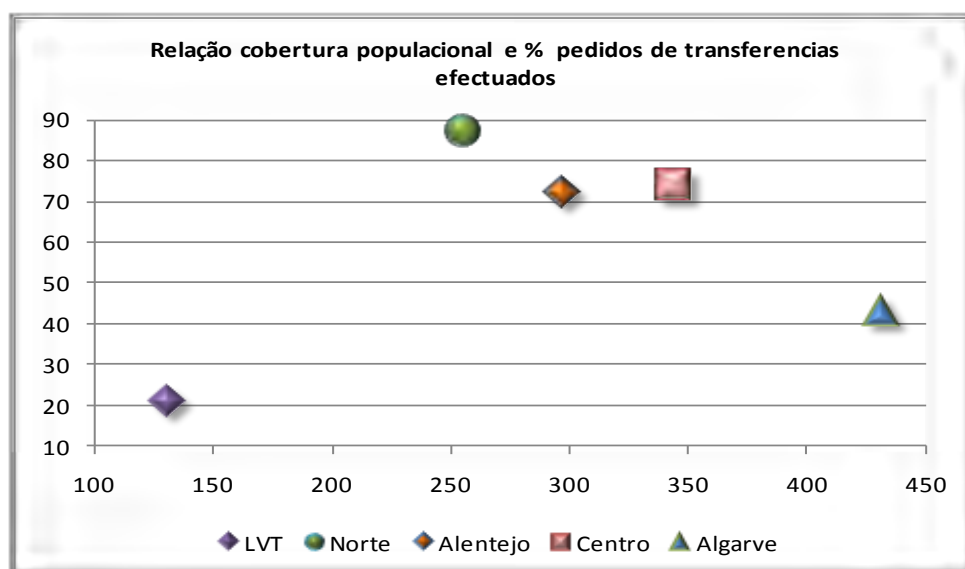
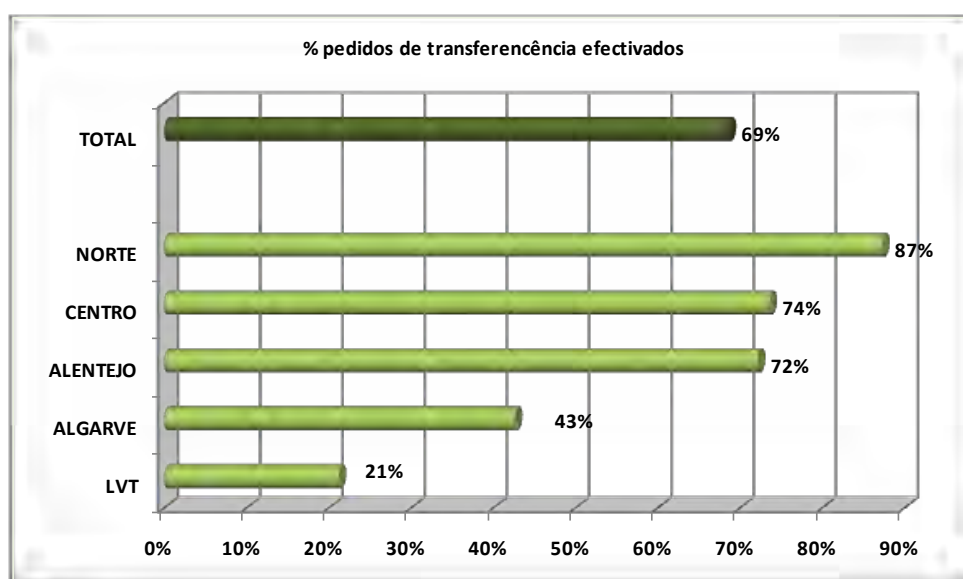
Estas situações devem-se não só à falta de respostas na RNCCI cuja capacidade a 1/3 das metas ainda não satisfaz a procura, mas também ao facto de as ECL estarem a tempo parcial e realizarem várias funções que não apenas na RNCCI.



5.7 Transferências na Rede

A mobilidade na Rede é garantida pelo processo de transferência entre tipologias. Esta pode ser devida a necessidade de adequação e sequência de cuidados (entre tipologias diferentes) ou para proporcionar maior proximidade ao domicílio preferencial do doente (entre respostas da mesma tipologia).

Conforme presente no gráfico seguinte foram efectuadas 69% das transferências solicitadas, a nível nacional. O grau de cobertura é um dos factores que pode influenciar as transferências relacionado com proximidade (existência ou não de varias unidades da mesma tipologia numa região) e na sequência de cuidados (existência ou não de varias unidades de diferentes tipologias).



Verifica-se que Lisboa e Vale do Tejo, com menor cobertura populacional é a que tem menor percentagem de pedidos de transferência efectuados.



O Norte tendo a segunda menor cobertura é a Região que maior percentagem tem em pedidos de transferência efectivados.

A análise dos factores que estão nas diferentes regiões a condicionar as transferências deve ser alvo de avaliação posterior.

Em relação aos tempos de avaliação pelas ECL para os pedidos de transferência, encontram-se no quadro abaixo, em que o Alentejo apresenta o valor mais alto:

Transferências - tempo médio de avaliação pelas ECL				
NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
2,3	2,6	3,5	4,3	3,5

5.8 Pedidos de reavaliação

Os pedidos de reavaliação efectuados nas primeiras 48 horas, por parte da tipologia de cuidados onde o utente foi colocado, permite inferir indirectamente a adequação da referenciação dos utentes que foram considerados terem condições de ingresso.

No ano de 2009 foram solicitadas reavaliações nas primeiras 48 horas em 5,9% dos utentes, o que representa um valor baixo, inferindo-se adequação dos utentes que foram considerados terem condições de ingresso.



6 ACTIVIDADE E PERFIL ASSISTENCIAL

6.1 Caracterização da referenciação de utentes para a RNCCI

A caracterização da referenciação apresentada nos pontos seguintes é efectuada para os utentes referenciados durante o período de 1.1.2009 a 31.12.2009.

Efectua-se a comparação com os resultados do mesmo período de 2008. Apresenta-se também a evolução dos utentes referenciados acumulados até final de 2008 e de 2009.

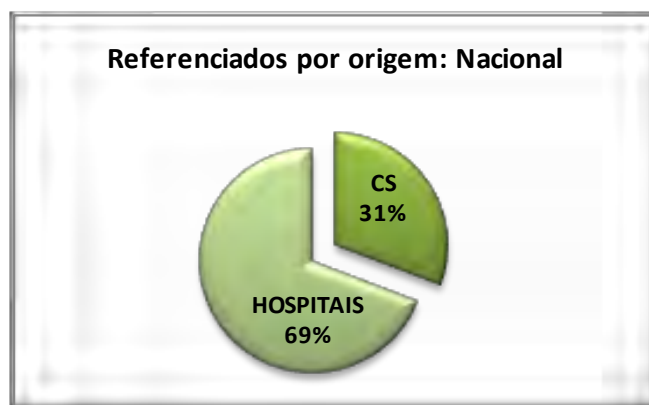
6.1.1 Uteses referenciados para a RNCCI

O total de **uteses referenciados** para a Rede em 2009 foi de **24.928**.

Na tabela seguinte apresentam-se os utentes referenciados por região e tipologia, com os totais por região em relação à origem da referenciação, entidade referenciadora: Centro de Saúde (CS) e Hospital.

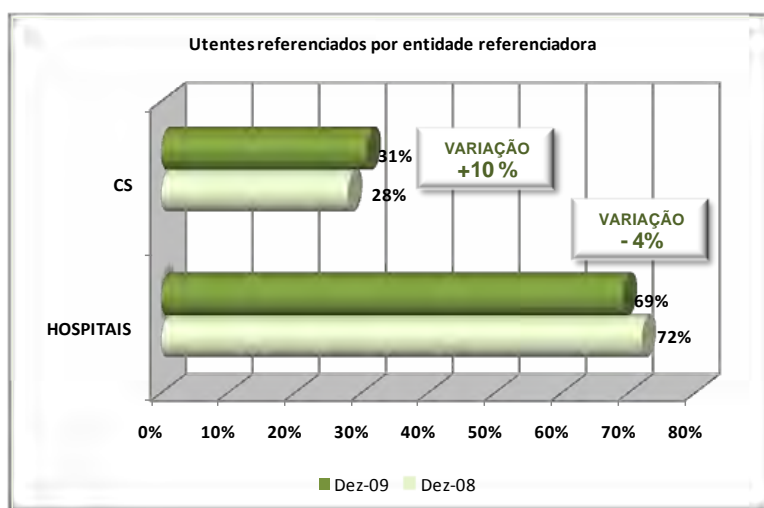
UTESES REFERENCIADOS POR REGIÃO E TIPOLOGIA - 2009								
	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	TOTAIS		
						CS	HOSPITAIS	GLOBAL
NORTE	752	3.123	563	2.249	1.836	1.870	6.653	8.523
CENTRO	466	2.184	299	1.605	1.807	2.481	3.880	6.361
LVT	232	1.043	1.093	1.475	1.109	1.261	3.691	4.952
ALENTEJO	524	445	105	795	711	1.029	1.551	2.580
ALGARVE	1.341	494	138	294	245	1.039	1.473	2.512
NACIONAL	3.315	7.289	2.198	6.418	5.708	7.680	17.248	24.928

A distribuição nacional da origem da referenciação, entidade referenciadora, encontra-se na figura seguinte





Quando comparado com 2008 verifica-se que os centros de Saúde referenciaram mais 10% dos utentes e que os hospitais diminuíram 4% os utentes referenciados.



Em relação aos utentes referenciados por região, origem e tipologia a distribuição percentual e números absolutos encontram-se na tabela seguinte:

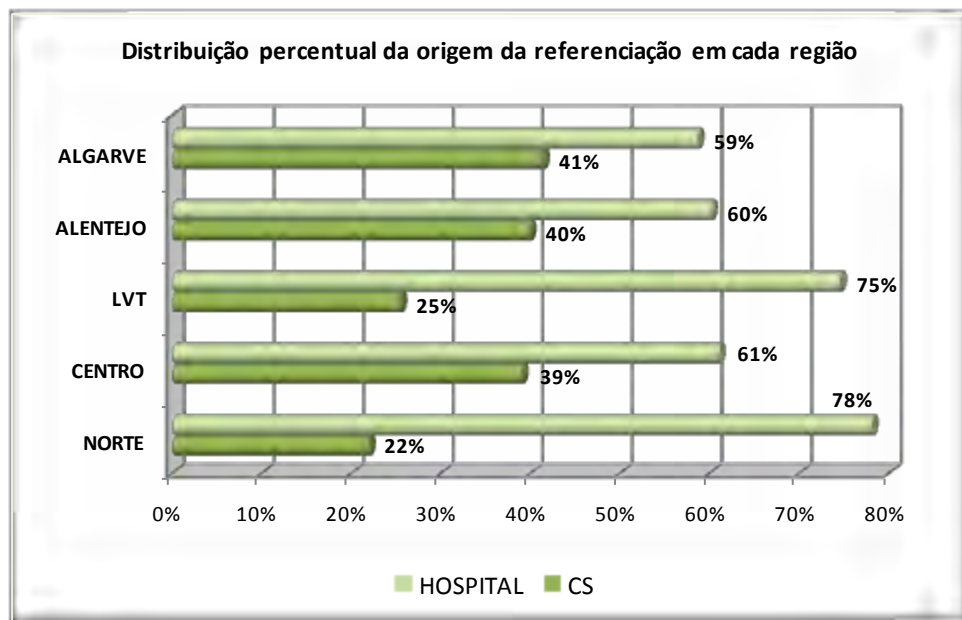
UTENTES REFERENCIADOS POR REGIÃO, ORIGEM E TIPOLOGIA - 2009								
		ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	TOTAIS	%
NORTE	CENTRO DE SAÚDE	99	375	98	990	308	1.870	22%
	HOSPITAL	653	2.748	465	1.259	1.528	6.653	78%
CENTRO	CENTRO DE SAÚDE	379	543	93	839	627	2.481	39%
	HOSPITAL	87	1.641	206	766	1.180	3.880	61%
LVT	CENTRO DE SAÚDE	86	116	212	597	250	1.261	25%
	HOSPITAL	146	927	881	878	859	3.691	75%
ALENTEJO	CENTRO DE SAÚDE	277	67	30	446	209	1.029	40%
	HOSPITAL	247	378	75	349	502	1.551	60%
ALGARVE	CENTRO DE SAÚDE	830	7	12	169	21	1.039	41%
	HOSPITAL	511	487	126	125	224	1.473	59%
NACIONAL	CENTRO DE SAÚDE	1.671	1.108	445	3.041	1.415	7.680	31%
	HOSPITAL	1.644	6.181	1.753	3.377	4.293	17.248	69%

Mantém-se válido o já referido em Relatórios anteriores sobre o número de utentes referenciados para unidades de Cuidados Paliativos. Os utentes com indicação para este tipo de cuidados, por razões de proximidade do seu domicílio, são também referenciados para Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, onde lhes são prestados os cuidados adequados.

Para as Unidades de Cuidados Paliativos, vocacionadas para situações mais complexas, são referenciados os utentes para os quais a exigência de diferenciação de cuidados é maior.

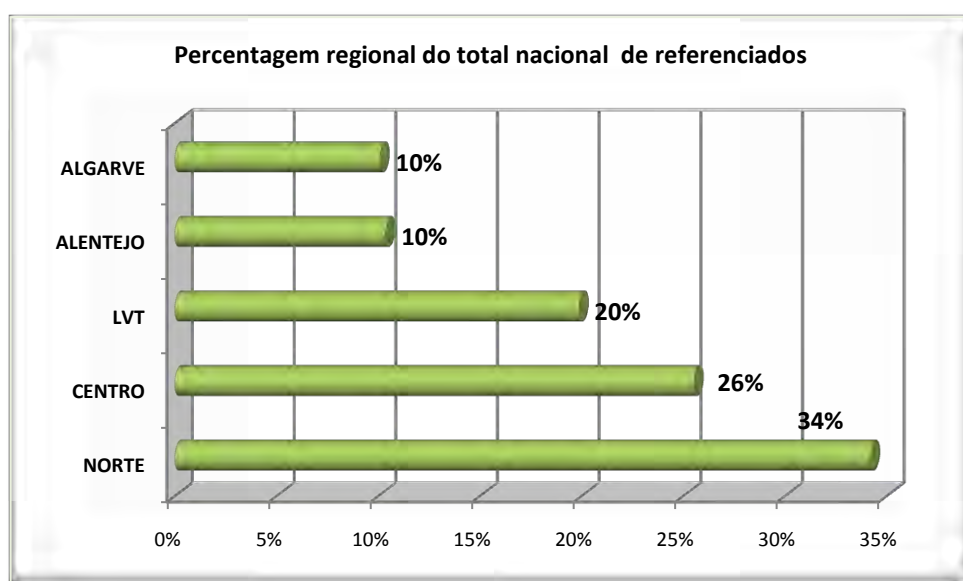


No gráfico seguinte evidencia-se a distribuição percentual da origem da referência a nível regional:



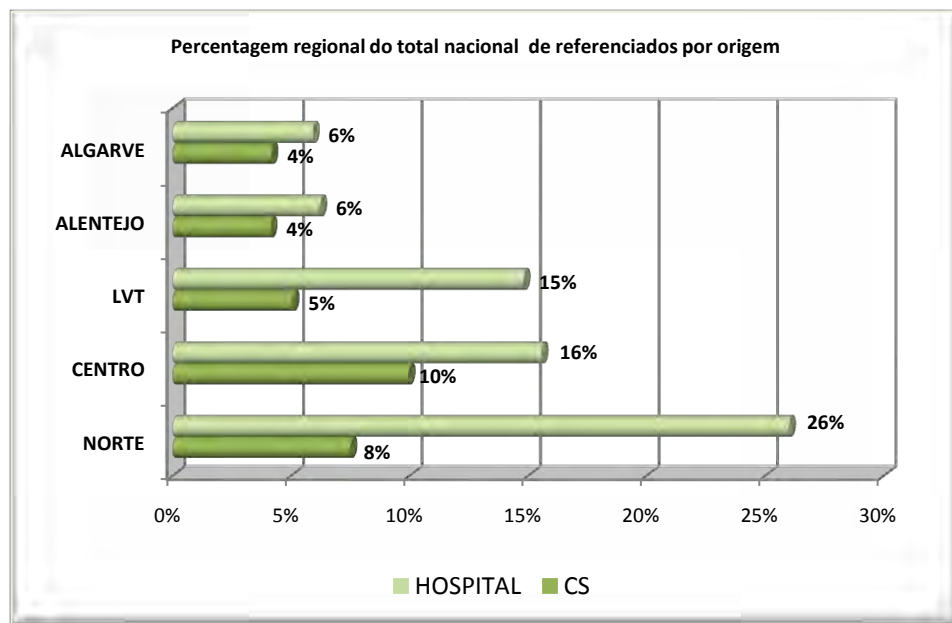
A região do Algarve, Alentejo e Centro têm cerca de 1,5 vezes mais referências do Hospital em relação a Centro de Saúde. Nas regiões do Norte e Lisboa e Vale do Tejo as referências hospitalares são cerca de 3 a 3,5 vezes superiores às dos Centros de Saúde.

No gráfico seguinte mostra-se o peso de cada região na referência nacional. O Norte referenciou 34% dos utentes em 2009. Juntos, o **Norte e Centro referenciaram 60% de todos os utentes**.



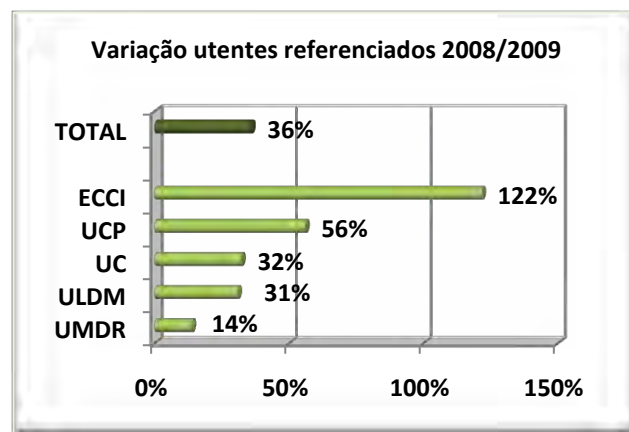


Quando se analisa o peso nacional das referências por entidade referenciadora a nível regional, verifica-se que a **referenciação hospitalar no Norte** foi **responsável por cerca de 26% do total de referenciados a nível nacional**. Apesar do rácio semelhante entre referenciação Hospitalar e de Centro de Saúde no Norte e Lisboa e Vale do Tejo, o peso nacional é diverso, representando os Hospitais nesta última região 15% do total de referenciados a nível nacional.

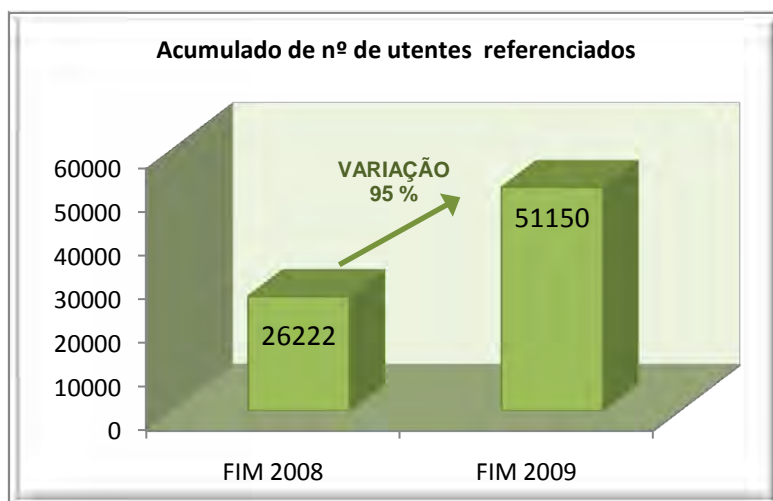


Quando se compara a referenciação por tipologia, entre 2008 e 2009, verifica-se que existiu um **crescimento de 36%** em relação a 2008, com as **ECCI** a apresentarem o crescimento maior – **122%**, seguidas das referências para **Cuidados Paliativos**, com um crescimento de **56%**.

Tipologia	Utentes Referenciados		Variação
	2008	2009	
UC	5508	7289	32%
UMDR	5010	5708	14%
ULDM	4902	6418	31%
UCP	1408	2198	56%
ECCI	1495	3315	122%
TOTAL	18323	24928	36%



Quando se analisa o acumulado de utentes referenciados em final de 2008 e final de 2009, verifica-se um **crescimento de 95%** com um total de **51150 utentes referenciados desde o início da RNCCI**.



51.150 utentes referenciados desde o início da RNCCI

6.1.2 Número de utentes com condições de ingresso na Rede em relação aos utentes referenciados

A 31 de Dezembro de 2009, como atrás referido, tinham sido referenciados 24.928 utentes. Nesta data encontravam-se em avaliação 1.637 utentes. Dos 23.291 utentes restantes, tinha sido tomada uma decisão em relação à existência de critérios para admissão na RNCCI. Foram identificados 2.978 utentes sem critérios de admissão, significando que **87% dos utentes referenciados tinham condições de ingresso** na RNCCI, situação evidenciada na tabela seguinte:

utentes com condições de ingresso / referenciados 2009		
Referenciados	24.928	
Em avaliação	1.637	
TOTAL	23.291	
Sem critérios	2.978	
Com critérios	20.313	87%



6.1.3 Número de utentes admitidos em relação aos utentes com condições de ingresso na Rede activos

Do número de utentes referenciados com condições de ingresso na Rede, 226 utentes recusaram, foram cancelados 1.522 episódios de referenciação pela entidade referenciadora e existiram 239 óbitos, totalizando 1.987 utentes que foram subtraídos aos referenciados com condições de ingresso.

A situação dos óbitos, que será abordada em capítulo específico, tem de ser encarada para além da percentagem de óbitos, dado que sendo a RNCCI destinada a utentes com situação aguda estabilizada, para terem intervenção no sentido de recuperarem funcionalidade possível e se promover autonomia, a mortalidade precoce revela referenciação de casos que não se enquadram nesta filosofia e nesta área específica, logo após a referenciação.

Dos 20.313 utentes com condições de ingresso na Rede, restaram 18.326 utentes activos a admitir, conforme figura seguinte:

Com critérios	20.313
recusam	226
cancelados	1.522
óbitos	239
TOTAL	1.987
utentes a admitir	18.326

O número de admissões na RNCCI em 2009 foi de 17.156, significando que foram **admitidos 94% dos utentes com condições de ingresso** na Rede.

utentes admitidos / utentes com condições de ingresso		
Utentes a admitir	18.326	%
Admitidos	17.156	94%

A tabela seguinte resume a situação dos referenciados e as diferentes fases referidas:

referenciados 2009 - 24.928 utentes						
sem critérios	em avaliação	com critérios				
		recusam	cancelados	óbitos	admitidos	em espera
		226	1.522	239	17.156	1.170
2.978	1.637	20.313				



6.1.4 Motivos das propostas de referenciação para a RNCCI

As propostas de referenciação das EGA e dos CS para a RNCCI agrupam-se em 5 grandes motivos, embora cada uma delas tenha varias subdivisões. No entanto para comparabilidade com 2008, mantêm-se só os grandes grupos:

- Necessidade de continuidade de cuidados;
- Dependência em Actividades da Vida Diária (AVD);
- Necessidade de vigilância e tratamentos complexos;
- Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidador informal;
- Doença crónica com episódio de agudização.

Na tabela seguinte apresenta-se, por motivo, a percentagem de utentes referenciados entre 01.01.09 a 31.12.09 para as diferentes tipologias.

Cada um dos utentes referenciados pode apresentar mais do que um motivo de referenciação.

Motivos de Referenciação							
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2009
MOTIVOS	UC		UMDR		ULDM		ECCI
NECESSIDADE CONTINUIDADE CUIDADOS	89%	86%	58%	63%	46%	58%	89%
DEPENDÊNCIA AVD	48%	52%	64%	72%	87%	92%	91%
VIGILÂNCIA TRATAMENTOS COMPLEXOS	82%	87%	52%	62%	7%	5%	3%
ENSINO UTENTE CUIDADOR INFORMAL	33%	31%	28%	18%	3%	6%	7%
DOENÇA CRONICA C/ AGUDIZAÇÃO	26%	19%	14%	11%	9%	12%	8%

Entre os motivos das propostas de referenciação de utentes para a RNCCI, destacam-se na tipologia de Convalescença *vigilância e tratamentos complexos* (87%), que cresce em relação a 2008, e a *necessidade de continuidade de cuidados* (86%).

Na tipologia de Média Duração e Reabilitação a *dependência em actividades da vida diária* representa 72% dos motivos de referenciação, tendo aumentado em relação a 2008. A *necessidade de continuidade de cuidados* está presente em 63% dos utentes referenciados, percentagem idêntica a *vigilância e tratamentos complexos* (62%), também com crescimento em relação a 2008.

Na tipologia de Longa Duração e Manutenção verificam-se dois motivos principais de referenciação para a RNCCI: a *dependência em actividades da vida diária* (92%) e a *necessidade de continuidade de cuidados* (58%) tendo ambos crescido em relação a 2008.

Nas ECCI verifica-se um padrão de concentração nos motivos de *dependência em actividades da vida diária* (91%), uma percentagem sobreponível à de Longa Duração, e *necessidade de continuidade de cuidados* (89%) ultrapassando mesmo a Convalescença, sendo assim a tipologia de cuidados com valor mais elevado neste item.



6.1.5 Perfil dos utentes da RNCCI

Esta caracterização mostra a distribuição percentual de utentes referenciados relativamente ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação de convivência, proveniência e tipo de apoio recebido.

6.1.5.1 Sexo e Idade

O sexo e grupo etário dos utentes referenciados continuam a ter um padrão sobreponível a 2008, embora com pequenas alterações. Na tabela seguinte encontra-se a distribuição por sexo e grupo etário, comparativos entre 2008 e 2009.

Idade e Sexo				
	Feminino		Masculino	
Grupo etário	2008	2009	2008	2009
18-49	2%	2%	6%	4%
50-64	5%	5%	8%	8%
65-79	22%	20%	19%	19%
>80	27%	26%	12%	16%
Total	56%	53%	44%	47%

Existe um aumento de utentes do sexo masculino comparativamente com 2008. Esse crescimento situa-se no grupo etário dos 18 aos 49 anos e no de **idade superior a 80 anos**.

O grupo etário acima dos 65 anos de idade teve um aumento relativamente a 2008, à custa do aumento do sexo masculino.

TOTAL ≥ 65 anos			
Feminino		Masculino	
2008	2009	2008	2009
49%	46%	30%	35%

TOTAL ≥ 65 anos	
2008	2009
79,3%	80,5%

80,5% dos utentes referenciados na RNCCI tem mais de 65 anos

O grupo etário com idade superior a 80 anos **representa 42% dos utentes** de ambos os sexos, representando **39%** em **2008**. Este aumento de utentes deste grupo etário pressupõe situações de menor autonomia e de maior dificuldade de recuperação.

42% dos utentes referenciados na RNCCI tem mais de 80 anos



6.1.5.2 Estado civil

Em relação ao estado civil, verifica-se um decréscimo de viúvos e um aumento de solteiros, relativamente a 2008.

DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL		
	2008	2009
Solteiro	19%	22%
Casado	46%	45%
Divorciado	2%	3%
Viúvo	33%	21%
Omisso	0%	10%
TOTAL	100%	100%

6.1.5.3 Escolaridade

Relativamente a 2008 existe um aumento de utentes sem escolaridade, aumentando de 27% para 35%.

DISTRIBUIÇÃO POR ANOS DE ESCOLARIDADE		
	2008	2009
0 anos/analfabeto	27%	35%
1 a 6 anos	60%	55%
7 a 12 anos	9%	6%
13 ou mais anos	4%	4%
TOTAL	100%	100%

6.1.5.4 Situação de convivência

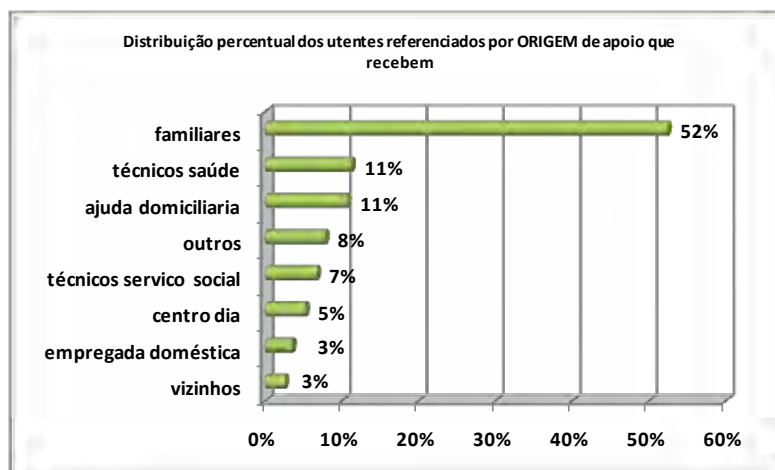
Relativamente a 2008, verifica-se um aumento das pessoas que vivem sós, de 13% para cerca 21%, atestando o papel da RNCCI nas respostas a situações de isolamento que simultaneamente têm necessidades de Saúde e Sociais. Existe uma diminuição da percentagem de utentes que vive com família natural, de 79% para cerca de 75%.

SITUAÇÃO DE CONVIVÊNCIA		
	2008	2009
Com família natural	79,0%	74,7%
Só	13,0%	20,7%
Com família de acolhimento	2,0%	1,3%
Instituição	4,0%	3,1%
Sem abrigo	1,0%	0,2%
Outro	1,0%	0,0%



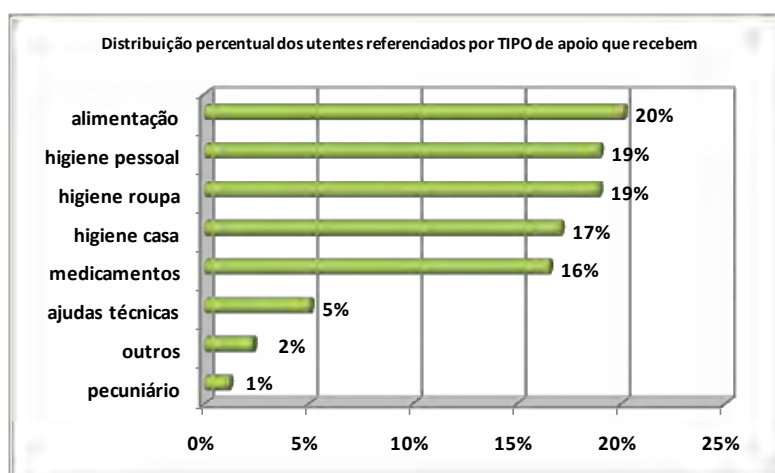
6.1.5.5 Proveniência e tipo de apoio recebido

Apresenta-se a distribuição dos utentes referenciados por origem e tipo de apoio que recebem aquando da sua referenciação para a RNCCI. Assinale-se que um **utente pode receber mais do que um tipo de apoio**. Em relação à origem do apoio, está representada no gráfico seguinte:



Dos utentes referenciados para a RNCCI e que recebem apoio, verifica-se a partir do gráfico acima que os **familiares** constituem o principal suporte dos utentes em 52% dos casos (67% em 2008), seguido da ajuda de **técnicos de saúde** com 11% (5% em 2008). A **ajuda domiciliária** que representava 24% em 2008 representa agora somente 11%. Em 2008 os utentes apoiados em Centro de Dia representavam 10%, representando metade em 2009.

Em relação ao tipo de apoio, verifica-se que a alimentação, higiene pessoal, roupa, de casa e medicamentos representam os principais tipos de apoio.



Em 2008, relativamente ao **tipo de apoio** 20% recebem apoio ao nível da **Alimentação** (em 2008 29%), 19% na **Higiene da roupa** (em 2008 26%), 19% na **Higiene pessoal** (em 2008 23%), e 17% na **Higiene da casa** (em 2008 23%). Também em 2008 o apoio ao nível da **medicação** existia em 11% dos casos (em 2009 16%), e ajudas técnicas 4% (em 2009 5%).



6.1.6 Diagnóstico principal

O conhecimento de qual o diagnóstico principal (ICD9), subjacente à situação de dependência presente nos utentes da Rede é importante na medida em que pode condicionar procedimentos reabilitadores.

Também numa perspectiva de caracterização dos referidos utentes, tem interesse saber quais as áreas de patologia predominantes.

Assim, verificou-se que a patologia cardiovascular, em particular a **doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC)** constitui o diagnóstico presente no maior número de utentes referenciados, com um total de 40%. Se associada a **efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais** que representam 3%, e a **doença vascular cerebral NCOP ou mal definida** com 4%, então este grupo representa **47%** dos diagnósticos dos utentes referenciados para a RNCCI.

A *fractura do colo do fémur* é o segundo diagnóstico mais frequente (15%).
Este cenário é sobreponível ao existente em 2008.

No que diz respeito aos diagnósticos dos utentes referenciados para Unidades de Cuidados Paliativos, estes repartem-se como se evidencia na tabela seguinte:

UCP	
DIAGNÓSTICOS	2009
Oncológicas	87,3%
Neurodegenerativas	8,2%
Cardiovasculares	2,7%
Respiratórias	1,6%
Ortopédicos	0,2%

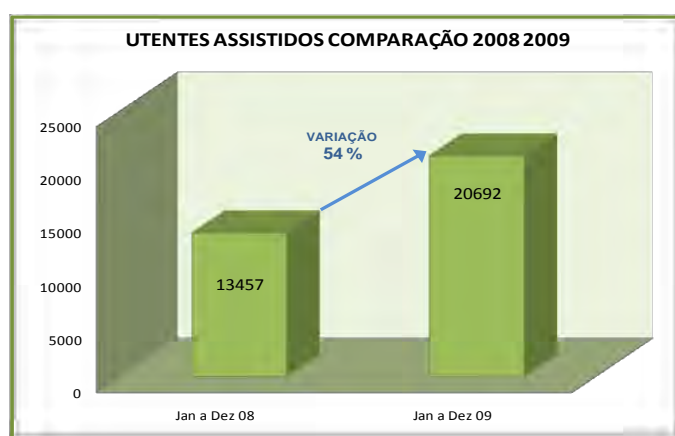
Embora a Oncologia represente 87,3%, estão presentes outras patologias, constituindo esta presença uma situação desejável na resposta em Cuidados Paliativos



6.2 Caracterização do movimento e perfil assistencial nas unidades de internamento da RNCCI

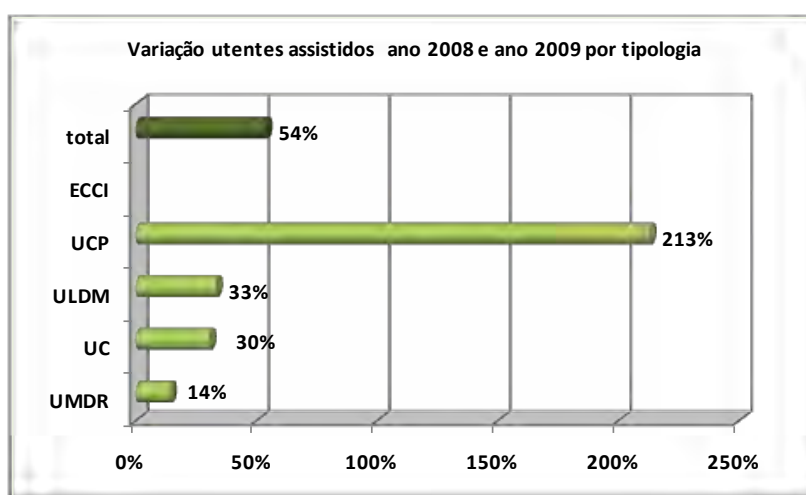
6.2.1 Número de utentes assistidos

O número de **utentes assistidos em 2009**, comparativamente com 2008, cresceu de 13.457 para 20.692, representando um **acréscimo de 54%**. Nestes incluem-se os transitados de 2008 a quem já se prestavam cuidados, os admitidos em 2009 cujas referenciações ainda tinham sido efectuadas em 2008, os que estavam em avaliação em final de 2008 e foram posteriormente admitidos.



Esse acréscimo distribui-se de acordo com o gráfico abaixo, em que se evidencia o crescimento muito significativo dos **utentes assistidos** em Unidades de **Cuidados Paliativos**, com um **acréscimo de 213%**.

A tipologia que mais cresceu a seguir a Paliativos foi a de Longa Duração, com um acréscimo de 33%.





Os números absolutos por tipologia, comparativamente com 2008, encontram-se na tabela seguinte

Tipologia	Utentes Assistidos		Variação
	2008	2009	
UC	4437	5790	30%
UMDR	4594	5242	14%
ULDM	3781	5034	33%
UCP	645	2018	213%
ECCI		2608	
Total	13457	20692	54%

Os números absolutos por Região e tipologia, comparativamente com 2008, encontram-se na tabela seguinte

ASSISTIDOS 2008 2009						
Região	UC		variação	UMDR		variação
	2008	2009		2008	2009	
ALENTEJO	355	372	5%	582	527	-9%
ALGARVE	498	608	22%	223	242	9%
CENTRO	1023	1402	37%	1938	1955	1%
LVT	610	850	39%	864	790	-9%
NORTE	1951	2558	31%	987	1728	75%
NACIONAL	4437	5790	30%	4594	5242	14%

ASSISTIDOS 2008 2009						
Região	ULDM		variação	UCP		variação
	2008	2009		2008	2009	
ALENTEJO	302	558	85%	52	147	183%
ALGARVE	228	334	46%	0	182	
CENTRO	2001	1409	-30%	164	230	40%
LVT	659	789	20%	242	813	236%
NORTE	591	1944	229%	187	646	245%
NACIONAL	3781	5034	33%	645	2018	213%

ASSISTIDOS 2008 2009				
Região	ECCI	TOTAL		variação total
	2009	2008	2009	
ALENTEJO	428	1291	2032	57%
ALGARVE	1376	949	2742	189%
CENTRO	551	5126	5547	8%
LVT	91	2375	3333	40%
NORTE	162	3716	7038	89%
NACIONAL	2608	13457	20692	54%



Em termos de crescimento comparativo com 2008, os valores mais elevados de crescimento são:

- **245%** de crescimento no **Norte**, em **Cuidados Paliativos**
- **236%** de crescimento em **LVT**, em **Cuidados Paliativos**
- **229%** de crescimento no **Norte**, em **Longa Duração e Manutenção**
- **183%** de crescimento no **Alentejo**, em **Cuidados Paliativos**

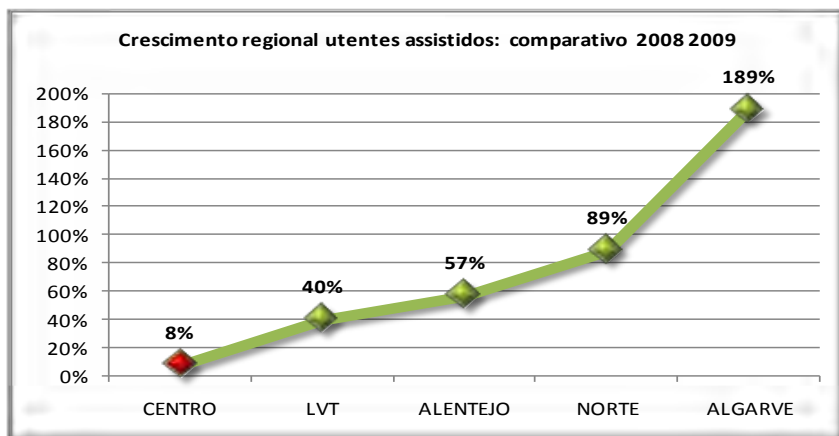
Em 2009, quando se analisam os utentes assistidos no ano, verifica-se que:

- Do total de **assistidos em ECCI**, o **Algarve** contribuiu com **53% do total nacional**.
- Do total de **assistidos em Convalescença**, o **Norte** contribuiu com **44% do total nacional**.
- Do total de **assistidos em Média Duração e Reabilitação**, o **Centro** contribuiu com **37% do total nacional**. O Região **Centro** e **Norte** juntas assistiram **70% dos utentes** a nível nacional nesta tipologia.
- Do total de **assistidos em Longa Duração e Manutenção**, o **Norte** contribuiu com **39% do total nacional**. O Região **Centro** e **Norte** juntas assistiram **67% dos utentes** a nível nacional nesta tipologia.
- Do total de **assistidos em Cuidados Paliativos**, **Lisboa e Vale do Tejo** contribuiu com **40% do total nacional**. Associada à Região do **Norte**, juntas assistiram **72% dos utentes** a nível nacional nesta tipologia

Os **Cuidados Paliativos** são cuidados transversais a toda a RNCCI e podem e devem ser prestados em todas as tipologias assegurando-se, assim, o envolvimento dos cuidadores e a proximidade com o meio habitual de vida, principal apanágio dos cuidados de proximidade de que a RNCCI é exemplo.

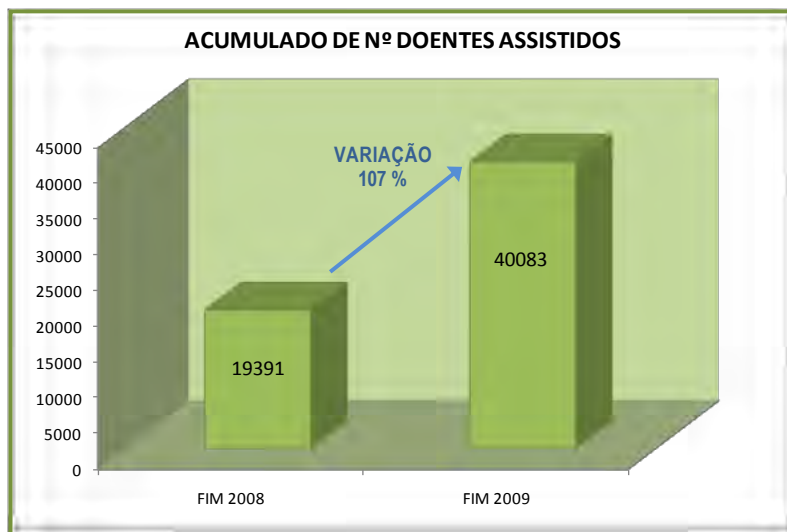
Em 2009 foram assistidos nas Unidades de Longa Duração e Manutenção um total de **2.430** utentes com necessidade de Acções Paliativas. Sendo estas unidades em que o *turn-over* é muito pequeno infere-se que o número de doentes apoiados com Acções Paliativas é significativo. Já nas tipologias de Média Duração e Reabilitação foram assistidos **232** utentes com necessidade de Acções Paliativas. Assim, somando o número de doentes assistidos em Unidades de Cuidados Paliativos (2.018 utentes) aos **2662** assistidos nas demais tipologias da Rede, constata-se que **existiram 4.680 utentes identificados a receber Cuidados Paliativos no âmbito da Rede em 2009**, o que representa uma percentagem de **23%** de utentes apoiados na Rede com Acções Paliativas.

O **crescimento Regional** comparativo, de utentes **assistidos**, entre 2008 e 2009, mostra que **a região que mais cresceu** foi o **Algarve**, com um acréscimo de **189%**, seguida do Norte com um acréscimo de 89%. A região que menos cresceu foi o Centro, com um acréscimo de 8%.



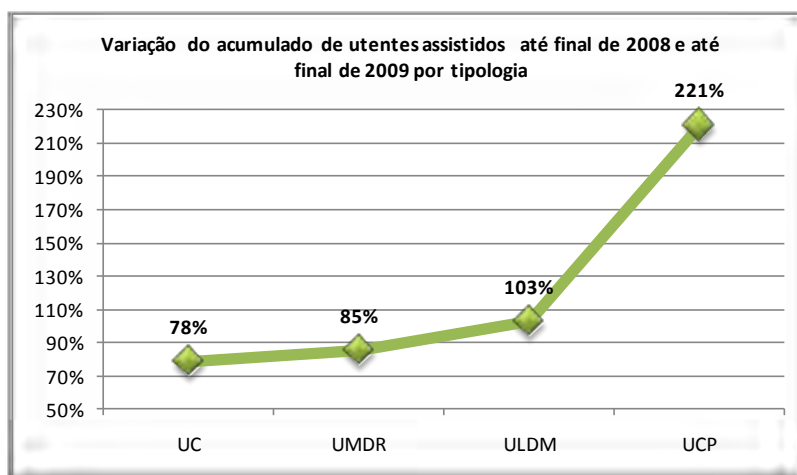


O **acumulado de utentes assistidos**, desde o **início da RNCCI**, cresceu de 19.391 em 2008, para **40.083** em final de 2009, representando um **acréscimo de 107%**.



40.083 utentes assistidos desde o início da RNCCI

Quando se analisa o acumulado de utentes assistidos nas diferentes tipologias, verifica-se que é a nível das **Unidades de Cuidados Paliativos** que existe **maior crescimento**, com **221% de acréscimo**, seguido de **Longa Duração** com **103%**.





Os números absolutos, por tipologia comparativamente com 2008, encontram-se na tabela seguinte

Tipologia	Acumulado Utentes Assistidos		Variação
	2008	2009	
UC	7.403	13.193	78%
UMDR	6.163	11.405	85%
ULDM	4.910	9.944	103%
UCP	915	2.933	221%
ECCI		2.608	
Total	19391	40083	107%

6.2.2 Destino dos utentes saídos

Um dos princípios da RNCCI é garantir a continuidade de cuidados, impedindo que os utentes tenham alta sem planeamento e suporte das respostas que respondam às necessidades presentes.

A integração de cuidados, as transferências para respostas mais adequadas e com melhor custo/efectividade, promovendo a autonomia e independência e um forte investimento nos cuidados domiciliários, são determinantes.

Na tabela seguinte observa-se o destino dos utentes saídos das tipologias de internamento da RNCCI de Convalescença, Média Duração, Reabilitação e Longa Duração e Manutenção e de Paliativos, no período compreendido entre 01 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2009:

DESTINO PÓS-ALTA						
DESTINO	UC		UMDR		ULDM	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
DOMICILIO COM SUPORTE	87%	55%	81%	63%	87%	68%
DOMICILIO SEM SUPORTE	11%	30%	0%	15%	11%	11%
RESPOSTA SOCIAL	1%	6%	17%	15%	1%	12%
OUTROS	1%	9%	2%	8%	1%	10%

DESTINO PÓS-ALTA	
DESTINO	ECCI
DOMICILIO COM SUPORTE	2009
OUTROS	52%
RNCCI OUTRA	25%
DOMICILIO SEM SUPORTE	11%
RESPOSTA SOCIAL	8%
	4%

DESTINO PÓS-ALTA	
DESTINO	UCP
DOMICILIO COM SUPORTE	2009
RNCCI OUTRA	30%
RESPOSTA SOCIAL	45%
OUTROS	5%
	20%



6.2.3 Motivos de alta (não inclui óbitos)

Na tabela seguinte encontram-se os motivos de alta das diferentes tipologias de cuidados da Rede.

MOTIVO DE ALTA - NACIONAL					
	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR
Alta a Pedido	5%	1%	0%	11%	8%
Atingidos os Objectivos	56%	87%	39%	48%	72%
Transferência para outra tipologia	13%	2%	26%	8%	5%
Transferência para proximidade	1%	1%	13%	10%	4%
outras	26%	10%	22%	22%	11%

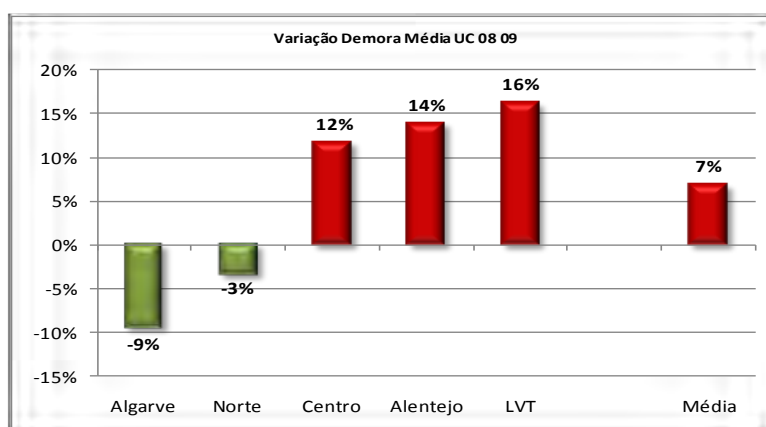
De realçar que para todas as tipologias, o terem sido atingidos os objectivos terapêuticos, é o principal motivo de alta.

6.2.4 Demora média

Na tabela seguinte apresenta-se a demora média de dias de internamento verificada nas tipologias de internamento da RNCCI em 2009 e sua comparação com 2008:

Região	UC			UMDR			ULDM		
	N.º de dias de internamento		Variação	N.º de dias de internamento		Variação	N.º de dias de internamento		Variação
	2008	2009		2008	2009		2008	2009	
Norte	29	28	-3%	85	71	-16%	164	83	-49%
Centro	34	38	12%	91	71	-22%	163	140	-14%
LVT	43	50	16%	95	106	12%	108	145	34%
Alentejo	36	41	14%	87	75	-14%	113	359	218%
Algarve	32	29	-9%	74	59	-20%	102	119	17%
Média	35	37	7%	86	76	-12%	130	169	30%

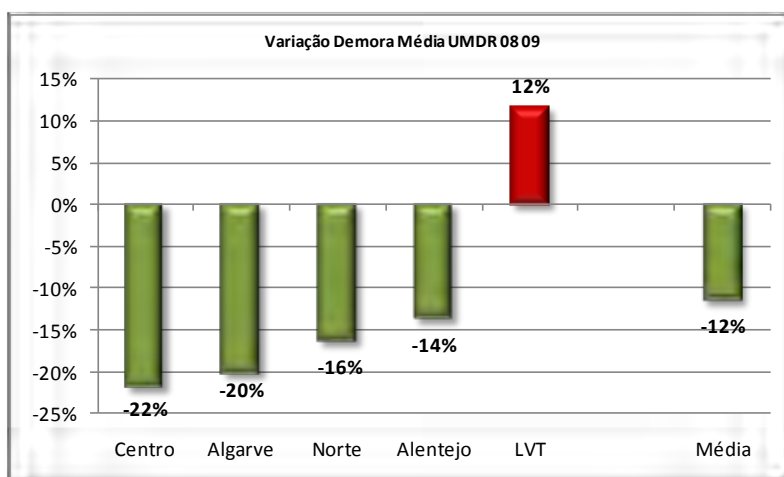
A demora média de internamento observada na tipologia de **Convalescença** a nível nacional situou-se em 37 dias, representando um acréscimo de 2 dias em relação a 2008. No entanto encontram-se assimetrias regionais evidenciadas no gráfico seguinte:





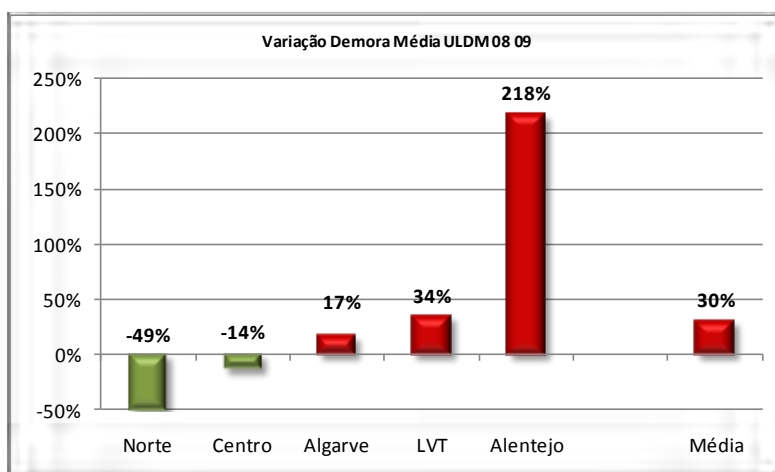
Embora exista um acréscimo nacional de 7%, verifica-se que o Algarve e o Norte têm diminuição em relação a 2008, situando-se abaixo dos 30 dias. A região em que houve maior crescimento foi Lisboa e Vale do Tejo, com aumento de 16% em relação a 2008, com um tempo médio de 50 dias. As regiões que apresentam crescimento são o Alentejo e o Centro.

A demora média de internamento registada na tipologia de **Média Duração e Reabilitação** situou-se em 76 dias, representando uma diminuição de 12% em relação a 2008, mas também com assimetrias regionais, representadas no gráfico seguinte, em que existe uma diminuição em todas as regiões, com excepção de Lisboa e Vale do Tejo:



A tipologia de Longa Duração e Manutenção, tal com esperado, apresenta o maior número médio de dias de internamento, 169 dias a nível nacional, representando um acréscimo de 30% em relação a 2008.

Mas também com assimetrias regionais, presentes no gráfico seguinte, em que a par de um crescimento de 218% para o Alentejo, 34% para Lisboa e Vale do Tejo e 17% no Algarve, existe uma diminuição de 14% no Centro e de 49% no Norte, com um tempo médio de 83 dias.



O crescimento de Lisboa e Vale do Tejo em todos os tempos pode relacionar-se com a baixa cobertura nesta região. A assimetria na tipologia de Longa Duração dará lugar a uma análise mais detalhada, posterior a este relatório.

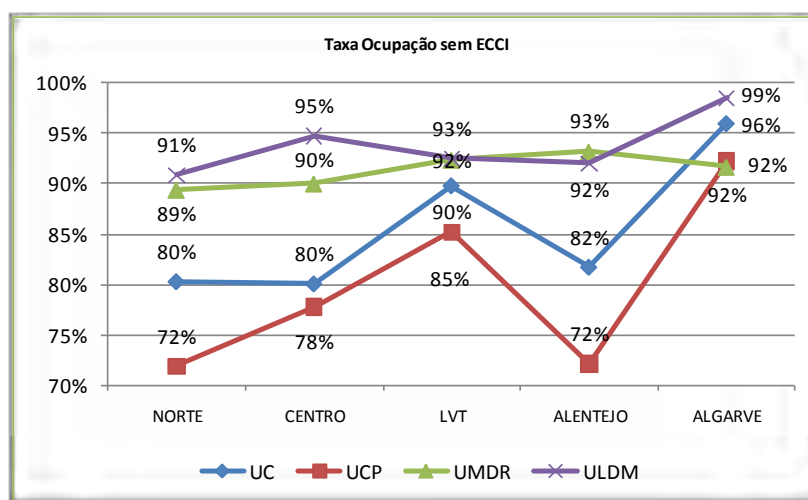


Na tabela seguinte encontram-se os valores para a tipologia de Cuidados Paliativos e ECCI do ano de 2009:

Região	UCP	ECCI
	N.º de dias de internamento	N.º de dias de internamento
	2009	2009
Norte	25	56
Centro	21	93
LVT	34	186
Alentejo	17	69
Algarve	27	80
Média	25	97

6.3 Taxa de ocupação nas tipologias de internamento

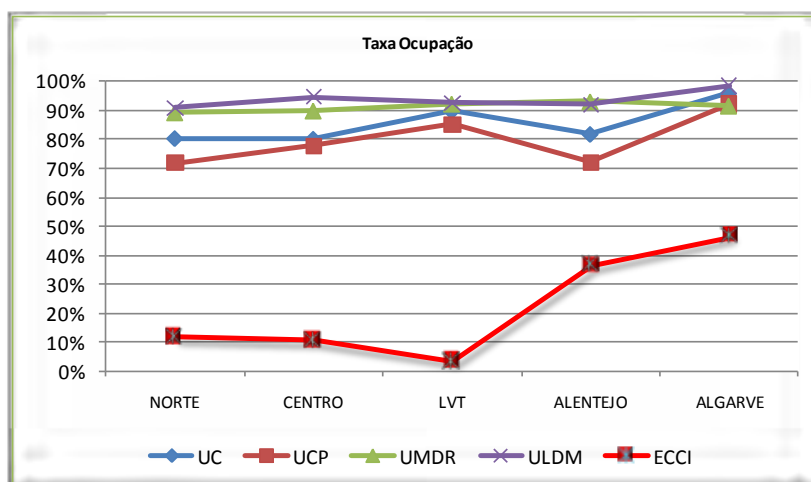
A taxa de ocupação é apresentada por região e tipologia, de forma a ter-se um panorama nacional e regional, presente na tabela e gráficos seguintes:



As taxas de ocupação superiores a 90% (tal como ocorre nas tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) reflectem uma saturação das vagas disponíveis. Tal situação existe no Algarve para todas as tipologias, excepto ECCI.



TAXA DE OCUPAÇÃO 2009					
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
UC	80%	80%	90%	82%	96%
UCP	72%	78%	85%	72%	92%
UMDR	89%	90%	92%	93%	92%
ULD	91%	95%	93%	92%	99%
ECCI	12%	11%	4%	36%	46%



Nesta tipologia de cuidados – ECCI – existe uma muito baixa taxa de ocupação em todas as regiões, sendo o Algarve e Alentejo que melhores taxas de ocupação apresentam sendo a mais baixa Lisboa e Vale do Tejo. A taxa de ocupação é calculada em função dos lugares disponíveis, e no caso das ECCI, são estas de acordo com as A.R.S., que os determinam. A taxa de ocupação é apurada através dos registos realizados no Sistema de Informação da RNCCI. Poderão ter sido assistidos em ECCI utentes que não foram registados, pelo que a taxa de ocupação se apresenta inferior à capacidade.

A exigência de proximidade sobretudo em unidades como as de Cuidados Paliativos leva a que as unidades desta tipologia apresentem taxas de ocupação inferiores em algumas regiões. Muitos doentes que poderiam beneficiar deste tipo de cuidados não aceitam o internamento por as unidades se encontrarem distantes do seu domicílio e familiares.



7 RESULTADOS DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

Toda a actividade da RNCCI visa a obtenção de ganhos em autonomia ou, pelo menos, a manutenção de função, sem degradação física e/ou psicológica. Neste contexto a monitorização dos resultados obtidos é fundamental, não só em termos de avaliação quantitativa, mas também qualitativa.

No entanto para além da caracterização atrás efectuada, em que o grupo etário com idade superior a 65 anos aumentou, mas os utentes com idade superior a 80 anos **representam 42% dos utentes** de ambos os sexos, representando **39% em 2008**. Este aumento de utentes deste grupo etário pressupõe situações de menor autonomia e de maior dificuldade de recuperação. E dos dados apresentados seguidamente verifica-se que a população da RNCCI em 2009 era mais incapaz e dependente que em 2008.

Adiante serão equacionadas as questões ligadas à funcionalidade, o uso de cadeira de rodas, úlceras de pressão, dor, na admissão na Rede e os resultados da intervenção.

Em relação ao controle de esfíncteres, na admissão na Rede 35% tinha incontinência fecal e 37% incontinência urinária.

7.1 Caracterização de Avaliações

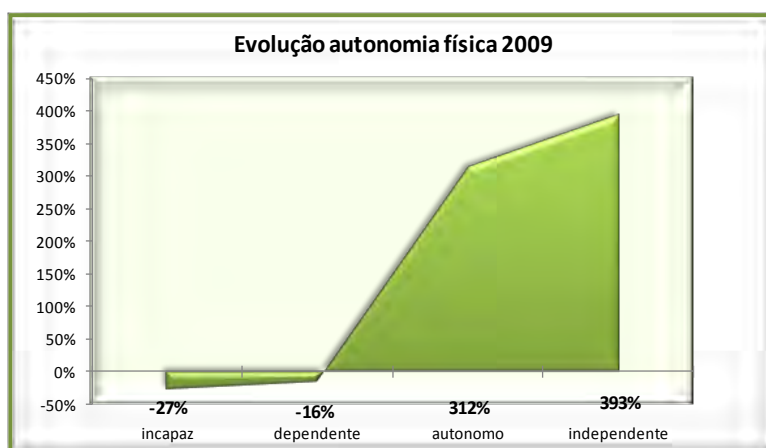
7.1.1 Evolução da Autonomia Física

O grau de autonomia física é o principal parâmetro de avaliação usado para monitorizar a evolução dos doentes assistidos na Rede. As escalas utilizadas fazem parte do instrumento de avaliação único (IAI) comum às diferentes entidades intervenientes nos processos de referenciação e cuidados.

Na avaliação da autonomia, comparam-se os valores dos registos válidos, em doentes que tiveram alta das tipologias da Rede.

Numa amostra de 5.784 utentes verifica-se que, globalmente, existe diminuição de incapazes e dependentes, com aumento de autónomos e independentes.

Assim os resultados obtidos mostram uma diminuição de 27% de incapazes, de 16% dependentes, aumento de 312% de autónomos e um aumento de independentes de 393%.



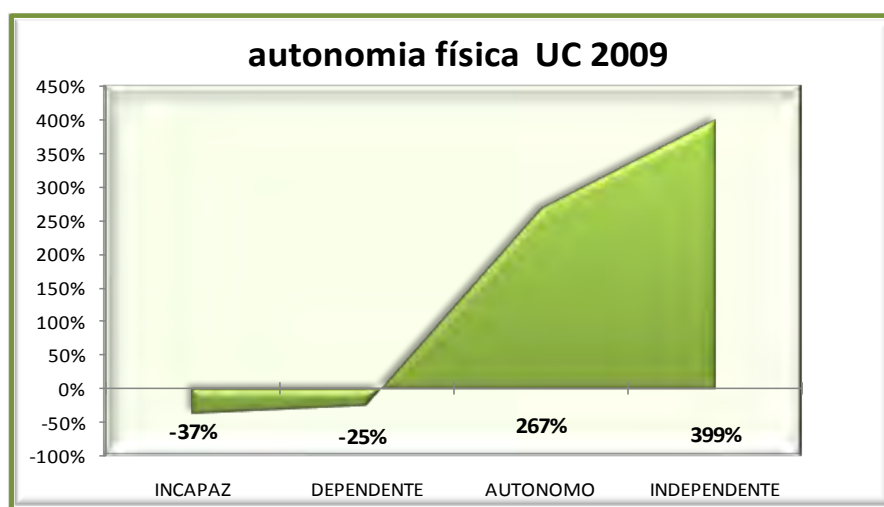
Os dados elucidam de forma clara a diminuição de incapacidade e dependência a par com melhoria de autonomia e independência, assegurando assim o cumprimento do objectivo da RNCCI. Mas estes resultados são obtidos numa população de utentes, que **na admissão 43% eram incapazes e 52% dependentes**, representando juntos **94% do total**, quando em **2008** representavam **87%**.



Dado que a Convalescença e Média Duração e Reabilitação têm como objectivo a melhoria da autonomia global, enquanto a Longa Duração e Manutenção tem como objectivo manter as capacidades existentes, importa proceder à análise da evolução da autonomia por tipologia de cuidados:

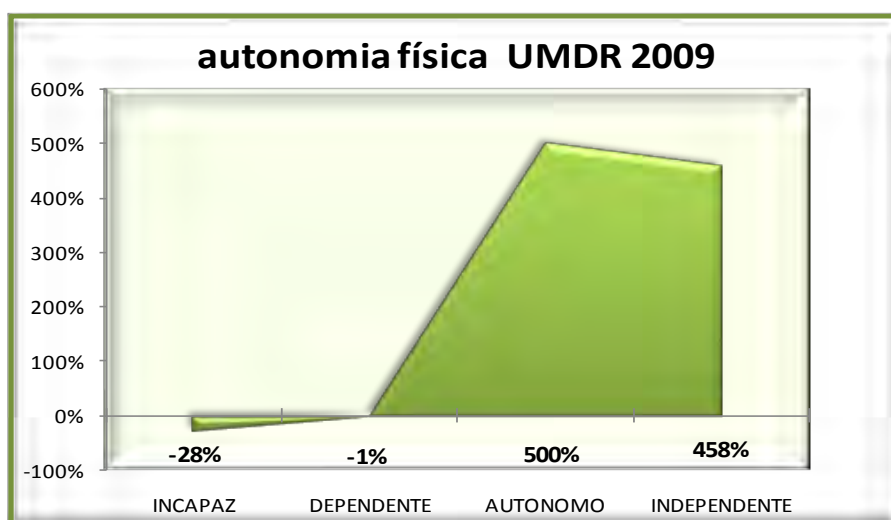
Na tipologia de **Convalescença** é evidente o cumprimento do seu objectivo, onde numa amostra de 3.131 utentes com registos válidos houve uma diminuição de 37% de incapazes, uma diminuição de 25% de dependentes, um aumento de autónomos de 267% e um aumento de independentes de 399%.

Na **admissão, incapazes e dependentes** representavam 91% do total e em 2008 representavam 77%.



Nas Unidades de **Média Duração e Reabilitação**, numa amostra de 1.893 utentes com registos válidos verifica-se diminuição de 28% de incapazes, diminuição de 1% de dependentes, aumento de autónomos de 500% e aumento de independentes de 458%.

Na **admissão, incapazes e dependentes** representavam 97% do total e em 2008 representavam 89%.



RESULTADOS DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL



Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009

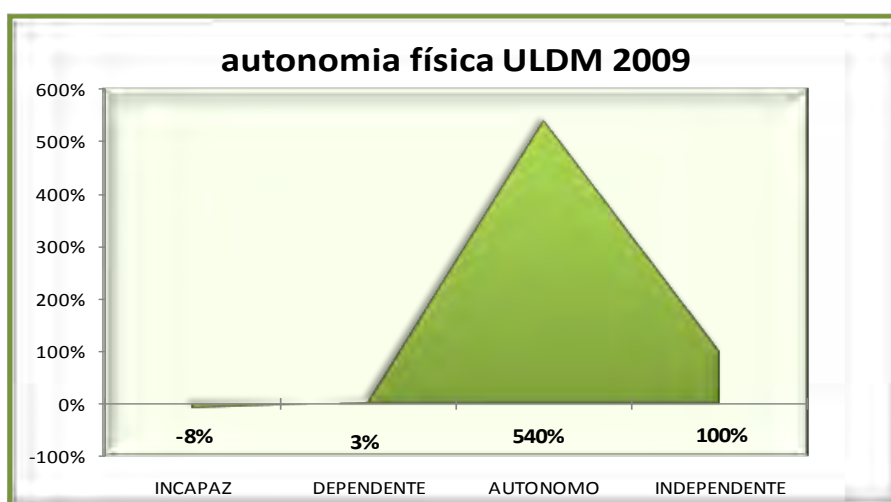
No que diz respeito às Unidades de Longa Duração e Manutenção, o seu objectivo é manter capacidades existentes, sendo de esperar um menor ganho de autonomia.

No entanto é de realçar que a tendência é de diminuição dos incapazes com aumento de autónomos e independentes, embora com um pequeno aumento dos dependentes, que poderão ser resultado da diminuição dos incapazes e sua transição para estado de dependentes.

Assim, numa amostra de 760 utentes com registos válidos existe uma diminuição de 8% de incapazes, um aumento de 3% de dependentes, um aumento de autónomos de 540% e um aumento de independentes de 100%.

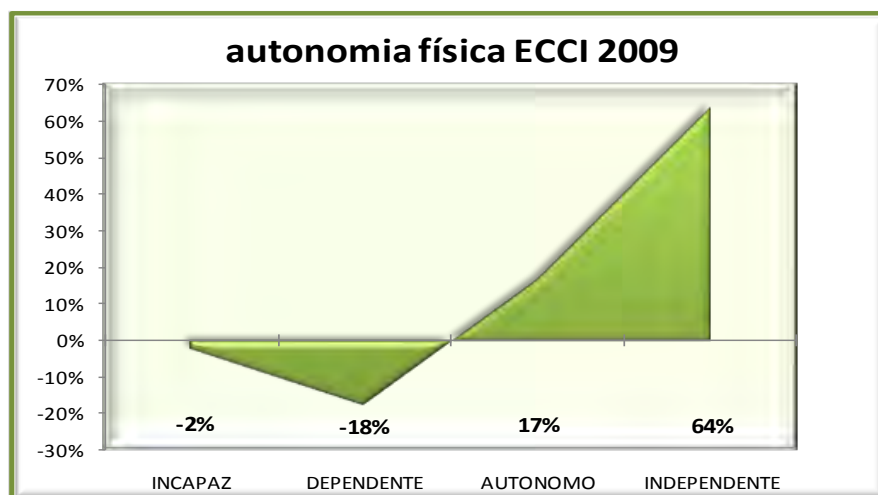
Refira-se que a nível de autónomos a amostra é pequena, dado que se referem a 5 autónomos e 6 independentes na admissão, e na alta existiam 32 e 12 utentes, respectivamente.

Por outro lado o número de **incapazes na admissão** representava **68%** da amostra e **juntamente com os dependentes**, constituíam **99%** da amostra. Em **2008** representavam **98%** da amostra.



Nas **ECCI**, numa amostra de 139 utentes com registos válidos verifica-se diminuição de 2% de incapazes, diminuição de 18% de dependentes, aumento de autónomos de 17% e aumento de independentes de 64%.

Na admissão, incapazes e dependentes representavam 75% do total.



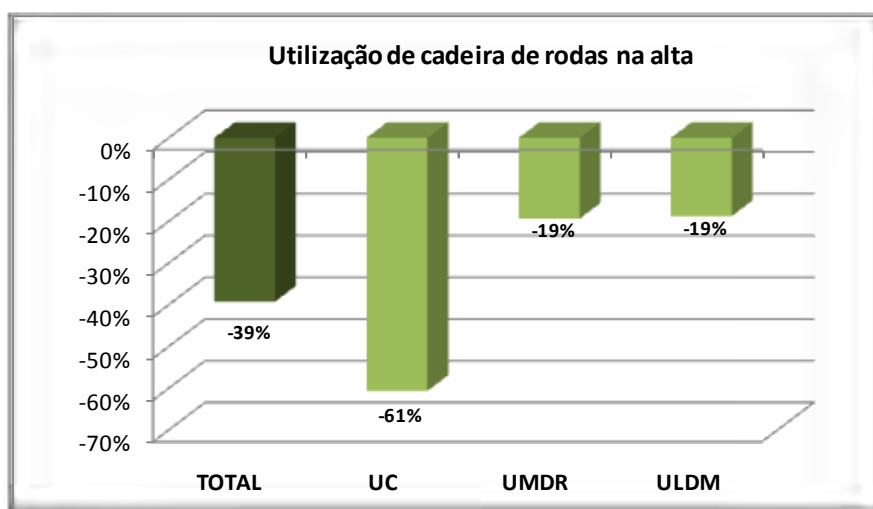


7.1.2 Utilização de cadeira de rodas

A utilização de cadeira de rodas nos momentos de admissão e alta pode ser também uma forma de, indirectamente, avaliar os registos da evolução de autonomia.

Em 7.831 utentes com registos válidos de avaliações na admissão e alta, verifica-se que de 3.489 utentes que utilizam cadeira de rodas na admissão, na alta só 2121 a usavam, traduzindo uma **diminuição de 39%**.

Para este resultado contribui a Convalescença com uma diminuição de 61%, a Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção com uma diminuição de 19% cada.



A análise da tabela seguinte mostra que os utentes da tipologia de Media Duração têm uma utilização de cadeira de rodas na admissão de 43% e na Longa Duração a percentagem de utentes que a usava era menor: 35%.

Se compararmos estes dados com 2008, verifica-se que na Media Duração usavam cerca de 50% e na Longa Duração 80%. Estes dados mostram que em 2009, no que respeita ao uso de cadeira de rodas estas 2 tipologias não diferem (sendo mesmo a Media Duração pior que a Longa) ao contrário do que seria de esperar e do panorama de 2008.

Na Convalescença em 2008, 41% dos utentes usava cadeira de rodas na admissão e em 2009 esta percentagem é de 53%.

Cadeira de Rodas: admissão e alta				
	TOTAL	UC	UMDR	ULDM
admissão				
Não	55%	47%	57%	65%
Sim	45%	53%	43%	35%
alta				
Não	73%	79%	65%	72%
Sim	27%	21%	35%	28%
variação	-39%	-61%	-19%	-19%



7.1.3 Úlceras de Pressão

A existência de baixa prevalência de úlceras de pressão identifica práticas correctas. A sua análise deve ser feita tendo como referência os dados disponíveis na literatura internacional, para assim se avaliarem comparativamente os resultados existentes na RNCCI.

Os dados da literatura internacional revelam uma prevalência situada entre 27% e 53,2% (do menor ao maior valor). Estes dados associam a existência de úlceras de pressão com o estado cognitivo (demência) e incontinência urinária. A imobilização/capacidade de locomoção tem também uma relação com as úlceras de pressão.

A prevalência de úlceras de pressão nos utentes assistidos foi 19%, (22% em 2008) mostrando o valor mais baixo dos publicados internacionalmente e inferior ao de 2008.

	2008	2009
Prevalência úlceras pressão	22%	19%

Mas no total de úlceras de pressão, estão incluídas as que existiam na admissão. E a percentagem de **úlceras na admissão** representa na Rede cerca de **7% dos utentes admitidos**.

Do total dos utentes com úlcera de pressão, **97%** (94% em 2008) tinham **incontinência** urinária, e em relação ao **estado cognitivo 56%** (o mesmo que em 2008) tinham estado cognitivo insatisfatório ou mau. No que diz respeito à **locomoção 99%** (98% em 2008) dos utentes não eram independentes.

7.1.4 Quedas

Da mesma forma as quedas têm de ser comparadas com dados internacionais para se avaliar a RNCCI.

Os dados sugerem que 50% de utentes institucionalizados em cuidados de longa duração, tem 1 queda no período de um ano, e que 35% das lesões ocorre em residentes que não deambulam.

O Center for Diseases Control refere que numa instituição de cuidados continuados (*"nursing home"*) com 100 camas ocorrem por ano 100 a 200 quedas, mas que consideram ser um número conservador. De forma geral, referem que 75% dos utentes de *nursing home* caem anualmente.

O risco de queda associa-se a alterações cognitivas, assistência na mobilização, incontinência urinária, e nos que caem com frequência (3 ou mais quedas) o risco associa-se também a sintomas depressivos.

Nas Unidades da RNCCI verificou-se que a prevalência de quedas foi de 27%, mais uma vez o valor mais baixo dos encontrados na literatura e com uma diminuição significativa em relação a 2008, valor esse que já era abaixo dos dados internacionais.

	2008	2009
Prevalência quedas	37%	27%

Relativamente ao risco, 45% tinham incontinência urinária (52% em 2008), 49% tinham estado cognitivo insatisfatório ou mau (51% em 2008), 90% das quedas ocorrem em não independentes (84% em 2008) e nos que tinham 3 ou mais quedas o estado emocional era insatisfatório ou mau em 84% dos casos (71% em 2008), confirmando as tendências encontradas nos dados internacionais.

20% dos utentes que sofreram quedas utilizavam cadeira de rodas (26% em 2008) e 24% tinham barras na cama (29% em 2008), valores com diminuição em relação a 2008.

RESULTADOS DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL



Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009

7.1.5 Avaliação da Dor

No 1º semestre de 2009 foi implementado o registo da avaliação sistemática da dor, no âmbito das respostas da Rede. A escala utilizada é a das faces, uma das preconizadas pela Direcção Geral da Saúde. Os dados apresentados referem-se a utentes com registos sistemáticos validos para análise.

Avaliação de DOR									
TIPOLOGIA	UC		Variação	UMDR		Variação	ULDM		Variação
	1ª avaliação	2ª avaliação		1ª avaliação	2ª avaliação		1ª avaliação	2ª avaliação	
SEM DOR	1041	1312	26%	809	1217	50%	885	956	8%
1	553	597	8%	955	574	-40%	427	420	-2%
2	537	425	-21%	532	488	-8%	440	418	-5%
3	423	255	-40%	258	272	5%	319	300	-6%
4	75	51	-32%	78	83	6%	133	115	-14%
5	22	11	-50%	24	22	-8%	36	31	-14%
TOTAL c/ DOR	1610	1339	-17%	1847	1439	-22%	1355	1284	-5%
TOTAL	2651	2651		2656	2656		2240	2240	

Avaliação de DOR UCP			
TIPOLOGIA	UCP		Variação
	1ª avaliação	2ª avaliação	
SEM DOR	133	155	17%
1	65	74	14%
2	122	118	-3%
3	160	148	-8%
4	148	140	-5%
5	54	47	-13%
TOTAL c/ DOR	549	527	-4%
TOTAL	682	682	

Avaliação de DOR ECCI			
TIPOLOGIA	ECCI		Variação
	1ª avaliação	2ª avaliação	
SEM DOR	259	286	10%
1	312	290	-7%
2	246	265	8%
3	124	114	-8%
4	55	41	-25%
5	14	14	0%
TOTAL c/ DOR	751	724	-4%
TOTAL	1010	1010	

Verifica-se aumento do número de doentes sem dor em todas as tipologias, assim como diminuição do grau de intensidade, o que traduz a prática alargada de terapêuticas analgésicas, conforme preconizado pelas boas práticas.



7.2 Óbitos

Registaram-se 2779 óbitos na RNCCI. Estes óbitos representam 13% dos utentes assistidos e 18% (9,1% em 2008) do total de utentes saídos entre 01.01.09 a 31.12.09. As características atrás enunciadas dos utentes da Rede em 2009, poderá ter condicionado a percentagem encontrada, mas se forem excluídos os óbitos ocorridos em Unidades de Cuidados Paliativos registaram-se 1840 óbitos na RNCCI. Estes óbitos representam 9% dos utentes assistidos e a 13% do total de utentes saídos.

A percentagem de utentes assistidos em Unidades de Cuidados Paliativos em 2008 foi de 5% do total de assistidos (645 assistidos) e em 2009 foi de 10% (2.018 assistidos). Os óbitos ocorridos nas Unidades de Cuidados Paliativos em 2009 correspondem a 34% do total dos óbitos ocorridos na RNCCI.

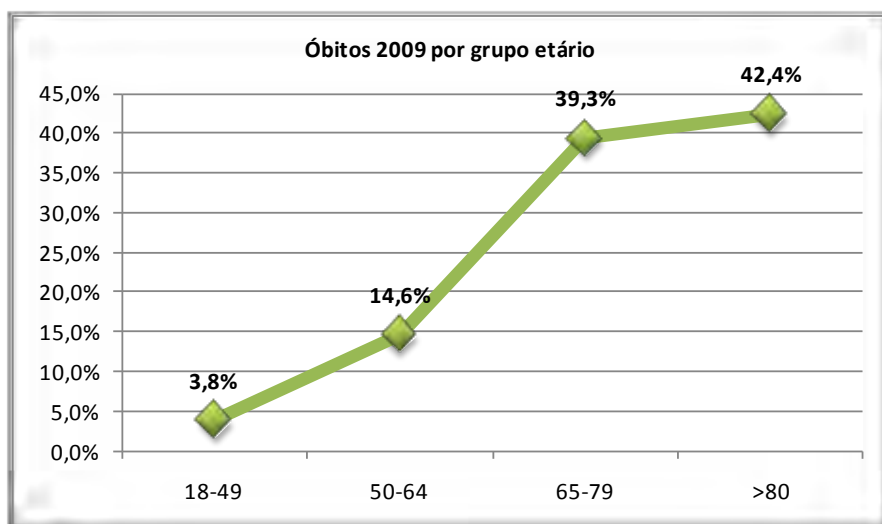
Considerando todos os óbitos, em 2009, 17% verificaram-se nos **primeiros 10 dias de internamento (17,8% em 2008)**, e **36% no primeiro mês (38,8% em 2008)**.

Se fizermos esta análise excluindo as unidades de cuidados paliativos em que a mortalidade é muito superior, mesmo assim encontramos uma percentagem de **11% nos primeiros 10 dias de internamento e 29% no primeiro mês**.

Sendo o objectivo da RNCCI promover autonomia em doentes com situações clínicas estabilizadas, a percentagem de óbitos ocorridos nos primeiros 10 dias questiona a referenciação adequada para a RNCCI, devendo ser alvo de atenção das entidades referenciadoras. Tal como é definido no novo Modelo de Cuidados Continuados Integrados, somente a actuação harmoniosa de todas as partes do sistema pode garantir o seu sucesso.

É importante também analisar os óbitos em relação a grupos etários e a grau de funcionalidade.

Como se observa no gráfico seguinte, a percentagem de óbitos cresce com o grupo etário, representando os óbitos no grupo etário acima dos 65 anos cerca de 82% do total de óbitos.

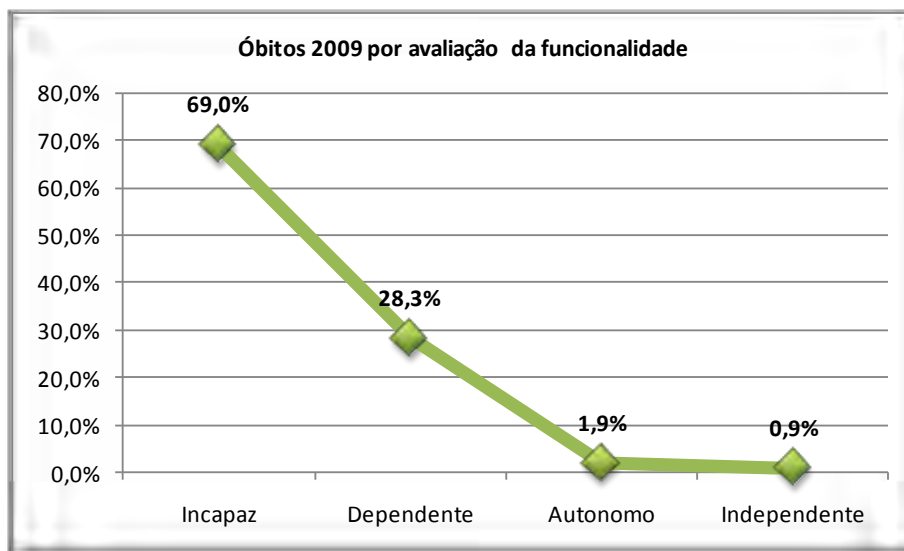


RESULTADOS DA ACTIVIDADE ASSISTENCIAL

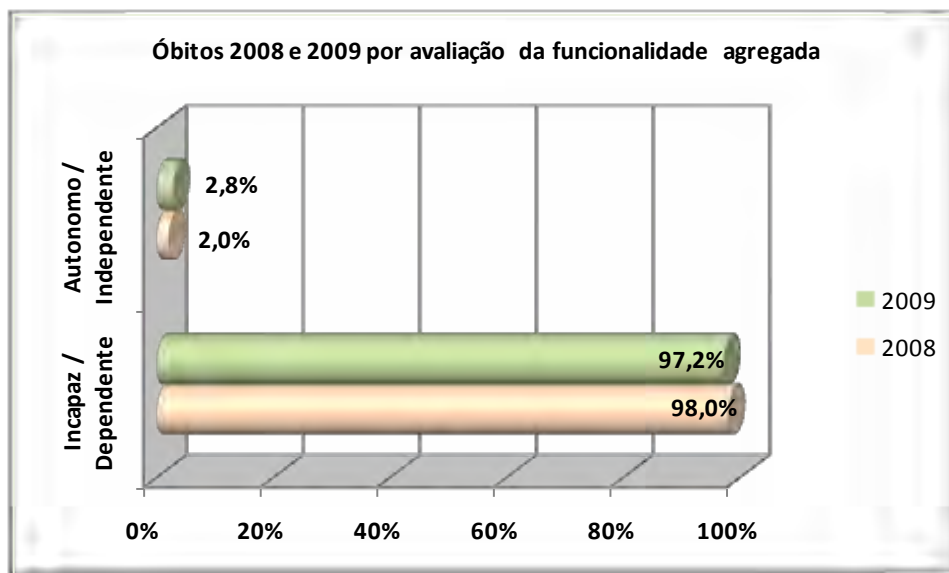


Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009

Em relação à funcionalidade verifica-se que os óbitos ocorridos nos utentes da Rede se verificam na sua grande maioria em utentes incapazes - 69% (72% em 2008) e dependentes 28,3% (26% em 2008).



O total de óbitos, agregados por incapazes e dependentes, apresenta o mesmo padrão em 2008 e 2009





8 RECURSOS

8.1 Recursos financeiros

8.1.1 Execução Financeira do Plano de Implementação 2009

A execução financeira da RNCCI é realizada pelos serviços financeiros das ARS, no que se refere às comparticipações da responsabilidade do Ministério da Saúde, e pelos Centros Distritais de Segurança Social no que se refere às comparticipações da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

O apuramento das Taxas de execução foi realizado em função do Plano de Implementação revisto em Outubro de 2009 aprovado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e ratificado pela Sr. Ministra da Saúde.

A taxa global de execução do Plano de Implementação de 2009 situou-se nos 55,26%. Este valor foi significativamente influenciado pela implementação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que apenas utilizaram 8,06% dos montantes orçamentados, e sobretudo pelo atraso nos pagamentos referentes aos investimentos efectuados ao abrigo do Programa Modelar.

O atraso nos pagamentos dos investimentos efectuados ao abrigo do Programa Modelar deveu-se à necessidade da obtenção de visto prévio do Tribunal de Contas para todos os contratos respeitantes ao Programa.

Considerando, apenas, as unidades de internamento a taxa de execução global foi de 76,69%.

A execução do pagamento das comparticipações devidas às unidades de internamento da responsabilidade do Ministério da Saúde foi de 76,29%.

A execução do pagamento das comparticipações devidas às unidades de internamento da responsabilidade do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social foi de 78,02%.

	Plano de Implementação			Execução			Taxa de execução		
	MS	MTSS	Total	MS	MTSS	Total	MS	MTSS	Total
UC	18.712.377,00		18.712.377,00	14.035.178,71		14.035.178,71	75,00%		75,00%
UMDR	25.455.925,00	5.182.422,00	30.638.347,00	19.518.957,91	4.606.201,51	24.125.159,42	76,68%	88,88%	78,74%
ULDM	16.880.344,00	13.845.843,00	30.726.187,00	13.410.013,47	10.239.553,26	23.649.566,73	79,44%	73,95%	76,97%
UCP	3.176.755,00		3.176.755,00	2.033.963,79		2.033.963,79	64,03%		64,03%
ECCI	6.100.000,00		6.100.000,00	491.547,48		491.547,48	8,06%		8,06%
Soma	70.325.401,00	19.028.265,00	89.353.666,00	49.489.661,36	14.845.754,77	64.335.416,13	70,37%	78,02%	72,00%
Investimento	46.443.960,00	0,00	46.443.960,00	10.700.655,55	0,00	10.700.655,55	23,04%		23,04%
TOTAL	116.769.361,00	19.028.265,00	135.797.626,00	60.190.316,91	14.845.754,77	75.036.071,68	51,55%	78,02%	55,26%

8.1.2 Programa Modelar

O Programa Modelar regulamentado pela Portaria n.º 376/2008 de 23 de Maio e alterado pela Portaria n.º 578/2009, de 1 de Junho, visa fomentar a participação directa das Pessoas Colectivas Privadas sem Fins Lucrativos, através de projectos que respondam a necessidades identificadas no desenvolvimento e consolidação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Durante o ano de 2008 foram abertas candidaturas para a 1ª fase do Programa Modelar (Despacho n.º 3986/2009 de 2 de Fevereiro). Em Janeiro de 2009 foram aprovadas 101 candidaturas pelas Administrações Regionais de Saúde, que traduzem um potencial aumento de 3.129 camas no período de 2009-2011. O apoio financeiro a conceder pelas Administrações Regionais de Saúde ascende a cerca de € 65.439.325.

Na tabela seguinte encontra-se o número de camas por região e por tipologia do programa Modelar



N.º DE CAMAS POR REGIÃO E POR TIPOLOGIA						
	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	TOTAL
UC	0	9	82	51	0	142
UMDR	207	274	329	48	0	858
ULDM	619	491	523	216	250	2.099
UCP	10	0	20	0	0	30
TOTAL	836	774	954	315	250	3.129

O Programa Modelar teve uma baixa execução física e financeira, durante o ano de 2009. Esta situação deve-se fundamentalmente a questões relacionadas com o atraso do início das obras de construção e/ou remodelação, devido à necessidade de aprovação dos projectos de arquitectura e especialidades pelas Câmaras Municipais, pelo que, a fase de arranque do Programa Modelar revelou-se muito morosa.

Em Dezembro de 2009, o ponto de situação relativamente às candidaturas aprovadas no início do ano é o seguinte:

- 3 candidaturas desistiram ou foram canceladas, o que significa que existem 98 candidaturas, que representam a criação de 3.030 novas camas, em vez das 3.129 inicialmente previstas;
- 6 unidades entraram em funcionamento;
- 54 unidades encontram-se em fase de aprovação dos projectos de arquitectura e especialidades pelas Câmaras Municipais ou em fase de lançamento dos procedimentos concursais, (que representam cerca de 55% do total);
- 27 unidades encontram-se em fase de execução das obras de construção e/ou remodelação;
- 11 unidades encontram-se na fase final da execução das obras e/ou aquisição de equipamento.

No início do segundo semestre de 2009 foram abertas candidaturas para a 2ª fase do Programa Modelar. De acordo com o Despacho n.º 13765/2009 de 16 de Junho, o financiamento a conceder pelas ARS pode ascender a € 37.500.000. Ainda não há aprovações relativamente a esta fase, o que se prevê que venha a acontecer durante o primeiro semestre de 2010.

8.1.3 Projecto de Distribuição de Fraldas

No âmbito das experiências piloto da RNCCI, e tendo em conta o tipo de utentes, enumeras Equipas de Coordenação Local (ECL) levantaram a questão dos encargos acrescidos decorrentes da prestação de cuidados de higiene e conforto com fraldas nas Unidades de Longa Duração e Manutenção. Contudo, a aquisição individual deste material revela-se onerosa quer para os utentes, quer para a própria Segurança Social que, em caso de carência económica dos utentes e seus familiares, comparticipa financeiramente para colmatar tal situação.

Deste modo e, considerando que a aquisição centralizada de fraldas poder-se-ia traduzir em ganhos significativos, não só a nível de redução de custos mas também a nível da satisfação dos utentes, o Instituto da Segurança Social, IP (ISS,IP) comprometeu-se em apoiar a aquisição deste tipo de material e distribuição gratuita aos utentes em situação de precariedade económica internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.



Assim, desde 2007 decorre um Projecto de Distribuição de Fraldas a Utentes em Situação de Precariedade Económica internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Para fazer face aos constrangimentos identificados na avaliação do Projecto, a partir de 2008 foram definidos novos pontos de distribuição, nomeadamente dezoito, um em cada Centro Distrital, introduzidos alguns melhoramentos relativamente aos procedimentos e circuitos e, por último, definidos critérios quantitativos para a avaliação da precariedade da situação económica dos utentes, de forma a facilitar o processo de referenciação.

Assim, foram contemplados os utentes em situação de precariedade económica que respeitassem, cumulativamente, os seguintes critérios de atribuição:

- Internamento em Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- Ter indicação médica para utilização de fraldas;
- Pagar o valor/ dia inferior ou igual a 50% do valor estipulado na portaria nº 1087-A/2007, de 5 de Setembro, nomeadamente, 14,99 euros para 2009.

De acordo com a variável sócio económica dos utentes, foi ainda possível estabelecer uma situação de excepção para os casos em que, apesar de se verificar um valor/dia referente ao pagamento superior ao estipulado previamente, o utente/família não auferisse rendimentos suficientes para pagar as fraldas. Nestas situações e, de forma a fundamentar a situação de excepção, as Unidades foram responsabilizadas pela elaboração de uma avaliação sócio económica justificativa, e as ECL pela sua validação.

Para além dos Serviços Centrais, foram também implicados os 18 Centros Distritais do ISS,IP no processo de gestão, armazenamento e entrega das fraldas às Unidades. A partir desta articulação efectiva foi possível agilizar todo o processo e garantir uma maior proximidade entre os pontos de distribuição e os prestadores.

Da análise da evolução deste processo permite-nos tecer algumas considerações, no que concerne à concretização do seu primeiro objectivo, ou seja, atribuir fraldas aos utentes com maiores dificuldades económicas.

Por um lado, foi possível apoiar em média cerca de 60% da população internada em Unidades de Longa Duração e Manutenção com problemas de incontinência, proporcionando assim uma diminuição dos encargos económicos dos utentes. Por outro lado, com a progressiva harmonização de procedimentos e celeridade do processo foi possível garantir uma melhoria na prestação de cuidados e na qualidade de vida dos utentes.

No decurso de 2009, no âmbito deste Projecto o ISS,IP disponibilizou um total de 1.144.560 fraldas, com uma execução financeira de 262.855,73 €.

Foram adquiridos e introduzidos novos tamanhos de fraldas o que requereu uma gestão centralizada do processo ao nível dos Serviços Centrais - Unidade de Promoção de Autonomia, de forma a não causar constrangimentos de gestão de stock e de armazenamento nos Centros Distritais, tendo sido delineado um procedimento específico, com Guia de Requisição de Fraldas própria, para a sua requisição.

Por último, é de referir que no cômputo geral esta medida apresenta uma avaliação positiva, a nível do território nacional, contribuindo para melhorar a equidade social no acesso à prestação de cuidados e apoio social e para o exercício pleno do direito à cidadania.



8.2 Recursos humanos

O número de profissionais na RNCCI a 31-12-2009 totalizava cerca de 6.400.

A nível das entidades referenciadoras (EGA/CS) era de 450, a nível das ECL de 300, nas ECR 35, nas ECCI cerca de 300, e nas Unidades cerca de 5300.

Nem todos os profissionais das Unidades se encontram a tempo inteiro

O número de profissionais nas EGA e ECL não se encontram a tempo inteiro, sendo esta questão prioritária para eficiência da RNCCI.

A RNCCI ao constituir-se como nova resposta do Sistema de Saúde, para além da sua missão de vir promover a abertura organizacional a novos modelos de Cuidados, com incorporação de paradigmas de respostas intersectoriais e multidisciplinares, orientados para a prestação de cuidados numa óptica global e de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, a Rede definiu a sua composição através de um modelo de respostas diversificadas com a participação de diferentes tipos de prestadores e articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação da prestação de cuidados.

Este desenvolvimento conduziria à criação de novos postos de trabalho este pressuposto necessitava de evidência. Nesse sentido a Unidade de Missão solicitou ao Instituto Nacional de Administração (INA) um estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI, com o objectivo de efectuar um diagnóstico de caracterização do capital humano da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e avaliar se a Rede tem contribuído para a criação de emprego.

Em Setembro de 2009, num universo estudado de 166 unidades de internamento com um total de 4842 profissionais, evidenciou-se que de acordo com as respostas dadas ao questionário, existem profissionais que desempenham funções em mais de uma tipologia.

A maior parte dos profissionais inquiridos concentra-se nas unidades de Média e Longa duração.

No que diz respeito ao vínculo contratual, a situação de maior estabilidade de emprego verifica-se nas regiões do Norte e Alentejo, onde aproximadamente metade dos profissionais possui um contrato a tempo indeterminado e são menos os que se encontram em prestação de serviço. Ao contrário, o Algarve é a região onde predomina o recurso ao contrato de prestação de serviços, e onde é menos frequente o contrato a tempo indeterminado.

Considerando que a RNCCI arrancou em Novembro de 2006, constata-se que as Unidades de Internamento cresceram bastante ao longo dos anos de adesão à Rede, em termos de recursos humanos. Esta tendência aparece de forma menos acentuada no Alentejo e no Algarve.

Tendo em conta que os questionários recebidos foram preenchidos entre Setembro e Novembro de 2009 e que a RNCCI arrancou em Novembro de 2006, através das respostas dos inquiridos/as à antiguidade no posto de trabalho, verifica-se que a maioria dos respondentes só começou a trabalhar nas respectivas Unidades, depois de estas terem aderido à Rede.

Consequentemente, partindo dos resultados o INA inferiu que a RNCCI contribuiu significativamente para a criação de empregos, dado que **36,6% de profissionais declarou ser este o seu primeiro emprego.**

Em termos absolutos, i.e., número de novos postos de trabalho, o Norte, seguido do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo foram as regiões que mais empregos criaram. No Alentejo e no Algarve, a criação de novos postos foi menos acentuada.

No entanto, em termos relativos, i.e., número médio de postos de trabalho criados por Unidade, foi o Norte e o Algarve que mais contribuíram para a criação de emprego, tendo sido no Alentejo que essa tendência menos se fez sentir.

Assim a RNCCI, cumpre também outro objectivo, para além da resposta à dependência e perda de autonomia.



9 FORMAÇÃO

9.1 Actividades de formação desenvolvidas em 2009

Um dos grandes pilares da prestação de cuidados continuados integrados recai no valor e na qualidade dos seus recursos humanos. A abordagem integral das necessidades da pessoa idosa e/ou em situação de dependência constitui um enorme desafio que só pode ser apoiado a partir do conhecimento técnico dos profissionais mas também a partir do reconhecimento do inestimável valor deste nível de cuidados e do trabalho nele desenvolvido. É neste sentido que a formação tem constituído uma área chave quer como plataforma para esta mudança de paradigma quer na promoção e reforço das competências profissionais.

Inerente ao crescimento da Rede, a formação contínua dos seus profissionais assume assim particular relevância, no desenvolvimento de conhecimentos e competências, convergentes com os paradigmas do modelo e com as suas metodologias de trabalho.

Neste domínio, tem-se investido, no conjunto do território continental e em articulação com outras entidades, no desenvolvimento de várias acções de formação ao nível da coordenação, referenciação, monitorização e prestação de cuidados.

Ao longo do ano 2009 foram desenvolvidas, no conjunto do território continental, diversas actividades de formação, tendo-se somado um total de 110 acções que corresponderam a 908 horas de formação dirigidas a um total de 2756 participantes.

Na tabela seguinte observam-se as áreas temáticas das formações ministradas, o número de acções por formação, número de horas e número de participantes. Também se indica quais os principais destinatários de cada acção.



Área Temática	Designação	Nº de Acções	Nº total de horas	Nº total de participantes	Destinatários
Referenciação RNCCI	Avaliação e Introdução de melhorias no desempenho das Equipas de Coordenação da Rede	10	60	411	ECR, EGA, ECL
	Princípios da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	3	32	55	EGA, ECL e Unidades de Internamento
	Referenciação para a RNCCI - Interlocutores dos ACES e ECL	4	14	36	ECL e ECCI
Monitorização RNCCI	Qualidade e técnicas de auditoria para as visitas de acompanhamento da RNCCI	9	189	173	ECL
	GestCare CCI e Instrumento de Avaliação Integrado (IAI)	15	60	348	ECL, EGA, ECCI e Unidades de
	Optimização do GestCareCCI - Fluxos e procedimentos RNCCI/SS no GestCareCCI	9	63	701	ECR, ECL, EGA e Unidades de Internamento
	Transição da Solução Excel para o GestCareCCI	1	3	18	Interlocutores Distritais da área informática
	Organização interna das unidades	4	9	17	Unidades de Internamento
	Facturação	3	9	6	Unidades de Internamento
Instrumentos de Planeamento na Prestação de Cuidados	Instrumento de Avaliação Integrado (IAI)	20	83	20	ECL, EGA, ECCI e Unidades Internamento
	Plano Individual de Intervenção	11	154	297	ECCI e Unidades de Internamento
Prestação de Cuidados	Seminários "Maus-tratos a Pessoas Idosas em Contexto Institucional"	7	49	406	ECL e Unidades de Internamento
	Violência e Maus Tratos a Pessoas Vulneráveis	1	14	20	ECL e Unidades de Internamento
	Formação Contínua para Auxiliares de Acção Médica e Ajudantes de Acção Directa	2	120	31	Unidades de Internamento
	Formação Clínica Básica sobre Síndromes Geriátricas	2	21	40	ECL, EGA, ECCI, Unidades de Internamento
	Discussão de casos clínicos	8	16	163	Unidades de Internamento
	Plano de Prevenção Operacional e Controlo de Infecção em Cuidados Continuados	1	12	14	ECCI
Total		110	908	2756	



10 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DA RNCCI

Actividades de Divulgação	2009
ECR da Região Centro - O que são as ECCI da Região Centro?	Janeiro
Cerimónia de apresentação do Programa Modelar	Janeiro
III Jornadas da Esc. Sup Enfermagem Stª Maria - Porto	Fevereiro
Acto da Bênção da 1ª pedra do centro de Acolhimento "O Poverello"	Fevereiro
X Congresso de Psiquiatria - S. João de Deus	Fevereiro
Seminário sobre Políticas e Sistemas de Saúde	Fevereiro
II Fórum Nacional de Saúde - para um futuro com saúde	Fevereiro
Workshop - LAP's & RAP's - Monitoring Portugal.Long Term Care	Março
Congresso 30 anos SNS	Março
Conferência de apresentação do Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal	Março
Acto Oficial de abertura da Farmácia de Venda ao Público do Hosp. Stª Maria	Abril
IX Jornadas da ANDAR	Abril
ARS Norte - Uma Rede com Futuro	Abril
Conferência Nacional de Gestão Hospitalar	Maio
Sessão de cinema sobre Prevenção dos Maus-Tratos na Infância	Maio
Encontro nacional de Estratégia Nac. pª Protecção Social e Inclusão Social	Maio
V Encontro de Enfermagem da Cidade de Cantanhede	Maio
83º Aniversário da Ass. Protectora dos Diabéticos de Portugal	Maio
Conferência sobre "Envelhecimento e Cuidados de Saúde" - Viseu	Maio
Seminário "Melhores Respostas Sociais - a Qualidade enquanto Desafio"	Maio
Assinatura de Acordos RNCCI da Região centro e Conferência	Maio
I Jornadas Cuidados Continuados Integrados da Univ. de Évora	Junho
Reunião sobre Gestão Integrada da Doença - ENSP	Junho
Curso de Pós Graduação "Controlo e melhoria da Qualidade em Unidades de Saúde"	Junho
2º Aniversário da UCP-R - Cuidados Paliativos - IPO Porto	Junho
I Encontro Nacional Comunicação Hospitalar	Junho
Workshop Cuidados Paliativos: Uma Prioridade	Junho
Sessão lectiva sobre RNCCI - ENSP	Junho
Seminário "Saúde Bem-Estar	Junho
Qualidade: certezas e Desafios - Envelhecimento Demográfico	Junho
INPEA/DGS/Montepio - Prevenção da violência contra as pessoas idosas	Junho
Conferência Europeia Sobre Saúde dos Emigrantes	Setembro
Curso de Cuidados Continuados Integrados - palestra	Setembro
Congresso Cuidados Paliativos - Aveiro	Outubro
PRISMA - International Conference on Symptom Measurement	Outubro
5º Congresso da associação Portuguesa de Psicogerontologia	Outubro
1ª Jornadas de Cuidados Paliativos do IPO Lisboa	Outubro
IX Congresso Internacional das Misericórdias	Novembro



11 CONCLUSÕES

Sendo a RNCCI um novo modelo de cuidados, integrado no SNS e em co-responsabilidade com a Segurança Social, com o objectivo de promoção de autonomia e de manutenção de capacidades, impõe-se, para o seu sucesso e credibilidade junto dos cidadãos, uma correcta referenciação dos potenciais utentes que viabilize os bons resultados dos cuidados prestados.

Da análise dos dados presentes, salienta-se o aumento sustentado de referenciações para a Rede, assim como do número de doentes assistidos.

Para tal contribuiu o aumento verificado no número de lugares, não só de internamento mas também em equipas de cuidados domiciliários.

De salientar, ainda, que o principal destino dos utentes no pós alta é o domicílio com ou sem suporte social. A mobilidade na Rede começa a estar garantida, quer por necessidade de adequar a tipologia aos cuidados necessários, quer por razões de proximidade ao meio ambiente habitual do utente, o que é facilitado pela melhoria da distribuição de respostas em todos os distritos.

A avaliação dos resultados da actividade assistencial é bastante favorável, na medida em que os ganhos em autonomia são evidentes em todas as tipologias e os indicadores avaliados (uso de cadeira de rodas, úlceras de pressão e quedas) se situam em valores internacionalmente aceitáveis como bons.

A percentagem de óbitos na Rede apresenta uma relação importante com o grau de funcionalidade e com grupos etários acima dos 65 anos. A percentagem de óbitos nos primeiros 10 dias de admissão e no primeiro mês continua desadequada.

Foi feito um forte investimento na formação dos recursos humanos.

Como é sabido as alterações aos sistemas de organização e gestão dos serviços de saúde nacionais, mais orientados para a satisfação dos utentes, requerem, para o bom desempenho das instituições, a combinação de dois factores que nem sempre se encontram juntos: a satisfação dos utentes e o bom desempenho dos profissionais. A satisfação, neste tipo de serviço, consiste numa componente essencialmente da percepção individual, decorrente das experiências vivenciadas por cada utente. Já o desempenho dos profissionais exige uma aprendizagem contínua e um empenho permanente na qualidade que frequentemente se esmorece, por vários motivos, ao longo da carreira profissional.

Desta forma, mais do que um simples atingir de objectivos quantitativos, por parte de qualquer instituição, a satisfação dos seus utentes é crucial (e hoje mais do que nunca dada a velocidade e acessibilidade à informação por parte de todos os quadrantes, níveis e sectores). Por outro lado, a população é cada vez mais letrada e nesse contexto a atitude passiva do utente, quanto ao seu tratamento, está a converter-se necessariamente num comportamento cada vez mais participado/activo e exigente, a todos os níveis, requerendo respostas específicas dos serviços de saúde.

Foi, pois, a elevada satisfação dos utentes da RNCCI e aqui reflectida que nos fez pensar, uma vez mais, o importante e estratégico papel da Rede a nível Nacional.

Estamos conscientes de que são ainda bastantes as limitações desta Resposta, quer ao nível estrutural quer ao nível operacional ou funcional. No entanto, sentimos que a mesma é já portadora, por todos os números aqui apresentados, de um saber acumulado fundamental para a comparação e interiorização dos conceitos e práticas sobre a qualidade e a satisfação nos serviços de cuidados continuados integrados, tanto a nível individual, de cada uma das unidades que compõem a Rede, com ao nível global.

Decorrente do exposto ao longo deste Relatório, através da avaliação feita pelos utentes à satisfação com os cuidados prestados nas diversas Unidades que compõem a Rede, pode afirmar-se que o desempenho da Rede foi de encontro às expectativas dos utentes, tanto a nível da dimensão técnica, relacionada com o resultado dos processos, neste caso das



diferentes ofertas da rede, como a nível da dimensão funcional, que se relaciona com a forma como o utente recebe e vivencia o serviço que lhe é prestado.

Em suma, apesar de todo o trabalho realizado, tem-se a noção de que muito ficou por fazer e muitas abordagens consequentes devem ser reforçadas e justificadas. Contudo, as intervenções ao nível das organizações de saúde, nomeadamente nas que pretendem dar respostas maioritariamente individualizadas e, por tal facto, são compostas por equipas pluridisciplinares, nem sempre são lineares e de intervenção imediata, requerendo alguma reflexão prévia em termos teóricos, metodológicos e mesmo pedagógicos.

O conceito de cuidados integrados é mais amplo, envolvendo não só a perspectiva do utente, mas também as implicações em termos de tecnologia, economia e gestão dos serviços.

Os cuidados integrados não são um fim em si mesmo. Os objectivos são a eliminação das redundâncias, a promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados e o aumento da autonomia dos utentes. Tal traduz-se numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador.

Para que as estratégias de cuidados integrados sejam bem sucedidas, é fulcral envolver todos os interessados (utentes, prestadores de cuidados, responsáveis pelo planeamento, instituições), mas as estratégias conducentes a melhorar os cuidados ou os serviços prestados aos utentes poderão levar a perdas ao longo do sistema, nomeadamente de poder e controlo de alguns profissionais e/ou instituições, o que gerará resistências.

Actualmente em discussão e aplicação na Europa, este é o ponto de partida para a posterior discussão sobre a aplicação de conceitos, metodologias e ferramentas da área da Gestão, bem como ao estudo e implementação desta nova forma de estar e actuar em saúde.